

# GAMBARAN PENANGANAN PASIEN GAWATDARURAT DI INTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN

**Rusmauli Lumban Gaol**

Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

e-mail: [rusmauli84@gmail.com](mailto:rusmauli84@gmail.com)

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** 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 Instalasi Gawat Darurat. Instalasi 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:** Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui penanganan pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. 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. Alat pengumpulan data lapangan yang digunakan adalah kuesioner.

**Hasil:** Hasil penelitian ini memperoleh 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.

**Kesimpulan:** Penanganan pasien gawat darurat dengan karakteristik berjenis kelamin laki-laki usia >65 tahun dengan penyakit jantung lebih diprioritaskan karena sistem tubuh kerja jantung berkurang .

**Kata Kunci :** Penanganan Pasien, Gawat Darurat, Instalasi Gawat Darurat

## ABSTRACT

**Background:** *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.*

**Goals:** *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*

**Methods:** *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*

**Results:** *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%).*

**Conclusion:** *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.*

**Keywords:** *Patient Handling, Emergency, Emergency Installation*

**PENDAHULUAN**

Gawat darurat merupakan sebagai

keadaan dimana seseorang memerlukan penanganan atau pertolongan segera karena apabila tidak mendapatkan pertolongan pertama dengan cepat maka akan mengancam jiwanya 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 mengancam kehidupan. Tim medis menunjukkan 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 gawatdarurat, (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 Kemetrian 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 Ruang 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 memfokuskan menggunakan triase. Tujuan dari triase dilakukan dengan memilih pasien untuk perawatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit, apabila pelayanan tidak dilakukan dengan cepat dan tepat akan mengakibatkan henti napas dan hitungan menit saja meninggal dan ada 4 triase didalam rumah

sakit meliputi: merah, kuning, hijau, dan hitam (Lee C.H,2011).

Penyakit Miokard infark akut sebagai pembunuh nomor satu didunia. Jenis kelamin dan usia merupakan fakto 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)

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif, dengan tujuan untuk mengetahui penanganan pasien Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2017. 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. Alat pengumpulan data lapangan yang digunakan adalah kuesioner.

### Hasil Penelitian

Gambaran karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, dan Kasus penanganan gawat darurat dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

**Tabel 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%

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Di Rumah Sakit Elisabeth Medan Tahun 2017.**

Kasus Gawat darurat di IGD	F	%
Miokard infark akut	97	32,7%
Trauma kepala	65	21,9%
Pneumotoraks	51	17,2%
Sumbatan jalan napas	46	15,5%
Luka bakar	21	7,1%
Syok	17	5,7%
Total	297	100%

## METODE PENELITIAN

## PEMBAHASAN

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

### **1. Data demografi responden berdasarkan jenis kelamin**

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, hiperkolesterolemia 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%), hiperkolesterolemi (7%).

Brunner dan Suddarth (2002), faktor risiko yang berhubungan dengan pembentukan aterosklerosis adalah faktor risiko seperti jenis kelamin. Faktor risiko 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 membrane basal pembunuh darah besar maupun kecil. Merokok adalah salah satu faktor risiko 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 di dunia, faktor risiko pada miokard infark akut adalah jenis kelamin laki-laki, lebih banyak daripada perempuan. Faktor risiko penyakit jantung koroner didapatkan di Hipertensi, Congestive Heart Failure, Angina pectoris, Diabetes mellitus. Hubungan tekanan darah tinggi dengan penyakit jantung koroner atribut yang mempercepat proses timbulnya aterosklerosis. 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).

### **2. Data Demografi Responden berdasarkan Usia**

Hasil penelitian Rekam Medis, di Ruang 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 berjumlah 19 orang (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 compliansi 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 usialanjut.

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 anatomis dan fisiologis jantung, yang tidak harus disebabkan oleh adanya penyakit. Perubahan anatomis 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 atrofili sel-sel otot jantung dan akumulasi pigmen ipofuksin sehingga otot berwarna coklat. Penurunan fungsi distolik ventrikel sebagai akibat proses penuaan yang disebutkan diatas, (Rilantono, 2012).

### 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.

#### 1. Miokard infark akut (MCI)

Hasil penelitian Rekam Medis Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth 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 primary survey yang dilakukan dengan yaitu *airway, breathing, circulation, disability* dan *exposure* (Krisanty, 2016). Pertolongan kepada pasien gawat darurat dilakukan terlebih dahulu melakukan *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 perdarahan, perbaikan volume cairan, *disability* mengecek status neurologis seperti: *Glasgow Coma Scale* (GCS) yang meliputi pemeriksaan respon bukamata, respon verbal dan respon motoric *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 menerus, jumlah pasien yang relative banyak dan mobilitas tinggi. Kecepatan dan kualitas penolong merupakan prinsip utama dalam

melakukan tindakan (Kristanty, 2016).

## 2. Traumakepala

Hasil penelitian Rekam Medis di Ruang 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)/endotrakteambersihkansisamuntah, dan lender, ataugigipalsu. 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 paru, emboli paru, infeksi. Tindakan Oksigenisasi, cari dan atasi faktor penyebab, kalau perlu pasang ventilatorsegera.
3. Sirkulasi (*Circulation*). Hipotensi jarang akibat kelainan intrakrania, sering ekstrakranial, akibat hipovolemi, pendarahan luar, rupture organ dalam, trauma dada disertai tamponade jantung pneumotoraks, shock septic. Tindakan: hentikan sumber pendarahan, perbaiki fungsi jantung, mengganti darah yang hilang dengan plasma, darah.
4. *Survei* sekunder  
Pemeriksaan dan tindakan lanjutan setelah kondisi korban darurat stabil. Pemeriksaan lanjut dapat dengan membuka pakaian atau pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi pemeriksaan laboratorium mencakup: Darah: *Hemoglobin* (Hb), Leukosit, hitung jenis leukosit, trombosit, ureum, kreatinin, 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).

## 3. Sumbatan Jalan Napas

Hasil penelitian Rekam Medis di Ruang 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 Ruang 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<sub>2</sub>) dan pembentukan karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) 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 *Endotracheal Tube* (ETT). *Obstruksi* jalan napas merupakan kondisi yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan oleh sekresi yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi, 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, *Endotracheal 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 (SpO<sub>2</sub>) yang dapat mengukur seberapa banyak persentase O<sub>2</sub> yang mampu dibawa oleh hemoglobin. Pemantauan kadar saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) 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, *Endotracheal 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<sub>2</sub>) yang dapat mengukur seberapa banyak persentase O<sub>2</sub> 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 dadamerupakan salahsattrauamayangseringterjadi, 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 tubetorakostomi karena sangat mungkin akan terjadi tension pneumot hotaraks 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 konsekutif (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 besa rataukecil, 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

#### 5. Lukabakar

Hasil penelitian Rekam Medis Di Ruang 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 sebagaiberikut:

1. Resusitasi *Airway, Breathing, Circulation* (A, B,C)
  - a. Pernapasan, udara panas: mukosa rusak, oedem, obstruksi. Efek toksik dari asap: HCN, NO<sub>2</sub>, HCL, Bensin, Iritasi, Bronkhokontiksi, Obstruksi dan gagalnapas.
  - 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, Kulturluka
3. Resusitasi Cairan: Infus RingerLaktat
4. Monitor Urine danCVP
5. Topikal dan tutupluka
6. Kolaborasi dengandokter.

## 6. Syok

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

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang di rekam medis di Ruang 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.

## SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, diberikan beberapa saran terhadap praktek keperawatan, penelitian selanjutnya, Bagi tempat praktek keperawatan/ lahan praktek sebagai sumber informasi bagi pihak rumah sakit untuk memberikan kebijakan selanjutnya agar dapat meningkatkan keberhasilan dalam mutu pelayanan kesehatan.

Bagi penelitian selanjutnya diiharapkan digunakan sebagai bahan

masuk dan menjadi data tambahan bagi peneliti selanjutnya dalam meneliti gambaran tentang penanganan pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat tahun 2017.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association.(2010). Part 4 *Adult Basic Life Support in Circulation*Journal
- 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 Penanganannya*. Jakarta: DepkesRI.
- Epstein.(2002). *Emergency Care*. United States of America:Mosbly Inc.
- Grove K. Susan (2015). *Understanding Nursing Research BuilidingAn Evidenced Based Practice, 6<sup>th</sup> Edition*. China:Elsevier.
- Hardisman, (2014).*Gawat Darurat Medis Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat,A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan 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 AnalisisMetodeTriage PrehospitalPadaInsidenKorbanMassal (Mass Casualty Incident).
- Lee, Et al. (2011). *Prehospital Patient Triage In Mass Casualty Incidets:An Engineering Management Analysis And PrototypeStrategy Recommendation*. Journal Analisis Metode Triage Prehospital Pada Insiden Korban Massal (Mass CasualtyIncident).
- Metha Rh. Rathore (2001). HM. Acute myocardial infarction in the elderly: differences by age. *Jam 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 Penelitin Ilmu Keperawatan*. Jakarta: SelembaMedika.
- Particia. 2012. *Keperawatan Kritis*. Jakarta EGC.
- Polit DE dan Back, CT. (2010).*Nursing Research Generating and Assessing Evidenced For Nursing Practice*. 9<sup>th</sup>ed.Philadephia:JB.Lippincott.
- Prabowo.(2014). *Basic Life Suport*.Jakarta:Buku Kedokteran EGC.
- Rekam medisRumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun (2017).
- Riset Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Republik Indonesia Jakarta: Badan Penelitiandan Pengembangan Kesehatan,DepertemenKesehatan*.
- Sartono. (2016). *Basic Trauma Cardiac Life Support*. Bandung: Gawat Darurat MedikIndonesia.
- Satruanegara.(2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*.Jakarta:SalembaMedika.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 (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=jtptuni mus-gdl-wiyotog2a2-5560>, diakses tanggal 01 November 2013, jam 09.35 WITA).
- World Health Organization*. (2012). *Reduction of Cardiovascular Burden Through Cost Effective Inegrated Management Of Comprehensive Cardiovascular Risk*. Geneva,2008.

