

SKRIPSI

GAMBARAN PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDANTAHUN 2017



Oleh:

ELISA PURNAMA SARI LIMBONG

012015006

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018

SKRIPSI

GAMBARAN PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2017



Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (A.MD.Kep)
Dalam Program Studi D3 Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:
ELISA PURNAMA SARI LIMBONG
012015006

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ELISA PURNAMA SARI LIMBONG
NIM : 012015006
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Insalasi
Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
Tahun 2017.

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliaanya. Apabila ternyata di kemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata di Stikes Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Penulis,



STIKES



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Elisa Purnama Sari Limbong
NIM : 012015006
Judul : Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

Menyetujui untuk diujikan pada Ujian Skripsi
Jenjang Ahli Madya Keperawatan
Medan, 14 Mei 2018

Mengetahui,



Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd Rusmauli Lumbangaol, S.Kep., Ns., M.Kep

Pembimbing

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada Tanggal, 14 Mei 2017

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Rusmauli Lumbangaol, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota :

1.

Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

2.

Paska R. Situmorang, SST., M.,Biomed



Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Nasipta Ginting SKM, S.Kep., Ns., M.Pd



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Elisa Purnama Sari Limbong
NIM : 012015006
Judul : Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Senin, 14 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI :

Penguji I : Rusmauli Lumbangaol, S.Kep., Ns., M.Kep

TANDA TANGAN





Penguji II : Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji III : Paska R. Situmorang, SST., M.Biomed

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

Mengesahkan
Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : ELISA PURNAMA SARI LIMBONG

NIM : 012015006

Program Studi : D3 Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-executive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Tahun 2017. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 14 Mei 2018
Yang menyatakan



(Elisa Purnama Sari Limbong)



ABSTRAK

Elisa Purnama Sari Limbong 012015006

Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

Program Studi D3 Keperawatan 2018.

Kata kunci: Penanganan Pasien, Gawat Darurat, Instalasi Gawat Darurat.

(vii+67+Lampiran)

Gawat darurat merupakan suatu keadaan dimana seseorang memerlukan penanganan atau pertolongan segera karena apabila tidak mendapatkan pertolongan pertama dengan cepat maka akan mengancam jiwanya atau menimbulkan kecacatan permanen. Pasien yang mengalami gawat darurat di bawa Instansi Gawat Darurat. Instansi Darurat merupakan ujung tombak rumah sakit dimana semua pasien yang masuk akan ditangani pada unit tersebut. Lingkup pelayanan kegawat darurat adalah melakukan *primary survey*, seperti *airway, breathing, circulation, disability*. dan *secondary survey*. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penanganan pasien Gawat Darurat Di Instansi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017. Rancangan penelitian yang digunakan adalah dekriptif. Populasi yang digunakan adalah pasien gawat darurat, dengan teknik pengambilan sampel *pulposive sampling* sebanyak 297 orang. Kriteria yang digunakan inklusi dengan kriteria pasien miokard infark akut, trauma kepala, sumbatan jalan napas, pneumotoraks, luka bakar dan syok. Teknik yang digunakan peneliti menggunakan studi dokumentasi dengan. Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin laki-laki 176 orang (59,3%), usia >65 tahun sebanyak 98 orang (33%). Penanganan kasus pasien gawat darurat tertinggi yaitu miokard infark akut 98 orang (33%). Karakteristik pasien berjenis kelamin laki-laki banyak karena jantung resiko penyakit jantung, usia >65 tahun merupakan usia yang rentang terhadap penyakit karena sistem tubuh kurang kerja seperti jantung.

Daftar Pustaka: 2001-2016

ABSTRACT

Elisa Purnama Sari Limbong 012015006

The Description of Emergency Patients Handling in Emergency Installation Room of Santa Elisabeth Hospital Medan Year 2017

D3 Nursing Study Program 2018

Keywords: Patient Handling, Emergency, Emergency Installation

(xvi + 67 + appendices)

Emergency is a condition in which someone needs immediate treatment or help because if he does not get first aid quickly it will threaten his soul or cause permanent disability. Patients of emergency are brought to Emergency Installation. Emergency Installation is the spearhead of the hospital where all incoming patients will be handled on this unit. The scope of emergency services is to conduct a primary survey, such as airway, breathing, circulation, disability and secondary survey. The purpose of this study is to find out the handling of Emergency patients at the Emergency Installation of Santa Elisabeth Hospital Medan in 2017. The research design used was descriptive. The population used was emergency patients, with sampling technique of pulposive sampling of 297 people. The criteria used were inclusion with the criteria of an acute myocardial infarction patient, head trauma, airway obstruction, pneumothorax, burns and shock. Technique used by researcher was documentation study with the results of the study showed male gender of 176 people (59.3%), age > 65 years were 98 people (33%). Handling of the case of the highest emergency patients was acute myocardial infarction 98 people (33%). The conclusion shows that male patients tend to suffer from heart disease. Age > 65 years is age that susceptible to disease because of the lack body system work such as heart.

References (2001-2016)

STIKE'S

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis kehadirat Tuhan Yang Maha Esa segala berkat dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini, dapat selesai pada waktunya. Adapun judul penelitian **“Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat di Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017”**. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendiidkan tahap akademik Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penyusun penelitian, ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada, yaitu:

1. Mestiana Br. Karo S,Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan dan sekaligus penguji II yang telah memberikan, fasilitas, memberikan banyak masukan, saran, dan menyarankan penulis dengan kerendahan hati dalam menyelesaikan penelitian ini.
2. Dr. Maria Christina, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah diberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Nasipta Ginting, SKM.S.,Kep.,Ns.,M.Pd selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatann STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesehatan dan

4. fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.
5. Rusmauli Lumban Gaol S.,Kep.,Ns.,M.,Kep selaku dosen pembimbing dan sekaligus dosen penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian.
6. Paska R Situmorang SST.M.Biomed selaku penguji III saya yang telah memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan penelitian.
7. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar di Stikes Santa Elisabeth edan yang telah membantu, membimbing dan memberikan dukungan kepada peneliti dalam upaya pencapaian pendidikan dari semester I-semester VI dan didalam menyelesaikan proposal penelitian ini.
8. Sr Avelina sebagai koordinator asrama, yang memberikan dukungan kepada peneliti, dukungan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan penelitian
9. Teristimewa untuk orang tua penulis, A Limbong dan H. Sitohang yang memberikan semanagat dan motivasi kepada saya sehingga dapat menyelesaikan tugas ini.
10. Kepada seluruh teman-teman Progrrom Studi D3 Keperawatan terkhusus angkatan XXIV stambuk 2015, yang selalu memberi semangat dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini serta semua orang yang penulis sayangi.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan dan penelitian, penelitian ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu peneliti menerima kritik dan saran yang membangun demi menyempurnakan penelitian ini. Akhir kata peneliti mengucapkan terimakasih dan semoga Tuhan memberkati kita.

2018

Medan, 14 Mei

Peneliti

(Elisa Purnama Sari Limbong)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Persyaratan Gelar	iii
Lembar Pernyataan Keaslian.....	iv
Lembar Persetujuan.....	v
Penetapan Panitia Penguji	vi
Lembar Pengesahaan.....	vii
Halaman Pernyataan Publikasi.....	viii
Abstrak ix	
<i>Abstract x</i>	
Kata Pengantar	xii
Daftar Isi.....	xiii
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Tabel	xvi
Daftar Bagan	xvii
Daftar Diagram.....	xviii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulis	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penulis	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 7
2.1 Keperawatan Gawat Darurat.....	7
2.1.1 Defenisi keperawatan gawat darurat	7
2.1.2 Penyebab keperawatan gawat darurat	7
2.1.3 Rentang gawat darurat.....	8
2.1.4 Tujuan gawat darurat.....	9
2.1.5 Prinsip selama trasportasi.....	9
2.1.6 Dilema utama gawat darurat	10
2.1.7 Prinsip-prinsip gawat darurat	11
2.1.8 <i>Primary survey, secondary</i> dan intervensi resusitasi	13
2.1.9 Triase.....	15
2.1.10 Faktor resiko pada pasien gawat darurat	18
2.2 Penanganan Pasien Gawat Darurat.....	20
2.2.1 Resusitasi jantung paru	20
2.2.2.Trauma kepala.....	24
2.2.3 Sumbatan jalan napas.....	26

2.2.4 Pnemotoraks.....	27
2.2.5 Luka bakar.....	28
2.2.6 Syok	30
2.3 Rumah Sakit.....	32
2.3.1 Definisi.....	33
2.3.2 Tujuan dari manajemen pelayanan kesehatan.....	33
2.3.3 Tipe rumah sakit.....	34
2.3.4 Jenis pelayanan rumah sakit.....	35
2.4 Konsep Instalasi Gawat Darurat.....	36
2.4.1 Definisi	36
2.4.2 Tujuan	36
2.4.3 Kriteria instalasi gawat darurat	37
2.4.4 Syarat khusus instalasi gawat darurat	38
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	38
3.1 Kerangka Konsep	38
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	39
4.1 Rancangan Penelitian	39
4.2 Populasi dan Sampel.....	39
4.2.1 Populasi	39
4.2.2 Sampel	39
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	40
4.3.1 Variabel	40
4.3.2 Definisi operasional	40
4.4 Instrumen Penelitian.....	41
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	41
4.5.1 Lokasi penelitian	41
4.5.2 Waktu penelitian	41
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	42
4.6.1 Pengambilan data	42
4.6.2 Teknik pengumpulan data	42
4.7 Kerangka Operasional.....	42
4.8 Analisa Data	44
BAB 5 PEMBAHASAN	45
5.1 Hasil Penelitian.....	45
5.1.1 Penanganan pasien gawat darurat berdasarkan jenis kelamin	45
5.1.2 Penanganan pasien gawat darurat berdasarkan jenis Usia.....	45
5.1.3 Penanganan kasus gawat darurat di instalasi gawat darurat	45
5.2 Hasil Penelitian Dan Pembahasan	
5.2.1 Penanganan pasien gawat darurat berdasarkan jenis kelamin	46
5.2.2 Penanganan pasien gawat darurat berdasarkan jenis Usia.....	49
5.2.3 Penanganan kasus gawat darurat di instalasi gawat darurat	51
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	62

6.1 Kesimpulan	62
6.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

No		Hal
Lampiran 1	Pengajuan Judul Proposal	67
Lampiran 2	Permohonan Pengambilan Data	68
Lampiran 3	Abstrak	69
Lampiran 4	<i>Abstract</i>	70
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian	71
Lampiran 6	Surat Persejuaan Penelitian	72
Lampiran 7	Tabel Induk	73
Lampiran 8	SPSS	74
Lampiran 9	Konsultasi.....	75

DAFTAR TABEL

No		Hal
Tabel 2.1	Triase Tag	17
Tabel 3.2	Pedoman Untuk Resusitasi Kardiopulmoner	21
Tabel 4.3	Definisi Operasional Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Tahun 2017	45
Tabel 5.4	Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin	47
Tabel 5.5	Distribusi Berdasarkan Usia	47
Tabel 5.6	Distribusi Berdasarkan Penganagan Pasien Gawat Darurat	48

DAFTAR BAGAN

No		Hal
Bagan 2.1	Rentang Pelayanan Gawat Darurat	9
Bagan 3.2	Kerangka Konsep Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalsi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017	38
Bagan 4.3	Kerangka Operasional Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalsi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa.....	43

DAFTAR DIAGRAM

No		Hal
Diagram 5.1	Gambaran penanggana pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2017 berdasarkan jenis kelamin.....	48
Diagram 5.2	Gambaran penanggana pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2017 berdasarkan usia.....	51
Diagram 5.3	Gambaran penanggana pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2017 berdasarkan	53

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gawat darurat merupakan sebagai keadaan dimana seseorang memerlukan penanganan atau pertolongan segera karena apabila tidak mendapatkan pertolongan pertama dengan cepat maka akan mengacam jiwananya atau menimbulkan kecacatan permanen, (Musliha, 2010). Keadaan kegawat darurat dapat terjadi kapan saja, siapa saja dan dimana. Kondisi ini menuntut kesiapan petugas kesehatan untuk mengantisipasi kejadian itu. Bila kita cermati kematian-kematian terjadi karena penyakit jantung, kecelakaan lalu lintas, cedera kepala, luka bakar, syok, pneumotoraks, sumbatan jalan napas, (Kristanty, 2014).

Keperawatan gawat darurat (*emergency nursing*) merupakan pelayanan keperawatan yang menyeluruh diberikan kepada pasien gawat darurat atau sakit yang mengacam kehidupan. Tim medis menujukkan keahlian dalam pengkajian pasien seperti *airway, breathing, circulation, disability* dan *eksposure, setting prioritas*, dan intervensi prioritas. Perawat gawat darurat mampu terampil untuk menangani respon pasien seperti henti napas dan henti jantung, trauma kepala, sumbatan jalan napas, pneumotoraks, (Kristanty, dkk, 2016).

Pasien yang mengalami gawat darurat memerlukan waktu atau *respon time* sebagai indikator mutu pelayanan rumah sakit, *respon time* tergantung kecepatan pelayanan dokter atau perawat waktu ini di hitung pada saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan waktu pelayanan yang dibutuhkan pasien sampai selesai proses

penanganan gawat darurat (Moewardi, 2009). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan Instalasi Gawat Darurat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan ujung tombak rumah sakit dimana semua pasien yang masuk akan ditangani pada unit tersebut, unit ini memiliki tujuan yaitu menerima semua pasien, melakukan triase, menstabilisasikan dan memberikan pelayanan kesehatan yang akut, (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Instalasi Gawat Darurat (IGD) berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya penderita gawat darurat. Oleh karena itu Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit yang sangat penting dan paling sibuk di rumah sakit sebagai unit pertama yang menangani pasien dalam keadaan gawat darurat, (Musliha, 2010).

Menurut data *WHO (World Health Organization)* Pada tahun 2012, sebanyak 17,5 juta orang pertahun meninggal akibat penyakit kardiovaskular dengan estimasi sekitar 31% kematian diseluruh dunia. Setiap tahunnya, di Amerika Serikat pasien yang mengalami henti jantung mencapai 350.000 orang dan 50% meninggal di rumah sakit (Terry et al, 2010). Riset Kementerian kesehatan (2013) menunjukkan, prevalensi tertinggi untuk penyakit kardiovaskuler di Indonesia adalah penyakit jantung koroner, yakni sebesar 1,5%. Dari prevalensi tersebut, angka tertinggi ada di Provinsi Nusa Tenggara Timur (4,4%) dan terendah di Provinsi Riau (0,3%). Menurut data statistik *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* 2007-2010, prevalensi infark miokard lebih banyak diderita laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut kelompok

umur, Penyakit Jantung Kronik (PJK) paling banyak terjadi pada kelompok umur 65-74 tahun (3,6%) diikuti kelompok umur 75 tahun ke atas (3,2%), kelompok umur 55-64 tahun (2,1%) dan kelompok umur 35-44 tahun (1,3%), (Riset Kementerian Indonesia, 2017). Hasil penelitian Rekam Medis di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2016 dari Januari sampai dengan Desember adalah 18,742. Pasien yang mengalami gawat darurat berjumlah 194 orang. Laki-laki 10.487 orang dan perempuan 8156, dan usia yang >65 tahun, kasus gawat darurat seperti miokard infark akut, trauma kepala, sumbatan jalan napas, pneumotoraks, luka bakar dan syok, (Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun, 2016).

Pasien datang kerumah sakit karena adanya faktor-faktor yang mempengaruhi di antaranya adalah penyakit yang di derita dan terjadinya miokard infark akut (MCI). Selain untuk berobat ke Instalasi Gawat Darurat karena mutu pelayanan rumah sakit seperti keramahan, kecepatan dalam menangani pasien gawat darurat, keterampilan dan komunikasi pihak-pihak yang ada di rumah sakit. Instalasi Gawat Darurat, sebagai pelayanan gawat darurat 24 jam, yang memnfokuskan menggunakan triase. Tujuan dari triase dilakukan dengan memilih pasien untuk perawatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit, apabila pelayanan tidak dilakukan dengan cepat dan tepat akan mengakibatan henti napas dan hitungan menit saja meninggal dan ada 4 triase didalam rumah sakit meliputi: merah, kuning, hijau, dan hitam (Lee C.H, 2011).

Pelayanan yang dilakukan Instalasi Gawat Darurat (IGD) antara lain melakukan triase, melakukan pengkajian primer dan sekunder secara terfokus,

sistematis, akurat. Pengkajian primer untuk melihat keadaan keadaan *airway, breathing, circulation, dissability, exposure*. Pengkajian sekunder merupakan pengkajian *head to toe* yang dilakukan secara menyeluruh sesuai keluhan utama pasien. Pemeriksaan penunjang medik dan dokumentasi pasien. Apabila pelayanan mengalami keterlambatan maka akan berefek pada kondisi pasien standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD), (Lee Et all, 2011).

Penyakit Miokard infark akut sebagai pembunuhan nomor satu didunia. Jenis kelamin dan usia merupakan faktor resiko terjadi penyakit jantung. Jenis kelamin laki dan berusia >65 tahun keatas yang sering dijumpai pada penyakit Miokard infark akut, yang disebabkan seperti hipertensi, gaya hidup buruk, obesitas, dan diabetes mellitus. (Kiinnaird et al, 2013).

Penanganan pasien gawat darurat dengan melihat ketetapan dalam memberikan penanganan pasien gawat darurat harus melewati triase, perawat harus memilih gawat darurat dengan cara pada pasien mengalami gawat darurat pasien yang henti napas dan henti jantung melakukan resusitasi paru jantung (RJP), gagal napas termasuk *obstruksi* pada *Endotrakeal Tube* (ETT), Pneumotoraks Penatalaksanaan mengikuti prinsip penatalaksanaan pasien trauma secara umum (*primary survey – secondary survey*), Luka bakar ada pengkajian pertama sebagai berikut: *airway*, sirkulasi, ventilasi, Prioritas pertama penderita luka bakar yang harus dipertahankan meliputi: *airway*, ventilasi, dan perfusi sistemik. Kalau diperlukan segera lakukan *intubasi endotrakeal*, pemasangan infuse untuk mempertahankan volume sirkulasi. Pada pasien Luka bakar diperiksa apakah terjadi luka bakar berat, luka bakar sedang, luka bakar ringan. Ditentukan

luas luka bakar. Penanganan luka bakar dengan cara pemeriksaan fisik ditujukan terhadap diagnosis kelainan yang mengancam nyama dan meliputi penilaian terhadap *airway, breathing, circulation* (ABC).

Pasien mengalami gawat darurat memerlukan penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi pasien gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini Mengingatkan pada kondisi pasien tersebut dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal atau kecacatan permanen (Maatilu, 2014 dalam Sutawijaya, 2009), Berdasarkan data diatas maka peneliti tertarik, dalam melakukan penelitian dengan judul "**Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017**".

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017?

1.3. Tujuan Penulis

1.3.1 Tujuan umum

Untuk menggambarkan penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Meggambarkan berdasarkan jenis kelamin
2. Menggambarkan berdasarkan usia
3. Menggambarkan berdasarkan kasus instalasi gawat darurat

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Peneliti ini diharapkan dapat memberikan tambahan imu serta informasi tentang Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai acuan untuk menambah tentang Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

2. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi dan sebagai bentuk masukan bagi rumah sakit tentang penanganan pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Keperawatan Gawat Darurat

2.2.1 Definisi

Keperawatan gawat darurat (*emergency nursing*) merupakan pelayanan keperawatan yang menyeluruh diberikan kepada pasien dengan injuri akut atau sakit yang mengacam kehidupan (Kristanty, dkk, 2016).

2.1.2 Penyebab keperawatan darurat

Ada beberapa penyebab keperawatan darurat dapat terjadi di sekitar masyarakat terbagi atas 3 sebagai berikut:

1. Miokard infark akut.

Miokard infark akut merupakan pembunuh nomor satu didunia dan di Indonesia. Penyakit ini cenderung meningkat setiap tahun, miokard sering dialami pada jenis kelamin laki-laki daripada perempuan. Pada usia yang sering dialami pada usia 65 tahun keatas. Penyebab ini dapat terjadi karena, hipertensi, diabetes melitus, obesitas, gaya makan kurang sehat, memerlukan penanganan yang cepat dan tepat, apabila tidak ditangani, dengan cepat akan dapat mengalami kematian, (Innaird et al., 2013).

2. Kecelakaan lalu lintas

Kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama cedera di Indonesia, hampir 50% cedera yang ada pada tahun 2013 disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Selain itu dilihat dari tempat kejadian cedera, lebih 40% di jalan raya. (Depkes, 2016).

3. Luka dan pendarahan.

Luka dan pendarahan secara sederhana luka (*vulnus*) diartikan dengan hilang atau rusaknya sebagian jaringan dari tubuh. Prinsip penatalaksanaan luka bakar adalah menjamin dan menjaga *airway*, perfusi darah tetap normal, keseimbangan cairan dan elektrolit, suhu tubuh normal. (Hardisman, 2014).

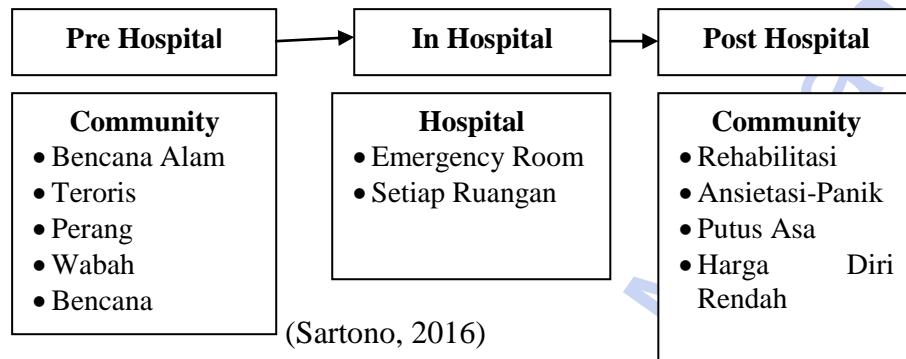
4. Syok

Syok merupakan keadaan klinis dengan gejala dan tanda yang muncul ketika terjadi ketidakseimbangan kebutuhan dan suplay oksigen, dan hal ini menimbulkan terjadinya hipoksia jaringan (Sartono, 2016).

2.1.3 Rentang gawat darurat

Keadaan gawat darurat di komunitas biasanya lebih kompleks dibanding kejadian gawat darurat di rumah sakit. Kompleksitas karena dapat mencakup daerah yang amat luas seperti kejadian tsunami di Aceh pada tahun 2004 atau daerah lain Indonesia. Bila keadaan gawat darurat akibat bencana kita harus tahu fase-fase bencana yang mencakup fase pra-impact, fase impact, fase *emergency* dan fase rekonstruksi. Pada fase *emergency* diperlukan bantuan makanan, pakaian dan pertolongan oleh petugas kesehatan. Ironisnya, biasanya korban ditemukan bukan oleh petugas kesehatan atau masyarakat terlatih (awan khusus), karena Indonesia memang belum memiliki tenaga awan khusus yang terlatih mengelola darurat di komunitas (Sartono, 2016).

Bagan 2.1 Rentang Pelayanan Gawat Darurat



2.1.4 Tujuan gawat darurat

Ada beberapa tujuan gawat darurat terbagi atas 2 sebagai berikut:

1. Mencegah kematian dan cacat pada pasien gawat darurat, hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat.
2. Merujuk pasien gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai (Krisanty dkk, 2016).

2.1.5 Prinsip selama trasportasi

Selama evakuasi maka perlu diperhatikan implementasi prinsip-prinsip dibawah ini yaitu:

1. Monitoring A-B-C (*Airway, Breathing, Circulation*)
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Monitor kesadaran
4. Monitor sekitar luka
5. Harus disertai personal dan peralatan yang memadai
6. Pencatatan selama trasportasi
7. Pemberian Oksigen (O_2) tetap berlangsung
8. Pemberian cairan tetap berlangsung (Sartono, 2016).

2.1.6 Dilema utama gawat darurat

Ada hal-hal dimana masih menjadi dilema dalam penanganan korban gawat darurat diantaranya:

1. Waktu pengamatan dan pelayanan singkat. Kondisi yang mungkin terjadi adalah penolong tidak memiliki waktu pengamatan yang cukup untuk menilai korban secepatnya, sehingga terkesan berburu-buru. Hal ini juga disebabkan oleh kondisi korban yang membutuhkan penilaian yang singkat.
2. Perubahan klinis mendadak. Kondisi korban dapat berubah-ubah setiap saat, kondisi ini kadang tidak didukung oleh peralatan yang memadai.
3. Mobilitas petugas yang tinggi antar disiplin ilmu. Petugas kesehatan juga diharapkan dapat memiliki kemampuan yang cukup untuk menangani korban gawat darurat, tetapi kondisi ini belum tentu dapat disediakan karena tiap petugas kesehatan mungkin saja memiliki keterbatasan disiplin ilmu, sehingga tidak dapat melakukan pertolongan pada kondisi gawat darurat tertentu.
4. Resiko tinggi. Kesalahan dalam memberikan bantuan kepada korban gawat darurat dapat mengakibatkan resiko kematian yang tinggi.
5. Konflik tinggi. Perbedaan cara pandang masyarakat terhadap petugas kesehatan dapat menjadi konflik yang menghambat pertolongan kepada korban, hal itu tentunya dapat berakibat buruk pada korban sendiri. Dukungan masyarakat yang baik kepada petugas dapat memberikan harapan hidup lebih baik pada korban gawat darurat (Sartono, 2016).

2.1.7 Prinsip-prinsip gawat darurat

Triase diambil dari bahasa prancis “*trier*” artinya mengelompokkan atau memilih. Konsep triage unit gawat darurat adalah berdasarkan penggelompokan atau pengklasifikasi klien kedalam tingkatan prioritas tergantung pada kondisi keparahan penyakit atau injuri.

Ada beberapa di dalam triase khusunya di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit:

1. Gawat darurat

Klien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat dan terancam nyamanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya. Kategorinya yaitu kondisi yang timbul berhadapan dengan keadaan yang dapat segera mengancam kehidupan atau berisiko kecacatan. yang klien dengan nyeri dada, napas pendek, dan *diaphoresis ditriage*, napas pendek

2. Gawat tidak darurat

Klien berada dalam keadaan gawat tetapi memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.Kategori yaitu mengindikasikan bahwa klien harus dilakukan tindakan segera, tetapi keadaan yang mengancam kehidupan tidak muncul saat ini. Misalnya klien dengan serangan baru pneumonia (sepanjang gagal napas tidak muncul segera), nyeri abdomen, kolik ginjal, laserasi kompleks tanpa adanya pendarahan mayor, diskolasi, riwayat kejang sebelumnya tida dan suhu lebih dari 37°C.

3. Darurat tidak gawat

Klien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal. Misalnya *Simple fractures, simple lacerations, atau injuri jaringan lunak, gejala deman atau viral, dan skin rashes.* (Krisanty, dkk.2016).

2.1.8 Primary survey, secondary dan intervensi resusitasi

Ada beberapa *primary survey, secondary* dan intvensi resusitasi dalam keperawatan gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Primary survey

Primary survey mengatur pendekatan ke klien sehingga ancaman kehidupan segera dapat secara cepat diindifikasi dan tertanggulangi dengan efektif.

Ada beberapa *Primary Survey*, sebagai berikut:

a. Airway (jalan napas/spinal servikal)

Mcdonagh (2012), Pemeriksaan umum yang dilakukan *airway* adalah dengan cara membersihkan jalan napas, dan pernapasan normal.Pemeriksaan jalan napas: periksa mulut untuk benda asing, pendarahan, muntah dan bengkak. Lepaskan benda asing dan tusukan jalan napas bagian atas jika perlu. cari luka, pendarahan, memar, bengkak, benda asing yang tertusuk, dan kelainan bentuk/perpindahan tenggorokan. Palpasi jalan napas: cepat tapi dengan lembut meraba-raba untuk pembengkakan, deformitas dan emfisema subkutan.Pemeriksaan jalan

napas:*Look*/lihat gerakan nafas atau pengembangan dada, adanya retraksi sela iga, warna mukosa/kulit dan kesadaran, *Listen*/dengar aliran udara pernafasan,*Feel*/rasakan adanya aliran udara pernafasan.

b. *Breathing* (pernapsan)

Mcdonagh (2014), Pemeriksaan umum: Periksa pernapsan dengan mencari gerakan dada, letakkan pipi anda di atas mulut pasien, dan dengarkan dan rasakan gerakan udara. Periksa bibir dan wajah untuk sianosis.adalah napas pasien pendek.Beberapa pernapsan yang diperiksa:Normal (16-24 kali/menit), Cepat (*Takipnea*>24 kali/menit), Lambat (*Bradypnea* <8 kali/menit), Tidak teraba.

c. *Circulation*

Mcdonagh (2014), Tujuan utama evaluasi ini adalah memastikan adanya sirkulasi yang efektif dan memadai sirkulasi. Perdarahan: adanya kelainan pada ekstremitas dan batang tubuh harus mengingatkan seseorang kemungkinan pendarahan yang cukup besar. Jika pendarahan terbuka ditemukan, kepala luka harus dikompres secara manual. Tindakan yang dilakukan untuk mengembalikan fungsi sirkulasi tubuh yang tadinya berhenti atau terganggu: agar sirkulasi darah kembali berfungsi normalgangguan sirkulasi ditandai dengan: Tingkat kesadaran bila volume darah menurun, perfusii otak berkurang yang akan

menyebabkan penurunan kesadaran, tetapi penderita yang sadar belum tentu warna kulit dapat membantu diagnosis hipovolemi. Pasien tampak pucat, eksternitas dingin, berkeringat dingin *capillary refill time* lebih dari 2 detik. Nadi yang cepat dan kecil merupakan tanda dari hipovolemi.

d. *Disability* (ketidakmampuan)

Sebagian pemeriksaan neurologis yang dideteksi dapat memakan waktu selama 30 menit untuk dilakukan lebih banyak lagi, pemeriksaan sistem neurologis harus cepat namun akurat mencerminkan status neurologis pasien

e. *Exposure* (paparan)

Paparan digunakan untuk menunjukkan paparan, sebuah pengingat kepada pemeriksa untuk mengekspos pasien untuk memeriksa luka serius yang tidak terlihat, cacat bentuk patah tulang. Pasien harus benar-benar buka pakaian, biasanya dengan memotong pakaian. Kitaharus menutupi pasien dengan selimut hangat untuk mencegah hipotermia. Cairan infuse harus dihangatkan dan lingkungan yang hangat dipertahankan (Krisanty, dkk, 2016).

2. *Secondary survey* dan intervensi resusitasi

Resusitasi unit gawat darurat telah melakukan penyelamatan jiwa segera, aktivitas lain dimana perawat gawat darurat dapat mengantisipasi termasuk insersi *gastric tube* untuk kompresi saluran

pencernaan untuk mencegah muntah dan aspirasi, inspirasi kateter urine untuk memudahkan pengukuran pengeluaran urine, dan persiapan studi diagnostic seperti *ultrasound*, *elektrokardiogram* (EKG), studi radiologi dan analisa labotorium darah (Krisanty, dkk, 2016).

2.1.9Triase

1. Definisi triase

Triase merupakan suatu prosedur yang menempatkan korban pada kategori-kategori prioritas untuk transportasi dan perawatan berdasarkan tingkat keparahan menggunakan (*Airway, Breathing, Circulation*) untuk di rumah sakit (Prabowo, 2014).

Pasien gawat darurat menggunakan *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* di rancang untuk membantu menyusun ulang dengan memprioritaskan fungsi tubuh yang paling penting. Variasi prosedur triase darurat yang digunakan di seluruh dunia meskipun parameter evaluasi klinis secara hampir universal sama sekali bukan niat manual ini untuk menentukan sistem mana yang terbaik, hanya untuk menyebarkan ketataan yang ketat terhadap model yang dipilih (McDonagh, 2012).

Prioritas penanganan korban pada triase ada 4 prioritas penanganan korban pada triase antara sebagai berikut:

- a. Prioritas tertinggi/segera/kelas 1 korban gawat dan darurat
- b. Prioritas tinggi/tunda/kelas 2:moderate dan emergent

- c. Prioritas sedang/minor/kelas 3: korban gawat tidak darurat, atau korban darurat tidak gawat atau korban tidak gawat tidak darurat.
- d. Prioritas terakhir/ probable death, korban memiliki tanda-tanda telah meninggal (Prabowo, 2014).

3. Triase tag

Prabowo, (2014), mengatakan untuk identifikasi korban, cara yang termudah adalah dengan menggunakan Triase tag seperti kartu warna dibawah ini:

- a. Merah : Menunjukkan prioritas tertinggi (*Immediate Care-Life-Threatening*)
- b. Kuning : Untuk prioritas tinggi (*Urgent Care-dapat Delay* hingga 1 jam).
- c. Hijau : Untuk Prioritas sedang (*Delayed Care*)dapat ditunda hingga 3 jam)
- d. Hitam : Untuk prioritas terakhir (korban telah mati).

Tabel 2.1Triase tag

No	Prioritas dan Keterangan	Contoh
1	Prioritas Tertinggi (Merah) artunya korban gawat darurat artinya terancam jiwa atau anggota	Kelainan pernapasan (obstruksi jalan napasm henti napas, sukar bernapas hebat); henti jantung, pendarahan tak terkontrol atau lebih dari 2 liter cedera kepala hebat (korban tidak sadar); luka dada terbuka luka hancur pada <i>abdominopelvic</i> (perut-pinggul); syok hebat dan tekananan sistolik berkurang dari 80 mmHg; luka bakar yang mengenai saluran napas; serangan jantung stroke, pendarahan hebat, syok, reaksi insulin, mata terkena bahan

No	Prioritas dan Keterangan	Contoh
2	Prioritas Tertinggi (Kuning) artinya korban moderate emergeny yaitu korban gawat atau darurat yang tidak dapat dimasukkan prioritas tertinggi maupun prioritas sedang (tidak merah, tidak kuning)	kimia, hipotermi berat dan masalah medis berat lainnya; kemungkinan fraktur vertebræ cervical; luka terbuka pada mata; fraktur femur dan fraktur tanpa pulpus distal dan lain-lain. Luka bakar hebat; cedera spinal selain pada cervical; pendarahan sedang, atau lebih dari 2 liter; korban sadar dengan cedera kepeala serius; fraktur multiple (selain di atas); cedera bagian belakang; Overdosis obat, luka bakar, fraktur mayor, injuri tulang belakang dan lain-lain.
3	Prioritas Sedang (Hijau)artinya meskipun kondisinya dalam keadaan gawat, tetapi ia tidak memerlukan tindakan segera, atau korban darurat tidak gawat atau korban tidak gawat tidak darurat.	Pendarahan ringan; Fraktur dan Cedera jaringan lunak minor; Luka bakar ringan dan sedang; Trauma dengan tingkat survival yang sangat rendah dan sulit diharapkan (korban tidak sadar dengan otak terekpos; luka bakar derajat 2-3 hingga lebih dari 40% luas tubuh); dan lain-lain.
4	Prioritas Terakhir (Hitam) artinya korban ada tanda-tanda telah meninggal	Tidak adanya respirasi dengan denyut nadi >20 menit mulai kehadian (kecuali korban tenggelam atau korban hipotermia ekstrem); tidak adanya respirasi dan denyut nadi; trauma yang menyebabkan RJP tidak dapat dilakukan atau tidak efektif; dekapitasi (Leher Putus)

(Prabowo, 2014).

2.1.10 Faktor resiko pada pasien gawat darurat.

Faktor resiko pada pasien gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Jenis kelamin

Dersen dalam Wahyuni (2012), jenis kelamin merupakan pembagian dua jenis kelamin yang ditentukan secara biologis, yaitu laki-laki dan perempuan. Perbedaan fisiologis yang terjadi pada

masing-masing tubuh antara dua jenis laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan fisilogis yang bersifat hormonal yang memperngaruhi variasi ciri-ciri biologis seperti kesuburan. Meskipun secara fisik laki-laki lebih kuat dibandingkan perempuan, tetapi perempuan sejak bayi hingga dewasa memiliki daya tahan lebih kuat dibandingkan laki-laki baik daya tahan rasa sakit maupun daya tahap penyakit. laki-laki lebih rentang terhadap berbagai jenis penyakit dibandingkan perempuan.

Secara neurologis, anak perempuan lebih matang dibandingkan laki-laki sejak lahir hingga masa dewasa, dapat pertumbuhan fisik pun lebih cepat. Laki-laki dan perempuan memang terlihat berbeda dan memiliki organ serta hormon yang berbeda. Oleh karena itu ada anggapan bahwa laki-laki dan perempuan juga berbeda dengan cara masing-masing berpikir, bertindak dan merasakan sesuatu.

2. Usia

Lestiani (2015), pengertian usia ada dua yaitu: usia kronologis dan usia biologis. Usia kronologis merupakan usia ditentukan berdasarkan perhitungan kalender, sehingga tidak dapat dicegah maupun dikurangi. Sedangkan usia biologis merupakan usia yang dilihat dari jaringan tubuh seseorang dan tergantung pada faktor nutrisi dan lingkungan sehingga usia biologis ini dapat dipengaruhi.

Depkes Republik Indonesia (2009) dalam lestiani (2015), usia digolongkan menjadi:

- a. Masa balita 0-4 tahun
- b. Masa kanak-kanak 5-11 tahun
- c. Masa remaja 12-16 tahun
- d. Masa remaja akhir 17-25 tahun
- e. Masa dewasa awal 26-35 tahun
- f. Masa dewasa akhir 36-45 tahun
- g. Masa lansia awal 46-55 tahun
- h. Masa lansia akhir 56-65 tahun
- i. Masa manula >65 tahun

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO), menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu: Usia pertengahan (*Middle Age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*Elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*Old*) 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*Very Old*) di atas 90 tahun (Nugrho, 2009). Depatermen Kesehatan Republik Indonesia membuat pengelompokan usia lanjut sebagai berikut:

- a. Kelompok pertengahan umur, ialah kelompok usia dalam masa viritas, yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).
- b. Kelompok usia lanjut dini, ialah kelompok dalam masa prasenium kelompok yang mulai memasuki usia lanjut (55-64 tahun)

- c. Kelompok usia lanjut dengan resiko tinggi, ialah kelompok usai lanjut yang hidup sendiri, terpencil, tinggal dipanti, menderita penyakit berat atau cacat.

2.2.Penanganan Pasien Gawat Darurat

2.2.1 Resusitasi jantung paru

Resusitasi Jantung Paru (RJP) merupakan metode untuk mengembalikan fungsi pernapasan dan sirkulasi pada jantung yang mengalami henti napas dan henti jantung yang tidak diharap mati pada saat itu. Indikasi dalam melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah henti napas dan henti jantung (Jurnal Ganthikumar dalam *Amrican Heart Assocition*, 2010).

Amrican Heart Assocition (2010), mengatakan indikasi dalam melakukan Resusitasi Paru adalah sebagai berikut:

1. Henti jantung primer (*Cardiac Arrest*) adalah ketidak sanggupan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen keotak dan organ vital lainnya secara mendadak dan dapat balik normal, jika dilakukan tindakan yang tepat atau akan menyebabkan kematian atau kerusakan otak menetap kalau tindakan tidak adekuat.

Tabel 3.2Pedoman Untuk Resusitasi Kardiopulmoner

	Dewasa	Anak	Bayi	Neonatus
Tingkat	100	100	≥ 100	120
Kompresi				
Kedalaman	1½ -2 inch	1-1,5 inch	½ -1 inch	½ to 1 inch
Kompresi				
Model	Kedua Tangan	Tumit satu tangan	Apposed jempol	Apposed jempol
Kompresi				
Kompresi	15:2 (1 atau 2 Terhadap penolong)	5:1 (1 atau 2 penolong)	5:1 (1 atau 2 penolong)	5:1 (1 atau 2 penolong)
Rasioventilasi				

(Epstein, 2009)

2 Henti napas

Henti nafas primer (*Respiratory Arrest*) dapat disebabkan oleh banyak hal, misalnya serangan stroke, keracunan obat, tenggelam, inhalasi asap/uap/gas, obstruksi jalan nafas oleh benda asing, tesengat listrik, tersambar petir, serangan *infrak jantung*, *radang epiglottis*, *tercekik (suffocation)*, *trauma* dan lain-lainnya.

Apapun prosedur resusitasi paru sebagai berikut:

1. Memastikan respon pasien dengan cara menepuk bahu pasien secara berulang sambil memanggil : Pak...Bu...
2. Meminta pertolongan orang sekitar, dengan berteriak “TOLONG” dan segera menelepon Unit Gawat Darurat.
3. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien dengan posisi terlentang dan menempatkan di tempat yang keras dan rata serta jauh dari benda yang dapat membahayakan dan perawat mengambil posisi di sebelah kiri atau kanan pasien.
4. Memeriksa Airway(jalan nafas), dengan menggunakan metode:
 - a. *Head tilt*
Meletakkan telapak tangan kanan ke dahi pasien dan menekan ke arah bawah sehingga posisi kepala ekstensi.
 - b. *Chin lift*
Meletakkan tangan kiri ke dagu pasien dan mengangkat dagu ke arah atas sehingga posisi kepala ekstensi dan jari tangan

yang lain membuka mulut pasien dan melihat saluran nafas dengan menggunakan senter.

c. *Jaw thrust*

Perawat pindah posisi ke bagian kepala pasien dan meletakkan kedua tangan ke rahang pasien dan mengangkat ke atas (arah perawat) sehingga posisi kepala ekstensi dan jari perawat membuka mulut pasien dan melihat saluran nafas dengan menggunakan senter (bila memungkinkan).

5. Memeriksa keadaan jalan nafas pasien setelah terlebih dahulu mulut terbuka dan posisi kepala pasien dalam posisi ekstensi.
6. Memeriksa “*Breathing*”, perawat membuat posisi berlutut dan mengarahkan tangan kiri ke dagu pasien dan tangan kanan ke dahi pasien.
7. Perawat melakukan metode *Look, Listen, dan Feel* untuk memeriksa apakah pasien dalam keadaan bernafas atau tidak dengan mendekatkan kepala perawat ke kepala pasien kemudian:

a. *Look*

Kepala perawat menghadap ke kaki pasien kemudian mata perawat melihat ke arah dada pasien.

b. *Listen*

Saat kepala perawat mengarah ke kaki dan mata melihat dada pasien telinga perawat mendekati lubang hidung pasien untuk mendengar hembusan nafas dari hidung dan mulut pasien.

c. *Feel*

Setelah melakukan *look dan listen*, perawat juga memfokuskan untuk merasakan hembusan nafas pasien di pipi perawat.

- d. Selanjutnya, pemeriksaan “*Circulation*” perawat membuat posisi berlutut, dan perawat melakukan pemeriksaan nadi pada leher pasien di arteri karotis menggunakan 2 atau 3 jari (telunjuk, tengah, manis).
8. Tidak terdapat denyut nadi, perawat melakukan kompresi jantung dengan cara :
- Menentukan lokasi pijat jantung dengan titik tumpu pijat jantung adalah 2-3 jari di atas PX (*Prosesus Xipoideus*)
 - Menggunakan kedua telapak tangan dan diletakkan diatas lokasi titik pijat jantung dengan tangan dominan di atas dan non dominan dibawah.
 - Penolong mengambil posisi tegak lurus dengan posisi kompresi lalu menekan dada pasien dengan edalaman kira-kira 4-5 cm.
 - Setiap melepas 1 pijatan, tangan jangan masih menekan dada pasien
 - Melakukan perhitungan kompresi sambil bersuara saat pijat jantung, hitung dengan suara keras.
 - Berikan nafas bantuan 2 kali melalui mulut ke mulut dengan cara:

- 1). Satu menekan dahi pasien dan satu tangan lagi memegang dagu pasien dengan jempolnya membuka mulut pasien lalu mulut perawat di tempelkan menutupi hidung dan mulut pasien.
 - 2). Perawat memberi hembusan nafas dari mulut perawat ke mulut dan hidung pasien dengan merapatkan mulut perawat – pasien terlebih dahulu kemudia lakukan lagi kompreasi dada pasien
10. Lakukan kompresi minimal 3 siklus dengan 1 siklus 30:2
 11. Perawat memberi posisi nyaman dengan posisi kepala ekstensi.

2.2.2 Trauma kepala

Penanggulangan korban gawat darurat di unit emergensi sesuai dengan beratnya trauma kapitis yaitu ringan, sedang atau berat. Pengelolaan korban dilakukan berdasarkan urutan yaitu:

1. *Survei primer*, gunanya untuk menstabilkan mulut dan mengeluarkan darah, gigi yang patah, muntahan, dan sebagai berikut. Bila perlu lakukan intubasi (waspadai kemungkinan adanya fraktur tulang leher).
 - a. *Airway* (jalan napas)

Bebaskan jalan napas dengan memeriksaan mulut dan mengeluarkan darah, gigi yang patah, memuntahkan. Bila perlu lakukan intubasi (waspadai kemungkinan adanya fraktur tulang leher).

b. *Breathing* (pernafasan)

Pastikan pernafasan adekuat. Pernapasan frekuensi, pola napas dan pernafasan dada atau perut kesetaraan. Pengembangan dada kanan dan kiri (simetris). Bila ada gangguan pernafasan, cari penyebab apakah terdapat gangguan pada sentral (otak dan batang otak) atau perifer (otot pernafasan atau paru-paru). Bila perlu, berikan oksigen sesuai dengan kebutuhan dengan target $O_2 > 92\%$.

c. *Circulation* (sirkulasi)

Pertahankan Tekanan Darah Sistolik $> 90\%$ mmHg. Pasang suntik intravena. Berikan cairan intravena drip, Natrium Clorida (NaCL) 0,9% atau *Ringer Laktat*. Hindari cairan hipotosis. Bila perlu berikan obat vasopresor dan inotropik. Konsultasi ke spesialis bedah saraf berdasarkan indikasi (lihat indikasi operasi Korban gawat darurat trauma kapisitis).

d. *Disability*

Disability yaitu untuk mengetahui lateralisasi dan kondisi umum dengan pemeriksaan cepat status umum dan neurologi.

- 1) Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu.
- 2) Skala koma glasgow.
- 3) Pupil: ukuran, bentuk dan reflex cahaya
- 4) Pemeriksaan neurologi cepat: hemiparesis, reflex patologis
- 5) Luka-luka

- 6) Anamnese:ample (*allergies, medications, past illnesses, last meal, environment related to the injury*).
2. *Survei* sekunder, meliputi pemeriksaan dan tindakan lanjutan setelah kondisi korban darurat stabil. Pemeriksaan lanjut dapat dengan membuka pakaian atau pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi pemeriksaan labotorium ataupun radiologi pemeriksaan laboratorium mencakup: Darah: *Hemoglobin* (Hb), Leukosit, hitung jenis leukosit, trombosit, ureum, keatinin, gula darah sewaktu, analisa gas darah dan elektrolit. Urine: Pendarahan (+)/(-) Pemeriksaan radiologi dilakukan meliputi foto polos kepala, posisi AP, lateral dan tangensial, CT Scan otak serta foto lainnya indikasi (termasuk servikal). Farmakologi merupakan manajemen terapi dengan obat-obatan dan atau operasi sesuai indikasi, (Sartono, 2016).

2.2.3 Sumbatan jalan napas

Hasil penelitian Muflihatin dalam jurnal Berjudul Pengaruh Tindakan Suction Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Perifer Pada Pasien Yang Rawat Di Ruangan ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penanganan sumbatan jalan napas adalah seseorang yang gagal napas dan memerlukan pertolongan yang cepat dan tepat sehingga apabila tidak ditangani dengan cepat akan mengakibatkan kematian. Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan gagal napas adalah *obstruksi* jalan napas, termasuk *obstruksi* pada *Endotrakeal Tube* (ETT).

Obstruksi jalan napas merupakan kondisi yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan oleh sekresi yang

kentalatau berlebihan akibat penyakit infeksi,imobilisasi, statis sekresi, dan batuk tidakefektif karena penyakit persyarafan seperti *cerebrovaskular accident* (CVA), efek pengobatan sedatif, dan lain – lain(Hidayat, 2009).

Punarbawa¹

2.2.4 Pneumotoraks

Hasil penelitian Suarjaya Punarbawa, dalam jurnal Berjudul Identifikasi Awal Dan Bantuan Hidup Dasar Pada Pasien Pneumotoraks, Sejalan dengan teori M. Idreess (2003) Penanganan pasien tidak untuk menegakkan diagnosis akan tetapi terutama untuk menemukan masalah yang mengancam nyawa dan melakukan tindakan penyelamatan nyawa.Pengambilan anamnesis (riwayat) dan pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan atau setelah melakukan prosedur penanganan trauma.langkah-langkah awal dalam *Primary Survey (Airway, Breathing, Circulation)*. Pemasangan *Water Seal Drainage*(WSD): Pada trauma toraks dan tension pneumothoraks, *Water Seal Drainage*(WSD) dapat berarti:Diagnostik:Menentukan perdarahan dari pembuluh darah besar atau kecil, sehingga dapat ditentukan perlu operasi torakotomi atau tidak, sebelum penderita jatuh dalam shock, Terapi:Mengeluarkan darah atau udara yang terkumpul di rongga pleura. Mengembalikan tekanan rongga pleura sehingga "mechanis of breathing" dapat kembali seperti yang seharusnya, Preventive: Mengeluarkan udaran atau darah yang masuk ke rongga pleura sehingga "mechanis of breathing" tetap baik.

2.2.5 Luka bakar

Luka bakar merupakan masalah yang besar dan serius pertolongan pertama yang tepat dan baik akan sangat membantu dalam prognosis dan penyembuhan korban (Sartono, 2016).

Sebelum melakukan perawat luka bakar, ada pengkajian pertama sebagai berikut:

1. *Airway, sirkulasi, ventilasi*

Prioritas pertama penderita luka bakar yang harus dipertahankan meliputi:*airway*, ventilasi, dan perfusi sistemik. Kalau diperlukan segera lakukan *intubasi endotrakeal*, pemasangan infus untuk mempertahankan volume sirkulasi.

2. Pemeriksaan luka bakar.

Luka bakar diperiksa apakah terjadi luka bakar berat, luka bakar sedang, luka bakar ringan. Ditentukan luas luka bakar.

Sartono (2016), mengatakan setelah dilakukan pengkajian awal maka dilakukan penanganan di ruang *emergency* antara lain sebagai berikut:

1. Diwajibkan memakai sarung tangan steril bila melakukan pemeriksaan penderita.
2. Bebaskan pakaian yang terbakar
3. Dilakukan pemeriksaan yang teliti dan menyeluruh untuk memastikan adanya trauma lain yang menyertai
4. Bebaskan jalan napas. Pada luka bakar dengan distress jalan napas dapat dipasang *Endotracheal Tube. Tracheostomy* hanya bila ada

indikasi. Gangguan breathing atau pernapasan dapat timbul segera atau setelah beberapa saat kemudian.

Gangguan pernapasan yang timbul cepat dapat disebabkan karena:

- a. *Inhalasi* partikel-partikel panas yang menyebabkan proses peradangan dan edema pada saluran jalan napas yang paling kecil. Mengatasi sesak yang terjadi adalah dengan penanganan yang agresif.
- b. Keracunan *CO* (*Karbon Mono-Oksida*). Asap dari apa mengandung *CO* (*Karbon Mono-Oksida*). Apabila korban gawat darurat berada dalam ruangan tertutup yang terbakar, maka kemungkinan keracunan *CO* (*Karbon Mono-Oksida*) cukup besar. Diagnostiknya sulit (apalagi fase pra-rumah sakit). Kulit berwarna merah terang biasanya belum terlihat. Pulse Oksimeter akan menunjukkan tingkat saturasi Oksigen (O_2) yang cukup besar, walaupun korban gawat darurat dalam keadaan sesak. Bila menimbulkan sesak berat dan bila dimonitor saturasi Oksigen O_2 kurang dari 95% maka ini adalah indikasi mutlak untuk segera intubasi.
- c. Bila diduga kemungkinan keracunan *CO*, maka diberikan O_2 100% dengan menggunakan *non-rebreathing mask*, atau-pun nilai perlu ventilasi tambahan *Bag Valve Mask* (BVM) yang ada *reservoir O_2* .

5. Walaupun dehidrasi akan terjadi agak lambat, namun pemasangan infuse pada luka bakar diatas 15% merupakan suatu keharusan. Pemasangan intravenous kateter yang cukup besar sangat dianjurkan.

2.2.6 Shock

Shock merupakan keadaan klinis dengan gejala dan tanda yang muncul ketika terjadi ketidakseimbangan kebutuhan dan suplay oksigen, dan hal ini menimbulkan terjadinya hipoksia jaringan. Ada beberapa dalam melakukan pengelolaan syok terdiri dari 10 sebagai berikut:

1. Pemeriksaan fisik ditujukan terhadap diagnosis kelainan yang mengancam nyawa dan meliputi penilaian terhadap *airway, breathing, circulation* (ABC). Pencatatan data penting untuk monitoring lebih lanjut.
 - a. *Airway dan breathing*, jalan napas dan pernapasan tetap merupakan prioritas pertama, untuk mendapatkan oksigenisasi yang cukup tambahan oksigen diberikan bila perlu untuk menjaga tekanan Oksigen (O_2) antara 80-100 mmHg.
2. Sirkulasi dan kontrol pendarahan, Prioritas adalah: kontrol perdarahan luar, dapatkan akses vena yang cukup besar dan nilai perfusi jaringan. Pendarahan dari luka eksternal biasanya terkontrol dengan melakukan bebas tekan pada daerah luka seperti di kepala, leher dan ekstermitas.
3. *Distability*-pemeriksaan neurologis. Pemeriksaan neurologis singkat yang dilakukan adalah menentukan tingkatan kesadaran, pergerakan bola mata dan reaksi pupil, fungsi motorik dan sensorik.

4. *Exposure*-pemeriksaan menyeluruh, Setelah menentukan prioritas terhadap keadaan yang mengancam nyawa, korban gawat darurat dilepas seluruh pakaian untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai kelainan yang ada, tetapi harus dicegah hipotermi.
5. Dilatasi *gaster-dekompresi*,*dilatasi gaster* kerap kali terjadi pada korban gawat darurat trauma, dan mungkin menyebabkan hipotensi. Keadaan ini mempersulit terapi dan mungkin menyebabkan aspirasi-suatu komplikasi yang mungkin fatal. *Naso Gastritis Tube* (NGT) harus terpasang dengan baik, terpasang pada alat suntion dan berfungsi dengan baik
6. Kateter uretra, pemasangan kateter uretra untuk mematau produksi urin dan mengetahui balance cairan dalam tubuh pasien. Pemasangan katetr uretra memungkinkan untuk pemeriksaan urin akan adanya hematuria, serta penilaian perfusi akan hasil resusitasi cairan. Produksi urin diharapkan mencapai 0,5 mm/kgBB/jam untuk orang dewasa, dengan demikian artinya keseimbangan cairan dalam tubuh tercukupi.
7. Akses vaskular, harus segera, dan sebaiknya memakai 2 kateter intracena (minimal no 16 G).
8. Pemberian cairan awal, cairan asering yang direkomendasikan sebagai pilihan pertama, pilihan berikutnya adalah *Ringer Lactate*. Cairan NaCL 0,9% (normal saline) adalah pilihan berikutnya, namun pada pemberian yang massif akan mengakibatkan asidosis hiperklomik,

terutama apabila disertai gangguan faal ginjal. Dosisi adalah 1-2 liter untuk dewasa, 20cc/kg BB untuk anak.

9. Evaluasi resusitasi cairan dan perfusi organ, gejala dan tanda yang dipakai untuk diagnosis syok, juga untuk menilai hasil resusitasi. kembalinya tekanan darah, tekanan nadir dan denyut nadi adalah tanda bahwa sirkulasi membaik. Namun tanda diatas tidak menandakan perfusi organ (Sartono, 2016).

2.3. Rumah Sakit

2.3.1 Definisi

Rumah sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks karena memiliki karakteristik tenaga yang sangat beragam, modal yang sangat besar, teknologi tinggi, dan permasalahan manajemen yang terus berkembang (Satrianegara, 2014).

2.3.2 Tujuan dari manajemen pelayanan kesehatan

Tujuan dari manajemen pelayanan kesehatan, adalah untuk memperoleh sumber daya, efektivitas, dan mengelola keperawatan, efisiensi, kualitas, dan peningkatan kesehatan. Namun, beberapa orang berpendapat bahwa rumah sakit tidaklah mudah dikelola seperti pengelola usaha hotel dan klinik. (Satrianegara, 2014).

2.3.3 Tipe rumah sakit

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Rumah sakit kelasA

Rumah sakit kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas. Oleh Pemerintah, rumah sakit kelas A ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*) atau disebut pula sebagai Rumah Sakit Pusat.

2. Rumah sakit kelasB

Rumah sakit kelas B adalah Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspesialis terbatas. Direncanakan rumah sakit kelas B didirikan di setiap ibukota propinsi yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit Kabupaten. rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk kelas A juga diklasifikasi sebagai rumah sakit kelas B.

3. Rumah sakit kelas C

Rumah sakit kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Pada saat ini ada empat macam pelayanan spesialis ini yang disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit kelas C ini akan didirikan di setiap ibukota Kabupaten yang menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

4. Rumah sakit kelasD

Rumah sakit kelas D adalah rumah sakit transisi kerena pada satu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan rumah sakit kelas Di hanyalahmemberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Sama halnya dengan rumah sakit kelas C, rumah sakit kelas D ini juga menampung pelayanan rujukanya yang berasal dari Puskesmas.

5. Rumah sakit kelas E

Rumah sakit kelas E adalah rumah sakit khusus (*Spesial hospital*) yang yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit jantung, dan rumah sakit ibu dan anak.

2.3.4 Jenis –jenis pelayanan rumah sakit

Depkes (2010), mengatakan Jenis-jenis pelayanan rumah sakit antara lain sebagai berikut:

1. Pelayanan GawatDarurat
2. Pelayanan RawatJalan
3. Pelayanan RawatInap
4. Pelayanan Bedah
5. Pelayanan Persalinan
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Pengendalian Infeksi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Rekam Medis
14. Pelayanan Administrasi Manajemen
15. Pelayanan Ambulans / Kereta Jenazah
16. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
17. Pelayanan Laundry
18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
19. Pelayanan Keamanan di Rumah Sakit

2.4. Instalasi Gawat Darurat

2.4.1 Definisi

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan ujung tombak rumah sakit dimana semua pasien yang masuk akan ditangani pada unit tersebut, unit ini memiliki tujuan yaitu menerima semua pasien, melakukan triase, menstabilisasikan dan memberikan pelayanan kesehatan yang akut, (Rempet Dalam Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan pelayanan kesehatan yang optimal bagi pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan tingkat kegawatdarurat sehingga mampu mengagih resiko kematian dan kecatatan (*to*

*save life and limb)*dengan *respon time* selama lima menit dan waktu definitive tidak lebih 2 jam, Rempet dalamMusliha, 2010)

Krisanty, Dkk, (2016) Keperawatan gawat darurat (*emergency Nursing*) merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif diberikan kepada pasien dengan injuri akut atau sakit yang mengancam kehidupan. Kegiatan pelayanan keperawatan menunjukan keahlian dalam pengkajian pasien, setting prioritas,intevensi krisis dan pendidikan kesehataan masyarakat. Sebagai seseorang spesialis, perawat gawat darurat menghubungkan pengetahuan dan keterampilan \untuk menangani respon pasien pada resusitasi, syok, trauma, ketidakstabilan multi sistem, keracunan, dan kegawatan yang mengancam jiwa lainya.

2.4.2 Tujuan IGD

Tujuan dari pelayanan gawat darurat adalah untuk memberikan pertolongan pertama pada pasien yang datang dan menghindari berbagi resiko sepertikematian, penyakitmiokard infark akut,menangulangi korban kecelakaan, atau bencana yang lainnya yang langsung membutuhkan tindakan. Bintari, Dkk, (2013).

Pelayanan pada unit gawat darurat untuk pasien yang datang akan langsung dilakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan dan prioritasnya. Bagi pasien yang tergolong (akut) maka langsung dilakukan tindakan menyelamatkan jiwa pasien (*live saving*). Bagi pasien yang tergolong tidak akut dan gawat akan dilakukan pengobatan sesuai dengan kebutuhan dan kasus masalahnya yang setelah itu akan dipulangkan ke rumah. Bintari, Dkk, (2013)

2.4.3 Kriteria IGD

Bintari, Dkk, (2013), Kriteria Unit Gawat Darurat adalah: unit gawat darurat harus buka 24 jam, unit gawat darurat juga harus melayani penderita “*false emergency*” tetapi tidak boleh mengganggu/mengurangi mutu pelayanan penderita gawat darurat, unit gawat darurat sebaiknya hanya melakukan “*primary care*” sendangkan “*definitive care*” dilakukan dilakukan dengan lingkup.

2.4.4 Syarat khusus instalasi gawatdarurat

Kemenkes, (2015), Komponen pelayanan yang diberikan kepada IGD terdiri atas perlengkapan elektrikal dan mekanikal serta jenis perabotan dan jumlah. Kualitas juga mempengaruhi terhadap kegiatan yang berlangsung di dalam ruangan tersebut. Ada 2 faktor penting, yaitu manusia sebagai pengguna dan bangunan beserta komponen-komponennya sebagai lingkungan binaan yang mengakomodasi kegiatan manusia.

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual

Model Konseptual merupakan sarana pengorganisasian fenomena yang kurang formal daripada teori. Sepertinya teori, model konseptual berhubungan dengan abstraksi (konsep) yang disusun berdasarkan relevansinya dengan tema umum (Polit, 2010).

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2017.

Gawat darurat	Faktor Resiko Pasien
1. Miokard infark akut	Gawat Darurat
2. Trauma kepala	
3. Sumbatan jalan napas	
4. Pneumotoraks	
5. Luka bakar	
6. Syok	

Keterangan

: Teliti

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan mengontrol maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mengidentifikasi (memaparkan) peristiwa-peristiwa terpenting yang terjadi pada masa kini (Nursalam, 2014)

Rancangan yang digunakan Penelitian adalah rancangan deskriptif. dengan cara mengamati/melihat data seperti jenis kelamin, dan usia dan penanganan pasien gawat darurat di ruangan Instalasi Gawat Darurat.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan kumpulan kasus dimana seorang peniliti tertarik untuk melakukan penelitian (Polit, 2012). Populasi digunakan penelitian ini adalah penulis adalah pasien *emergency* yang datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dimana populasi saat surve data awal di ambil dari Rekam Medis Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 berjumlah 18,817. Pasien yang mengalami gawat darurat berjumlah 297 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari elemen populasi. Pengambilan sampel adalah proses pemilihan sebagian populasi untuk mewakili seluruh populasi (Polit,

2012). Teknik sampel yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah teknik *Purposive Sampling*, dimana ada kriteria dalam penelitian ini.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2014). Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang datang ke instalasi gawat darurarat dengan keadaan yang gawat darurati (*emergency*) seperti miokard infark akut, trauma kepala, sumbatan jalan napas, pneumotoraks, luka bakar dan syok.

4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel

Variabel merupakan Perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain) (Nursalam, 2014) Pada penelitian ini dapat diukur berdasarkan jenis kelamin, umur dan jenis gawat darurat seperti miokard infark akut, trauma kepala, sumbatan jalan napas, pneumotoraks, luka bakar dan syok.

4.3.2 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan defenisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati (diukur) memungkinkan peneliti untuk melakukan penelitian suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2014).

Tabel 4.3 Definisi Operasional Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2017.

Variabel	Definisi	Indikator Operasional	Alat Ukur	Skala
Penanganan Pasien Gawat Darurat:	Keadaan dimana seseorang memerlukan penanganan pasien gawat darurat	Indikator dari 1. Jenis Kelamin 2. Usia 3. Kasus Gawat Darurat	Lembar Ceklist	Nominal, Ordinal 1
1. Miokard infark akut	memerlukan penanganan pasien gawat darurat			
2. Trauma kepala	dengan faktor resiko			
3. Sumbatan jalan napas	Keperawatan Gawat Darurat			
4. Pneumotora ks				
5. Luka bakar				
6. Syok				

4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur variable yang akan diamati, (Nursalam, 2014). Instrumen yang digunakan peneliti adalah pengumpulan data dari Rekam Medis dengan menggunakan Lembar Ceklist di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi

Lokasi Penelitian di Rekam Medis pada Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.5.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan oleh peneliti pada tanggal 27 April 2018 sampai dengan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

4.6. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan data

Pengambilan data merupakan Sebagian besar peneliti mengumpulkan data asli yang dihasilkan khusus untuk penelitian ini, namun terkadang mereka bisa memanfaatkan data yang ada (Polit, 2010). Data sekunder merupakan data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung oleh peneliti dari subjeknya (Korompisis, 2015).

Pengambilan data yang diambil penulis adalah data yang dari Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 dengan menggunakan Lembar Ceklist.

4.6.2 Teknik pengumpulan data

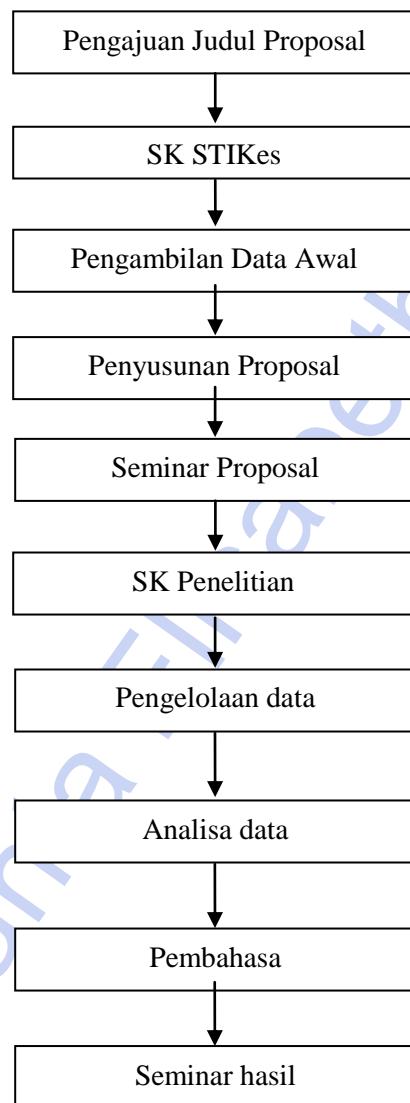
Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nurslam, 2014).

Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrument yang digunakan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode studi dokumentasi dengan cara pengambilan data dari Rekam Medik Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan seperti jenis kelamin, usia dan penanganan pasien gawat darurat.

4.7. Kerangka Operasional

Kerangka Operasional adalah dasar konseptual keseluruhan sebuah operasional atau kerja (Polit, 2010).

Bagan 4.3 Kerangka Konsep Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017



4.8. Analisa Data

Analisa deskriptif merupakan suatu prosedur pengolah data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel pengumpulan data, (Nursalam, 2014). Analisis data berfungsi mengurangi, mengatur, dan memberi makna pada data. (Grove, 2015). Analisa yang digunakan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian adalah analisi univariat

(analisa deskriptif) untuk mengetahui penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017. Pada penelitian ini metode statistic univariat digunakan untuk mengidentifikasikan variable yaitu Gambaran Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 dalam bentuk lembar ceklist untuk mengetahui hasil jumlah ke instalasi gawat darurat (IGD) berdasarkan jenis kelamin, usia dan kasus penanganan pasien gawat darurat disajikan dengan bentuk tabel distribusi frekuensi menggunakan SPSS. Tujuan peneliti menggunakan SPSS adalah untuk menggambarkan hasil penelitian dalam bentuk tabel atau diagram dalam stasistik.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

Hasil Penelitian tentang gambaran penanganan pasien gawat darurat (*emergency*), tahun 2017 di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dibangun pada tanggal 11 Februari 1929 dan diresmikan pada tanggal 17 November 1930. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terletak di Kota Medan tepatnya di Jalan Haji Misbah No 07 Kecamatan Medan Maimun Provinsi Sumatera Utara. Pada tanggal 21 Oktober 2016 Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan merupakan rumah sakit tipe B Paripurna Bintang Lima. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan memiliki motto “Ketika Aku Sakit Kamu Melawat Aku” (Matius-25:36).

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan memiliki visi yaitu “menjadi tanda kehadiran Allah di tengah dunia dengan membuka tangan dan hati untuk memberikan pelayanan kasih yang menyembuhkan orang-orang sakit dan menderita sesuai dengan tuntunan zaman”. Misi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas atas dasar kasih, meningkatkan sumber daya manusia secara profesional untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas, meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai dengan tetap memperhatikan masyarakat yang lemah. Tujuan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu mewujudkan secara nyata Kharisma Kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth dalam bentuk pelayanan

kesehatan kepada masyarakat umum tanda membedakan suku, bangsa, agama, ras, dan golongan dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (holistik) bagi orang-orang sakit dan menderita serta membutuhkan pertolongan.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan didirikan dengan izin surat Kep.Men.RI No.Ym.02.04.2.2.16.10. Pelayanan medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan berupa ruangan gawat darurat, ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruang oprasi (OK), Ruangan Intermediat (ICU, ICCU, PICU, dan NICU), ruang rawat bedah (Santa Maria, Santa Martha, Santa Yosef, Santa Lidwina, dan Santo Pia) dan Ruang Rawat Internis (Santa Frasiskus, Santa Ignasius, Santa Melania, Santa Pauline, Santa Laura), Ruangan Anak (Santa Theresia), Ruangan Santa Elisabeth, Santa Monika, Santa Katarina. Ruangan Stroke (Henricus), uangan Hemodialisis (HD), *Medical Check Up*, Sarana Penunjang Radiologi, Laboratorium, Fisiterapi, Patologi Anatomi dan Fisiologi, Farmasi, Poli Umum, Pola Uranologi, Poli Gigi, Poli Neurologi, Poli Urologi, Poli Tht, Polo Anethesi, Pola Kandungan, Pola Kejiwaan, Pola Paru, Poli Jantung, Poli Penyakit Dalam, Pola Penyakit Kulit

Berdasarkan data yang saya ambil dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adapun ruang yang menjadi tempat penelitian saya yaitu ruangan IGD yang terdiri dari 3 Ruangan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif) dengan jumlah tempat tidur 3, Ruang bedah dengan jumlah tempat tidur 4 dan Ruangan non bedah dengan jumlah tempat tidur 5. Dokter Jaga (Dokter Umum) orang berjumlah perawat 18 orang yang meliputi 1 Karu (Kepala Ruangan), 1 CI (*Clinical Instructor*), 16 perawat pelakanaan.

5.5.1 Data demografi responden

Hasil penelitian di Rumah Sakit Elisabeth Medan dapat ditunjukkan pada tabel 5.1 berdasarkan jenis kelamin dan usia

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2017.

Jenis Kelamin	F	%
Laki-laki	176	59,3%
Perempuan	121	40,7%
Usia	f	%
> 65 Tahun	98	33,0%
56-64 Tahun	57	19,2%
46-55 Tahun	44	14,8%
36-45 Tahun	28	9,4%
17-25 Tahun	24	8,1%
0-4 Tahun	21	7,1%
26-35 Tahun	14	4,7%
5-11 Tahun	7	2,4%
12-16 Tahun	4	1,3%
Total	297	100,0%

Berdasarkan tabel 5.1 hasil penelitian yang dilakukan di Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2017 adalah 297 orang pasien gawat darurat di ruangan instalasi gawat darurat tahun 2017 adalah didapati berdasarkan jenis laki-laki berjumlah 176 orang (59,3%), sedangkan perposrsi yang paling rendah perempuan berjumlah 121 orang (40,7%), yang mengalami pasien gawat darurat. Distribusi Frekuensi berdasarkan Usia yang paling tinggi >65 tahun adalah 98 orang (33%) dan terendah di usia 12-16 tahun berjumlah 4 orang (1,3%).

5.5.2 Penanganan Kasus

Hasil penelitian tentang gambaran penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017, yang dapat ditunjukkan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2. Distribusi Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat	f	%
Miokard infark akut	97	32,7%
Trauma kepala	65	21,9%
Pneumatoraks	51	17,2%
Sumbatan jalan napas	46	15,5%
Luka bakar	21	7,1%
Syok	17	5,7%
Total	297	100%

Hasil penelitian di Rekam Medis Santa Elisabeth Medan Kasus gawat darurat di instalasi gawat darurat yang tertinggi adalah MCI dengan 97 orang (32,7%), dan yang terendah adalah Syok berjumlah 17 orang (5,7%).

5.2.Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan direkam medis terhadap 297 orang Pasien Gawat Darurat di Ruangan Instalasi Gawat Daurat Rumah Sakit Santa Elisabeth medan Tahun 2017.

5.2.1 Data demografi responden berdasarkan jenis kelamin

Hasil penelitian demografi berdasarkan jenis kelamin, yang dapat tentang ditunjukkan pada diagram 5.1

Diagram 5.1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Jenis Kelamin Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.



Hasil penelitian di Rekam Medis Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 menunjukkan bahwa dari 297 orang pasien mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 176 orang (59,3%) dan perempuan berjumlah 121 orang (40,7%).

Sitepu (2016) dalam jurnal berjudul Gambaran Jumlah Leukosit Pada Pasien Infark Miokard Akut RSUP Prof.Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2015, Dari 45 sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin laki-laki berjumlah 34 orang (75,55%) dan perempuan 11 orang (24,44%). Hal ini sejalan dengan teori Fiscella (2004) jenis kelamin menurut kejadian tertinggi pada laki-laki yakni pada pasien dengan riwayat merokok, hiperklesterolemia dan hipertensi yang memiliki risiko besar untuk menderita penyakit jantung koroner.

Hanratty (2000) faktor risiko pada pasien STEMI yang paling banyak adalah hipertensi (65,7%), yang selanjutnya adalah merokok (58,1%), DM tipe 2 (40%). Hal ini sedikit berbeda dengan beberapa penelitian yang dilakukan di luar negeri, seperti penelitian yang dilakukan oleh B. Hanratty dkk., pasien IMA yang

dirawat memiliki faktor risiko terbesar yaitu merokok (66%), hipertensi (29%), DM (13%), hipercolesterolemia (7%).

Brunner dan Suddarth (2002), faktor resiko yang berhubungan dengan pembentukan aterosklerosis adalah faktor resiko seperti jenis kelamin. Faktor resiko yang dapat dikontrol meliputi faktor diet, tekanan darah tinggi diabetes dan merokok. Diet tinggi lemak mempunyai pengaruh terhadap aterosklerosis. Hipertensi yang mempercepat pembentukan lesi aterosklerotik pada pembuluh darah bertekanan tinggi, dapat menyebabkan stroke. Penggunaan obat antihipertensi mengurangi risiko insiden stroke. Diabetes juga mempercepat proses aterosklerotik dengan menebalkan membran basal pembunuh darah besar maupun kecil. Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya aterosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Selain itu, nikotin meningkatkan kemungkinan pembentukan bekuan darah dengan cara meningkatkan agregasi trombosit. Karena karbon monoksida mengikat hemoglobin lebih cepat dibanding oksigen maka hal tersebut dapat menurunkan jumlah oksigen jaringan. Jumlah rokok yang dihisap berbanding langsung dengan parahnya penyakit. Menghentikan merokok dapat menurunkan resiko. Faktor yang lain seperti obesitas, stress, dan kurang bergerak diidentifikasi ikut berperan dalam penyakit ini.

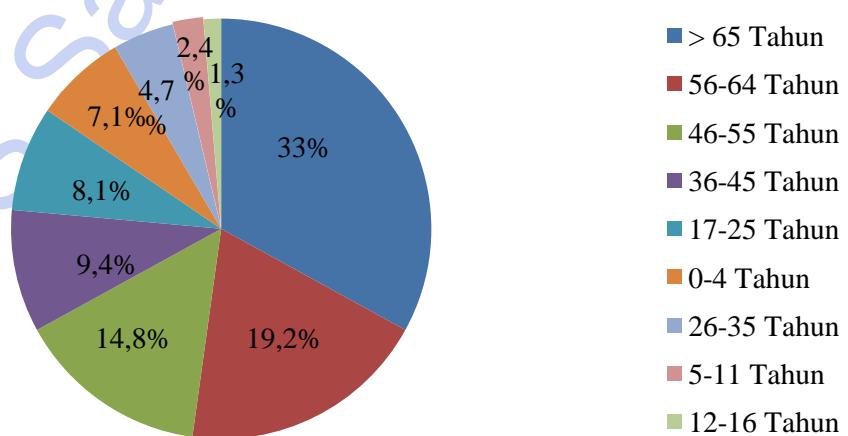
Menurut peneliti, didapatkan Di Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 adalah lebih banyak jenis kelamin laki-laki daripada perempuan karena penyakit miokard infark akut merupakan penyakit pembunuh nomor satu didunia, faktor resiko pada miokard infark akut adalah jenis kelamin

laki-laki, lebih banyak daripada perempuan. Faktor resiko penyakit jantung korener didapatkan di Hipertensi, Congestive Heart Failure, Angina pectoris, Diabetes mellitus. Hubungan tekanan darah tinggi dengan penyakit jantung koroner atribut yang mempercepat proses timbulnya aterelorosis. Tambah lagi peningkatan afterload (pasca pengisian) dan kebutuhan ventrikel. Akibatnya adalah peningkatan kebutuhan oksigen untuk myocardial untuk menghadapi suplai yang berkurang. Pengaruh hipertensi dapat dimodifikasi melalui kepatuhan terhadap regimen medis untuk pengendalian sistolik dan diastolic tekanan darah (Brunner dan Suddarth, 2002).

5.2.2 Data demografi berdasarkan usia

Hasil penelitian tentang gambaran penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017, yang dapat ditunjukkan pada Diagram 1 5.2 berdasarkan jenis kelamin.

Diagram 5.2 Distribusi Frekuensi dan Persentase Usia Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.



Hasil penelitian Rekam Medis, di Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Elisabeth Medan berjumlah 297 orang, usia pasien gawat darurat

adalah usia 65 keatas (Masa manula) berjumlah 98 (33,0%) dan terendah usia 12-16 tahun berjumlah 4 orang (1,3%).

Sitepu dalam jurnal yang berjudul “Gambaran Jumlah Leukosit Pada Pasien Infark Miokard Akut RSUP. Prof.Dr. kandou selama periode Januari sampai Desember 2015 dilakukan 45 responden di Rawat Inap sebanyak 34 orang usia 46-60 tahun berjumlah 20 orang (44,44%) dan usia 61-75 tahun berjunlah 19 oramg (42,22%). Sejalan dengan teori Mehta (2001) angka kejadian miokard infark akut dipengaruhi oleh usia. Usia yang lebih tua dikaitkan dengan perubahan fisiologis dan struktur kardio-vaskular yang terjadi secara bermakna, termasuk adanya kelainan fungsi diastolik ventrikel kiri, penurunan kompliansi vaskular sistemik, peningkatan indeks massa ventrikel kiri, perubahan neurohormonal dan pengaruh otonom. Demikian pula seiring bertambahnya usia terjadi peningkatan yang lebih besar pada faktor koagulasi (VII, VIII, dan IX) dibandingkan dengan faktor antikoagulan (antitrombin III, protein C, dan protein S), sehingga meningkatkan risiko terjadinya trombosis pada pasien usia lanjut.

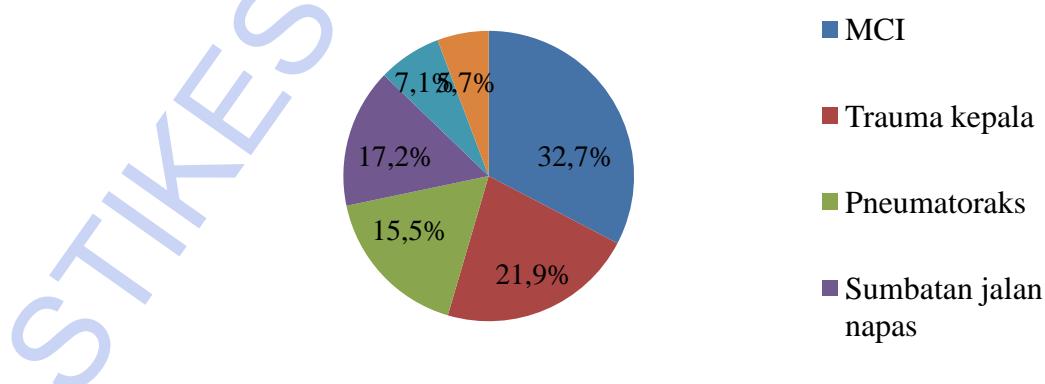
Wijaya (2013) mengatakan usia adalah faktor risiko terpenting dan 80% dari kematian penyakit jantung koroner terjadi pada orang usia 65 tahun keatas atau lebih. Meningkatnya usia seseorang akan semakin tinggi kemungkinan terjadi Penyakit Jantung Koroner. Peningkatan usia berkaitan dengan penambahan waktu yang digunakan untuk proses pengendapan lemak pada dinding pembuluh nadi. Di samping itu proses kerapuhan dinding pembuluh tersebut semakin panjang sehingga tua seseorang maka semakin besar kemungkinan terserang penyakit jantung koroner.

Menurut peneliti di Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 adalah penyakit jantung, terutama penyakit jantung koroner dan sering ditemui pada orang lanjut usia. Bertambahnya usia menyebabkan perubahan-perubahan fungsi pada jantung. Semakin tua usia, semakin besar perubahan anatomic dan fisiologis jantung, yang tidak harus disebabkan oleh adanya penyakit. Perubahan anatomic Terdapat penambahan massa otot jantung pada usia yang semakin lanjut, akibatnya beban akhir sebagai konsekuensi kekakuan arteri sentral dan perifer sedangkan perubahan fisiologi penurunan fungsi sistolik ventrikel akibat atrofik sel-sel otot jantung dan akumulasi pigmen ipofuksin sehingga otot berwarna coklat. Penurunan fungsi distolik ventikel sebagai akibat proses penuaan yang disebutkan diatas, (Rilantono, 2012).

5.2.3. Jenis Kasus Gawat Darurat

Hasil penelitian tentang gambaran penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017, yang dapat ditunjukkan pada Diagram 5.3 berdasarkan Kasus Instalasi Gawat Darurat.

Diagram 5.3 Distribusi Frekuensi dan Persenase Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.



1. Miokard infark akut (MCI)

Hasil penelitian Rekam Medis Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisbeth Medan Tahun 2017, berjumlah 297 orang terdiri Miokard infark akut (MCI) 97 orang (32,7%), Hasil penelitian Merlyn (2015) berjudul tentang Peran Perawat Dalam Menangani Pada Gangguan Miokard Infark Akut Di Instalasi Gawat Darurat Dr. Moewardi Surakarta menyatakan Partisipasi menjelaskan kemampuan masing-masing partisipasi adalah modal utama dalam penanganan pasien. Kemampuan partisipasi yaitu kecepatan dan ketepatan dalam melakukan tindakan pada pasien miokard infark akut karena penanganan pasien miokard infark akut dilakukan secara cepat dan tepat untuk menyelamatkan pasien, partisipasi yang digunakan primery survey yang dilakukan dengan yaitu *airway, breathing, circulation, disability* dan *eksposure* (Krisanty, 2016).

Pertolongan kepada pasien gawat darurat dilakukan terlebih dahulu melakuka *survey primer* untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang mengancam hidup pasien, barulah selanjutnya dilakukan. Tahap pengkajian primer meliputi: *airway*, mengecek jalan nafas dengan tujuan menjaga naps disertai kontrol servikal, *breathing* mengecek IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Aukultasi) mengecek pernapasan dengan tujuan mengelola pernapasan agar oksigenisasi adekuat, *circulation*, pemeriksaan syok, memeriksa nadi pasien, mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol pendarahan, perbaikan volume cairan, *disability* mengecek status neurologis seperti: *Glasgow Coma Scale(GCS)* yang meliputi pemeriksaan respon buka mata, respon verbal dan respon motorik.

Exposure, environmental control, buka baju penderita tapi cegah hipotermia (Kristanty, 2016).

Prinsip penanganan pasien merupakan memprioritaskan kondisi yang memerlukan tindakan segera, terkadang tindakan dapat dilakukan dengan pengkajian. Pada prinsipnya perawat gawat darurat membutuhkan penanganan cepat dan tepat, kerja yang terus menurun, jumlah pasien yang relative banyak dan mobilitas tinggi. Kecepatan dan kualitas penolong merupakan prinsip utama dalam melakukan tindakan (Kristanty, 2016).

Menurut peneliti, Pada pasien miokard infark akut penanganan harus ada kecepatan dan ketepatan, dalam melakukan tindakan pada pasien miokard infark akut. Penanganan pasien miokard infark akut dilakukan secara cepat dan tepat untuk menyelamatkan pasien, partisipasi yang digunakan primery survey yang dilakukan dengan yaitu *airway, breathing, circulation, disability* dan *eksposure*, jika penolong tidak cepat dan tepat dalam menangani pasien tersebut akan terjadi kematian mendadak, (Kristanty, 2016).

2. Trauma kepala

Hasil penelitian Rekam Medis di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 berjumlah 297 orang Trauma kepala berjumlah 65 orang (21,9%). Dalam teori Musliha (2010), pada pasien trauma kepala dilakukan tindakan resusitasi sebagai berikut:

1. Jalan napas (*airway*). Jalan napas dibebaskan dari lidah yang turun kebelakang dengan posisi kepala ekstensi, kalau perlu pasang oropharing (OPA)/endotrakeal bersihkan sisa muntah, darah, lender, atau gigi palsu. Isi

lambung dikosongkan melalui pipa *Naso Gastro Tube* untuk menghindari aspirasi muntahan dan kalau ada stress ulcer.

2. Pernapasan (*Breathing*). Gangguan sentral: kesi medua oblongata, napas cheyne strokes, dan central neurogenik hiperventilasi: Gangguan perifer: aspirasi, trauma dada, edema par, emboli paru, infeksi. Tindakan Oksigenisasi, cari dan atasi faktor penyebab, kalau perlu pasang ventilator segera.
3. Sirkulasi (*Circulatioan*). Hipotensi-iskemik-kerusakan sekunder otak. Hipotensi jarang akibat kelainanan intrakraia, sering ekstraknial, akibat hipovolemi, pendarahan luar, rupture organ dalam, trauma dada disertai tanponade jantung penumotoraks, shock septic. Tindakan: hentikan sumber pendarahan, perbaiki fungsi jantung, mengganti darah yang hilang dengan plasma, darah.
4. *Survei* sekunder, meliputi pemeriksaan dan tindakan lanjutan setelah kondisi korban darurat stabil. Pemeriksaan lanjut dapat dengan membuka pakaian atau pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi pemeriksaan labotorium ataupun radiologi pemeriksaan laboratorium mencakup: Darah: *Hemoglobin* (Hb), Leukosit, hitung jenis leukosit, trombosit, ureum, keatinin, gula darah sewaktu, analisa gas darah dan elektrolit. *Urine*: Pendarahan (+)/(-) Pemeriksaan radiologi dilakukan meliputi foto polos kepala, posisi AP, lateral dan tangesial, CT Scan otak serta foto lainnya indikasi (termasuk servikal). Farmakologi merupakan manajemen terapi dengan obat-obatan dan atau operasi sesuai indikasi, (Sartono, 2016).

Menurut peneliti, penanganan pasien trauma kepala harus cepat dan tepat dalam menanganai pasien gawat darurat, penanganan trauma kepala pertama kali lihat airway membersihkan jalan napas karena apabila hipoventilasi bisa terjadi pada kondisi penurunan kesadaran, hipoksia memberikan oksigenisasi, circulation bertujuan untuk meningkatkan perpusi serebral yang adekuat melalui resusitasi cairan memberikan cairan kepada pasien, pemeriksaan diagnostic untuk mengevaluasi perlunya terapi medis seperti, Pemeriksaan Sinar X dan *Computerixed Tomograph Scanner (CT-Scan)* (Particia. 2002).

3. Sumbatan jalan napas

Hasil penelitian Rekam Medis di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017, berjumlah 297 orang terdiri Pneumotoraks berjumlah 51 orang (17,2%), Hasil penelitian Muflihatin (2017) dalam jurnal berjudul Pengaruh Tindakan Suction Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Perifer Pada Pasien Yang Rawat Di Ruangan ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarida. Gagal napas bisa terjadi bila mana pertukaran oksigen terhadap karbon dioksida dalam paru – paru tidak dapat memelihara laju konsumsi oksigen (O_2) dan pembentukan karbon dioksida (CO_2) dalam sel-sel tubuh. Hal ini mengakibatkan tekanan oksigen arteri kurang dari 50 mmHg (Hipoksemia) dan peningkatan tekanan karbon dioksida lebih besar dari 45 mmHg (Hiperkapnia). Walaupun kemajuan teknik diagnosis dan terapi intervensi telah berkembang dengan pesat, namun gagal napas masih menjadi penyebab angka kesakitan dan kematian yang tinggi di ruang perawatan intensif (Brunner & Suddarth, 2012).

Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan gagal napas adalah *obstruksi jalan napas*, termasuk *obstruksi* pada *Endotrakeal Tube* (ETT). *Obstruksi* jalan napas merupakan kondisi yang tidak normal akibat ketidak mampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, immobilisasi, statis sekresi, dan batuk tidak efektif karena penyakit persyarafan seperti *cerebrovaskular accident* (CVA), efek pengobatan sedatif, dan lain – lain (Hidayat, 2005).

Penanganan untuk obstruksi jalan napas akibat akumulasi sekresi adalah dapat dengan melakukan tindakan penghisapan lendir (*suction*) dengan memasukkan selang *kateter suction* melalui hidung, mulut, *Endotrakeal Tube* (ETT) maupun *Tracheostomi* (TC) yang bertujuan untuk membebaskan jalan napas, mengurangi retensi sputum dan mencegah infeksi paru. Secara umum pasien yang mengalami obstruksi jalan napas memiliki respon tubuh yang kurang baik untuk mengeluarkan benda asing, sehingga sangat diperlukan tindakan penghisapan lendir (*suction*) (Nurachmah dan Sudarsono, 2000).

Menurut Wiyoto (2010), apabila tindakan suction tidak dilakukan pada pasien dengan gangguan bersihan jalan napas maka pasien tersebut akan mengalami kekurangan suplai oksigen (hipoksemia), dan apabila suplai oksigen tidak terpenuhi dalam waktu 5 menit maka dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Cara yang mudah untuk mengetahui hipoksemia adalah dengan pemantauan kadar saturasi oksigen (SpO₂) yang dapat mengukur seberapa banyak persentase O₂ yang mampu dibawa oleh hemoglobin. Pemantauan kadar saturasi oksigen (SpO₂) dapat dilakukan dengan pemantauan menggunakan alat oksimetri

saturasi oksigen perifer. Dengan pemantauan kadar saturasi oksigen perifer yang benar dan tepat saat pelaksanaan tindakan suction, maka kasus hipoksemia yang dapat menyebabkan gagal napas hingga mengancam nyawa bahkan berujung pada kematian bisa dicegah lebih dini.

Menurut peneliti, Pasien mengalami sumbatan jalan napas melakukan penanganan untuk obstruksi jalan napas akibat akumulasi sekresi adalah dapat dengan melakukan tindakan penghisapan lendir (*suction*) dengan memasukkan selang *kateter suction* melalui hidung, mulut, *Endotrakeal Tube* (ETT) maupun *Tracheostomi* (TC) yang bertujuan untuk membebaskan jalan napas, mengurangi retensi sputum dan mencegah infeksi paru. *Obstruksi* merupakan pasien yang tidak normal mengeluarkan sputum/secret yang banyak, apabila tindakan suction tidak dilakukan pada pasien dengan gangguan bersihan jalan napas pada pasien maka mengalami kekurangan suplai oksigen (hipoksemia), dan apabila suplai oksigen tidak terpenuhi dalam waktu 5 menit maka dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Cara mengetahui hipoksemia adalah dengan pemantauan kadar saturasi oksigen (SpO_2) yang dapat mengukur seberapa banyak persentase O₂ yang mampu dibawa oleh hemoglobin (Bruner dan Suddarth, 2002).

4. Pneumotoraks

Hasil penelitian rekam medis di ruangan instalasi gawat darurat berjumlah 297 orang terdiri Pneumotoraks berjumlah 51 orang (17,2%), Hasil penelitian Suarjaya dalam jurnal Berjudul Identifikasi Awal Dan Bantuan Hidup Dasar Pada Pasien Pneumotoraks, Sejalan dengan teori M. Idreess (2003) kejadian cedera dada merupakan salah sat trauma yang sering terjadi, jika tidak ditangani dengan

benar akan menyebabkan kematian (*American College Of Surgeons Committee On Trauma*)

Pasien pneumotoraks melakukan tindakan penyelamatan hidup yang cepat, lakukan disinfeksi kulit disela iga ke-2 dari garis midklavikuler yang terkena tusuk benda tajam. Lalu dengan jarum suntik steril dilakukan pungsi dan dibiarkan terbuka. Secepat mungkin lakukan tube torakostomi karena sangat mungkin akan terjadi tension pneumothotarks lagi sesudah paru mengembang. Namun pada prinsipnya, dapat dilakukan tindakan sebagai berikut :

Penatalaksanaan mengikuti prinsip penatalaksanaan pasien trauma secara umum (*Primary Survey-Secondary Survey*). Tidak dibenarkan melakukan langkah-langkah: anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, penegakan diagnosis dan terapi secara konsekuatif (berturutan). Standar pemeriksaan diagnostik (yang hanya bisa dilakukan bila pasien stabil), adalah : *portable x-ray, portable blood examination, portable bronchoscope*. Tidak dibenarkan melakukan pemeriksaan dengan memindahkan pasien dari ruang emergency.

Penanganan pasien tidak untuk menegakkan diagnosis akan tetapi terutama untuk menemukan masalah yang mengancam nyawa dan melakukan tindakan penyelamatan nyawa. Pengambilan anamnesis (riwayat) dan pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan atau setelah melakukan prosedur penanganan trauma.langkah-langkah awal dalam *Primary Survey* (*Airway, Breathing, Circulation*). Pemasangan *Water Seal Drainage*(WSD): Pada trauma toraks dan tension pneumothoraks, *Water Seal Drainage*(WSD) dapat berarti: Diagnostik: Menentukan perdarahan dari pembuluh darah besar atau kecil, sehingga dapat

ditentukan perlu operasi torakotomi atau tidak, sebelum penderita jatuh dalam shock, Terapi: Mengeluarkan darah atau udara yang terkumpul di rongga pleura. Mengembalikan tekanan rongga pleura sehingga "mechanis of breathing" dapat kembali seperti yang seharusnya, Preventive: Mengeluarkan udaran atau darah yang masuk ke rongga pleura sehingga "mechanis of breathing" tetap baik.

Menurut peneliti penatalaksanaan pneumotoraks yaitu melakukan *primary Survey-Secondary Survey*). Tidak dibenarkan melakukan langkah-langkah: anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, penegakan diagnosis dan terapi secara konsekutif (berturutan). Pemasangan WSD apabila pneumotoraks berat. Standar pemeriksaan diagnostik (yang hanya bisa dilakukan bila pasien stabil), adalah : *portable x-ray, portable blood examination, portable bronchoscope*. Tidak dibenarkan melakukan pemeriksaan dengan memindahkan pasien dari ruang emergency.

5. Luka bakar

Hasil penelitian Rekam Medis Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan berjumlah 297 orang terdiri Luka bakar berjumlah 21 orang (7,1%), Musliha (2010), ada beberapa penanganan pasien gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Resusitasi *Airway, Breathing, Circulation (A, B, C)*

- a. Pernapasan, udara panas: mukosa rusak, oedem, obstruksi. Efek toksik dari asap: HCN, NO₂, HCL, Bensin, Iritasi, Bronkhokontiksi, Obstruksi dan gagal napas.

- b. Sirkulasi. Gangguan permeabilitas kapiler: cairan dari intra vaskuler pindah ke ekstra vaskuler, hipovolemi relative, syok, ATN, gagal ginjal
2. Infus, Kateter, CVP, Oksigen, Laboratorium, Kultur luka
 3. Resusitasi Cairan: Infus Ringer Laktat
 4. Monitor Urine dan CVP
 5. Topikal dan tutup luka
 6. Kolaborasi dengan dokter.

Menurut peneliti, pada fase awal penderita mengalami ancaman gangguan *airway, breathing, circulation*. Gangguan *airway* tidak hanya dapat terjadi segera saat setelah terbakar, namun masih dapat terjadi obstruksi saluran pernapasan akibat cedera inhalasi dalam 48-72 jam pasca trauma. cedera inhalasi adalah penyebab kematian utama penderita luka bakar, pemasangan kateter, dipasangkan untuk memungkinkan pematuuan urin (Brunner dan Suddarth, 2002).

6. Syok

Hasil Penelitian Rekam Medis Di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017 adalah berjumlah 297 orang terdiri Syok berjumlah 17 orang (5,7%).

Pengelolaan syok terdiri dari 10 sebagai berikut:

1. Pemeriksaan fisik ditujukan terhadap diagnosis kelainan yang mengancam nyawa dan meliputi penilaian terhadap *airway, breathing, circulation* (ABC). Pencatatan data penting untuk monitoring lebih lanjut.
 - a. *Airway dan breathing*, jalan napas dan pernapasan tetap merupakan prioritas pertama, untuk mendapatkan oksigenisasi yang cukup tambahan

oksidigen diberikan bila perlu untuk menjaga tekanan Oksigen (O_2) antara 80-100 mmHg.

2. Sirkulasi dan kontrol pendarahan, Prioritas adalah: kontrol perdarahan luar, dapatkan akses vena yang cukup besar dan nilai perfusi jaringan. Pendarahan dari luka eksternal biasanya terkontrol dengan melakukan bebas tekan pada daerah luka seperti di kepala, leher dan ekstermitas.
3. *Distability*-pemeriksaan neurologis. Pemeriksaan neurologis singkat yang dilakukan adalah menentukan tingkatan kesadaran, pergerakan bola mata dan reaksi pupil, fungsi motorik dan sensorik.
4. *Exposure*-pemeriksaan menyeluruh, Setelah menentukan prioritas terhadap keadaan yang mengancam nyawa, korban gawat darurat dilepas seluruh pakaian untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai kelainan yang ada, tetapi harus dicegah hipotermi.
5. Dilatasi *gaster-dekompreksi*,*dilatasi gaster* kerap kali terjadi pada korban gawat darurat trauma, dan mungkin menyebabkan hipotensi. Keadaan ini mempersulit terapi dan mungkin menyebabkan aspirasi- suatu komplikasi yang mungkin fatal. *Naso Gastrostomy Tube* (NGT) harus terpasang dengan baik, terpasang pada alat suntion dan berfungsi dengan baik
6. Kateter uretra, pemasangan kateter uretra untuk memantau produksi urin dan mengetahui balance cairan dalam tubuh pasien. Pemasangan kateter uretra memungkinkan untuk pemeriksaan urin akan adanya hematuria, serta penilaian perfusi akan hasil resusitasi cairan. Produksi urin diharapkan

mencapai 0,5 mm/kgBB/jam untuk orang dewasa, dengan demikian artinya keseimbangan cairan dalam tubuh tercukupi.

7. Akses vaskular, harus segera, dan sebaiknya memakai 2 kateter intra-cena (minimal no 16 G).
8. Pemberian cairan awal, cairan asering yang direkomendasikan sebagai pilihan pertama, pilihan berikutnya adalah *Ringer Lactate*. Cairan NaCL 0,9% (normal saline) adalah pilihan berikutnya, namun pada pemberian yang massif akan mengakibatkan asidosis hiperklomik, terutama apabila disertai gangguan faal ginjal. Dosisi adalah 1-2 liter untuk dewasa, 20cc/kg BB untuk anak.
9. Evaluasi resusitasi cairan dan perfusi organ, gejala dan tanda yang dipakai untuk diagnosis syok, juga untuk menilai hasil resusitasi. kembalinya tekanan darah, tekanan nadir dan denyut nadi adalah tanda bahwa sirkulasi membaik. Namun tanda diatas tidak menandakan perfusi organ (Sartono, 2016).

Menurut peneliti pada pasien syok, harus melakukan penanganan yang cepat dan tepat, yaitu melakukan primary survey seperti dilakukan adalah (*Airway, Breathing, Circulation dan Disibility*), Pemasangan *Naso Gastritis Tube* (NGT), pemasangan kateter uretra, mematau adanya hematuria, dan serta penilaian perfusi akan hasil resusitasi cairan Pemberian cairan awal, cairan asering yang direkomendasikan sebagai pilihan pertama, pilihan berikutnya adalah *Ringer Lactate*. Evaluasi resusitasi cairan dan perfusi organ, gejala dan tanda yang dipakai untuk diagnosis syok, juga untuk menilai hasil resusitasi. kembalinya tekanan darah, tekanan nadir dan denyut nadi adalah tanda bahwa sirkulasi membaik. Namun tanda diatas tidak menandakan perfusi organ (Sartono, 2016)

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang di rekam medis di Ruangan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 tentang gambaran penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat, pasien yang mengalami gawat darurat tahun 2017 adalah berjumlah 297 orang.

1. Penanganan pasien gawat darurat (*Emergency*) di Instalasi Gawat Darurat berjumlah 297 orang, yang mayoritas pada jenis kelamin laki-laki 176 orang (59,3%)
2. Penanganan pasien gawat darurat (*Emergency*) di Instalasi Gawat Darurat berjumlah 297 orang, yang mayoritas pada berdasarkan usia, usia >65 tahun berjumlah 35 orang (36,1%)
3. Kasus di Unit Gawat Darurat (*Emergency*) ditemukan bahwa penyakit dari 297 orang yang paling mayoritas yaitu miokard infark akut berjumlah 97 orang (32,7%).

6.2. Saran

1. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan menjadi data tambahan bagi peneliti selanjutnya dalam meneliti gambaran tentang penanganan pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat tahun 2017.

2. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi bagi pihak rumah sakit untuk memberikan kebijakan selanjutnya agar dapat meningkatkan keberhasilan dalam mutu pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association.(2010). Part 4 Adult Basic Life Support in Circulation Jounal
- Australia Triage Process Review. (2011). *Healty Policy Priorities Principal Committee Australia Process Review*. Jurnal Analisis Faktor Pelaksanaan Triaga.
- Brunner dan Suddarth. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2016). *Kesehatan Kegawat daruratan dan Penanganananya*. Jakarta: Depkes RI.
- Epstein.(2002). *Emergency Care*. United States of America: Mosbly Inc.
- Grove K. Susan (2015). *Understanding Nursing Research BuilidngAn Evidenced Based Practice, 6th Edition*. China:Elsevier.
- Hardisman, (2014). *Gawat Darurat Medis Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat,A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatandan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kinnaird Tim, Medic Goran, et al. (2013). *Relative Efficacy of Bivalirudin Versus Heparin Monotherapy In Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated with Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Network Meta-Analysis*. Journal of Blood Medicine.4 : 129-40.
- Korompisis.(2015). *Bio Statistika Untuk Keperawatan*.Jakarta:EGC.
- Krisanty, dkk (2016). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Kusumaningrum, BintariRatih, dkk. (2013). *Penelitian Pengalaman Perawat Unit Gawat Darurat Puskesmas Dalam Merawat korban Kecelakaan Lalu Lintas*.
- Lee, C.H.(2011). *Disaster And Mass Casualty Triage*. American Medical Association Resource Utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients.Scandinavian of Journal Trauma, Resucitation and Emergency Medicine.Journal Analisis Metode Triage PrehospitalPadaInsidenKorbanMassal (Mass Casualty Incident).
- Lee, Et al. (2011). *Prehospital Patient Triage In Mass Casualty Incidets:An Engineering Management Analysis And Prototype Strategy*

- Recommendation.* Journal Analisis Metode *Triage Prehospital Pada Insiden Korban Massal (Mass Casualty Incident).*
- Metha Rh. Rathore. (2001). HM. Acute myocardial infarction in the elderly: differences by age. *J Am Coll Cardiol.* Available from: <http://content.onlinejacc.org/>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 430/Menkes. Per/iii/2010 tentang klasifikasi Rumah Sakit.*
- Mcdonagh. David. *The IOC Manual Of Emergency Sport Medicine.* Medical:Publication.
- Musliha.(2010). *Keperawatan Gawat Darurat.* Yogyakarta: NuhaMedika.
- Moewardi.(2009). *Materi Pelatiha Pertolongan Pertama Gawat Darurat.* Surakarta.
- Nurachmah, E., Sudarsono, R.S. 2000. *Buku Saku Prosedur Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta : EGC
- Nursalam.(2014).*Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Jakarta: SelembaMedika.
- Particia. 2012. *Keperawatan Kritis.* Jakarta EGC.
- Polit DE dan Back, CT. (2010).*Nursing Research Generating and Assessing Evidence For Nursing Practice.* 9thed. Philadephia:JB.Lippincott.
- Prabowo.(2014). *Basic Life Suport.* Jakarta:BukuKedokteran EGC.
- Rekam medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.
- Riset Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Republik Indonesia Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depertemen Kesehatan.
- Sartono. (2016). *Basic Trauma Cardiac Life Support.* Bandung: Gawat Darurat Medik Indonesia.
- Satruanegara.(2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wahyuni, Nanik Sri. (2012).*Standar Pelayanan Minimal Di Rumah Sakit Materi Kesehatan Republic Indonesia.*
- Wijaya.2010. *Keperawatan Medikal Bedah Volume 1.* Jakarta:EGC.

Wiyoto. 2010, April. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Prosedur Suction Dengan Perilaku Perawat Dalam Melakukan Tindakan Suction di ICU Rumah Sakit dr. Kariadi Semarang* (Online), (<http://digilib.unimus.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read=jptunimus-gdl-wiyotog2a2-5560>, diakses tanggal 01 November 2013, jam 09.35 WITA)

World Health Organization. (2012). *Reduction of Cardiovascular Burden Through Cost Effective Integrated Management Of Comprehensive Cardiovascular Risk*. Geneva, 2008.

**GAMBARAN PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT DI INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2017**

Bulan	Jenis Kelamin		Usia									Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat					
	(1)	(2)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Januari																	
Februari																	
Maret																	
April																	
Mei																	
Juni																	
Juli																	
Agustus																	
September																	
Oktober																	
November																	
Desember																	

Jenis Kelamin:

- (1): Laki-Laki
- (2): Perempuan

Usia

- (1) 0-4
- (2) 5-11
- (3) 12-16
- (4) 17-25
- (5) 26-35
- (6) 36-45
- (7) 46-55
- (8) 56-64

Kasus

- (1) MCI (Jantung)
- (2) Trauma Kepala
- (3) Sumbatan Jalan Napas
- (4) Pneumo thorax (PPOK)
- (5) Luka Bakar
- (6) Syok

Statistics

		Gender	Usia	Kasus gawat darurat di igd
N	Valid	297	297	297
	Missing	0	0	0
Mean		1.41	6.82	2.61
Std. Error of Mean		.029	.140	.089
Median		1.00	8.00	2.00
Mode		1	9	1
Std. Deviation		.492	2.421	1.534
Minimum		1	1	1
Maximum		2	9	6
Sum		418	2027	776
25		1.00	6.00	1.00
Percentiles	50	1.00	8.00	2.00
	75	2.00	9.00	4.00

Frequency Table

Gender

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-laki		176	59.3	59.3	59.3
Valid	Perempuan	121	40.7	40.7	100.0
Total		297	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-4	21	7.1	7.1
	5-11	7	2.4	9.4
	12-16	4	1.3	10.8
	17-25	24	8.1	18.9
	26-35	14	4.7	23.6
	36-45	28	9.4	33.0
	46-55	44	14.8	47.8
	56-64	57	19.2	67.0
	65 keatas	98	33.0	100.0
	Total	297	100.0	100.0

Kasus gawat darurat di igd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MCI	97	32.7	32.7
	Trauma kepala	65	21.9	54.5
	Sumbatan jalan napas	46	15.5	70.0
	Pneumotoraks	51	17.2	87.2
	Luka bakar	21	7.1	94.3
	Syok	17	5.7	100.0
	Total	297	100.0	100.0