



STIKES Notokusumo Yogyakarta

**KONSEP ASUHAN
KEPERAWATAN**

PASIEN DENGAN GAWAT DARURAT



**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
PRODI DIII KEPERAWATAN**



PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Gawat darurat adalah keadaan klinis yang **membutuhkan tindakan medis segera** karena dapat menyebabkan kematian atau kecacatan permanen jika tidak ditangani dalam waktu singkat.

Perspektif keperawatan gawat darurat adalah pendekatan profesional perawat dalam **memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang berada dalam kondisi akut, kritis, dan/atau mengancam nyawa**, dengan fokus utama pada keselamatan, stabilisasi, dan pemulihan kondisi pasien secepat mungkin.





PERSPEKTIF

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Gawat darurat adalah suatu **kondisi medis yang tiba-tiba dan mengancam nyawa** atau fungsi organ vital, yang **membutuhkan tindakan medis segera dan cepat** untuk mencegah kematian atau kecacatan permanen.

- Gawat : Kondisi kritis yang bisa memburuk dengan cepat.
- Darurat : Harus segera ditangani, tidak bisa ditunda.

Tujuan Penanganan Gawat Darurat

- Menyelamatkan nyawa pasien.
- Menstabilkan kondisi vital pasien.
- Mencegah kerusakan organ lebih lanjut.
- Memberikan perawatan awal yang cepat dan tepat.
- Mempersiapkan pasien untuk rujukan atau perawatan lanjutan.

CONTOH KASUS GAWAT DARURAT

- Henti napas dan henti jantung
- Trauma berat (kecelakaan, jatuh, tertusuk, dll.)
- Serangan jantung (infark miokard akut)
- Stroke
- Syok (hipovolemik, septik, anafilaksis)
- Kejang berulang
- Luka bakar luas
- Keracunan
- Gangguan napas berat





KARAKTERISTIK PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Cepat dan Tepat

Perawat harus berpikir dan bertindak dengan kecepatan tinggi dan akurasi tinggi, karena setiap detik sangat berharga.

Berbasis Prioritas

Menggunakan prinsip triage dan ABCDE untuk menentukan prioritas tindakan.

Berorientasi pada Keselamatan

Keselamatan pasien, perawat, dan tim kesehatan adalah prioritas utama.



KARAKTERISTIK PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Kolaboratif

Melibatkan kerja sama erat antarprofesi (dokter, paramedis, tenaga gizi, farmasi, dll).

Adaptif dan Fleksibel

Perawat harus mampu beradaptasi dengan kondisi pasien dan lingkungan yang terus berubah.

Berbasis Bukti (Evidence-Based)

Tindakan keperawatan didasarkan pada ilmu pengetahuan dan panduan praktik klinis yang terbaru.

RUANG LINGKUP PERSPEKTIF KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Fisiologis



- Fokus pada penstabilan fungsi vital (napas, jantung, tekanan darah).
- Pendekatan dengan ABCDE assessment.

Psikologis



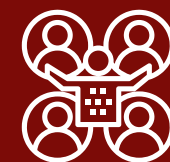
- Memberikan dukungan pada pasien dan keluarga yang berada dalam kondisi panik, cemas, atau trauma psikologis.
- Komunikasi terapeutik tetap dijaga meskipun situasi darurat.

Etika dan Legal



- Menghargai hak pasien meskipun dalam kondisi kritis.
- Tindakan cepat harus tetap berlandaskan hukum dan etika profesi.

Profesionalisme



Perawat gawat darurat harus memiliki kompetensi tinggi, mampu mengambil keputusan cepat, dan menjaga stabilitas emosi dalam tekanan.

PRINSIP-PRINSIP KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Time is Life – Kecepatan adalah Kunci

- Dalam kondisi gawat darurat, setiap detik sangat berarti.
- Tindakan harus dilakukan dengan cepat dan tepat.
- Penundaan → dapat menyebabkan kematian atau kerusakan organ permanen.

TRIASE – Menentukan Prioritas

Triase adalah proses memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatan untuk menentukan urutan penanganan.



TRIASE – Menentukan Prioritas

Kode	Kategori	Penjelasan	Contoh Kasus
Merah	Gawat Darurat (Resusitasi)	Nyawa terancam – butuh tindakan segera	Henti napas, syok, trauma berat, stroke
Kuning	Gawat Tidak Darurat	Stabil, tapi bisa memburuk jika tidak ditangani	Demam tinggi, nyeri hebat, fraktur tertutup
Hijau	Tidak Gawat	Kondisi ringan, bisa menunggu	Luka ringan, batuk pilek, nyeri ringan
Hitam	Meninggal / Tidak ada harapan hidup	Tidak ada tanda vital, resusitasi tidak berhasil	CPR gagal, trauma berat dengan kematian

PRINSIP-PRINSIP KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

ABCDE Assessment (Penilaian Primer)

ABCDE Assessment adalah pendekatan sistematis dan prioritas dalam penilaian primer terhadap pasien yang mengalami kondisi gawat darurat atau kritis, untuk mengidentifikasi dan menangani masalah yang mengancam nyawa secara cepat dan terstruktur.

ABCDE Asessment atau Primary Survey, yaitu:

- **Airway** (Jalan napas)
- **Breathing** (Pernapasan)
- **Circulation** (Sirkulasi)
- **Disability** (Disabilitas/Status neurologis)
- **Exposure/Environment** (Paparan dan lingkungan)



ABCDE Assessment (Penilaian Primer)

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
A - Airway (Jalan Napas)	Menilai dan memastikan jalan napas terbuka tanpa sumbatan	• Suara napas (stridor, gurgling) • Apakah pasien bisa bicara? • Adakah benda asing, muntahan, darah di mulut?	• Buka jalan napas dengan head tilt–chin lift (jika tidak dicurigai trauma) atau jaw thrust (jika trauma) • Hisap sekret dengan suction • Pasang OPA (oral airway) atau NPA (nasal airway) bila perlu • Siapkan intubasi jika jalan napas tidak bisa dipertahankan
B - Breathing (Pernapasan)	Memastikan pasien bernapas efektif dan mendapatkan oksigen yang cukup	• Laju napas (frekuensi, kedalaman, pola) • Suara napas tambahan (wheezing, crackles) • Retraksi otot bantu napas • SpO₂ (saturasi oksigen)	• Berikan oksigen sesuai kebutuhan (kanula, masker, NRB) • Monitor SpO₂ secara kontinu • Observasi simetris tidaknya gerakan dada • Siapkan alat bantu napas jika pernapasan tidak adekuat (ambu bag, ventilator)

ABCDE Assessment (Penilaian Primer)

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
C - Circulation (Sirkulasi)	Menilai sirkulasi darah ke organ vital, mencegah syok	• Nadi (kuat/lemah, cepat/lambat) • Tekanan darah • Warna kulit, suhu kulit, CRT (capillary refill time) • Perdarahan eksternal	• Tekan perdarahan aktif dengan balutan tekan • Pasang infus intravena besar (IV line ukuran besar, minimal 18G) • Berikan cairan intravena (NaCl/RL) sesuai instruksi • Monitor tanda vital secara berkala • Siapkan transfusi darah bila diperlukan
D - Disability (Status Neurologis)	Menilai tingkat kesadaran dan kemungkinan cedera neurologis	• Gunakan skala AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) • Nilai GCS (Glasgow Coma Scale) • Periksa ukuran dan reaksi pupil	• Posisi kepala sesuai kondisi (tinggikan bila ada peningkatan tekanan intrakranial) • Cek gula darah untuk hipoglikemia • Lindungi jalan napas jika GCS $\leq$ 8 • Catat dan laporkan perubahan status neurologis

ABCDE Assessment (Penilaian Primer)

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
E - Exposure (Pajanan)	Memeriksa seluruh tubuh dari cedera tersembunyi dan menjaga suhu tubuh	- Periksa seluruh tubuh (head-to-toe): luka, deformitas, memar, luka bakar - Nilai suhu tubuh	- Buka pakaian pasien untuk inspeksi total, tapi jaga privasi - Gunakan selimut hangat untuk mencegah hipotermia - Dokumentasikan semua temuan - Siapkan tindakan lanjutan sesuai temuan (misalnya luka terbuka, fraktur, dll)

Secondary Survey

Secondary Survey dilakukan setelah Primary Survey (ABCDE Aseessment) selesai dan kondisi pasien relatif stabil. Fokusnya adalah untuk pengkajian menyeluruh, identifikasi cedera tersembunyi, serta pengumpulan riwayat medis pasien.

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
Riwayat Medis (SAMPLE)	Mengumpulkan informasi dasar untuk diagnosis dan perawatan	• Signs & Symptoms: Gejala utama pasien • Allergies: Alergi obat/makanan • Medications: Obat yang sedang dikonsumsi • Past Medical History: Riwayat penyakit/operasi • Last Oral Intake: Terakhir makan/minum • Events Leading to Injury/Illness: Kronologi kejadian	• Tanyakan riwayat secara sistematis • Catat semua informasi dalam rekam medis • Konfirmasi ke keluarga/saksi jika pasien tidak sadar

Secondary Survey

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
Pemeriksaan Fisik Head-to-Toe	Mengidentifikasi cedera/kelainan yang tidak tampak pada primary survey	• Kepala dan Wajah: Luka, memar, perdarahan, asimetri wajah • Leher: Pembengkakan, distensi vena, luka • Dada: Simetris tidaknya gerakan napas, luka, bunyi napas • Abdomen: Distensi, nyeri tekan, luka, perdarahan tersembunyi • Panggul: Stabilitas panggul, nyeri tekan • Ekstremitas: Deformitas, luka, pergerakan, warna, suhu • Punggung: Luka tekan, hematoma, luka tusuk (harus logroll dengan stabilisasi)	• Lakukan pemeriksaan menyeluruh dengan hands-on (peraba) dan eyes-on (pengamatan) • Catat semua temuan abnormal • Stabilkan area yang cedera (misalnya: bidai pada fraktur) • Laporkan segera temuan kritis kepada dokter

Secondary Survey

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
Pemeriksaan Neurologis Lanjutan	Menilai lebih dalam status neurologis pasien	• Pemeriksaan Glasgow Coma Scale (GCS) • Reaksi pupil terhadap cahaya • Gerakan ekstremitas kanan/kiri • Sensasi raba/sentuhan	• Dokumentasikan nilai GCS dan tanda neurologis lain • Lakukan pemeriksaan berkala untuk deteksi perubahan • Lindungi jalan napas jika kesadaran menurun
Pengkajian Nyeri (Pain Assessment)	Mengetahui tingkat dan lokasi nyeri untuk penanganan lebih lanjut	• Tanya lokasi, intensitas (0–10), durasi, kualitas nyeri • Gunakan skala nyeri (NRS/Wong–Baker)	• Dokumentasikan hasil pengkajian nyeri • Berikan intervensi sesuai perintah (obat nyeri, kompres, dll) • Evaluasi ulang setelah intervensi dilakukan

Secondary Survey

Komponen	Tujuan	Penilaian / Observasi	Tindakan Perawat
Pemeriksaan Penunjang Awal (sesuai instruksi dokter)	Mendukung diagnosis awal dan menentukan terapi lanjut	• Foto Rontgen (thoraks, ekstremitas) • EKG (jika ada nyeri dada) • Tes laboratorium (Hb, elektrolit, GDS, golongan darah)	• Siapkan pasien untuk pemeriksaan • Ambil dan kirim sampel darah/urine • Pasang EKG dan catat hasil bila perlu • Kolaborasi dengan tim medis untuk interpretasi hasil

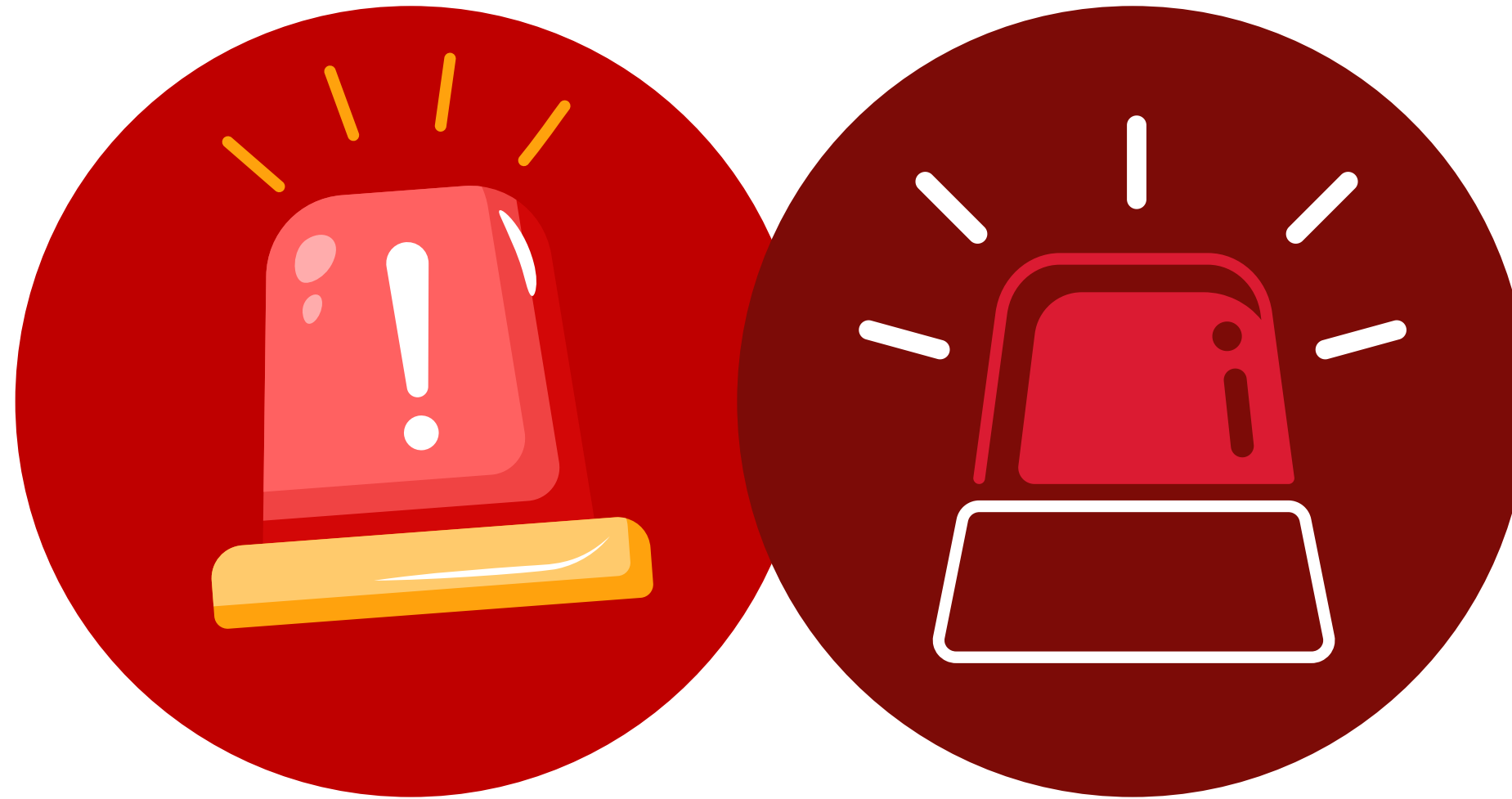
SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT)

SPGDT adalah singkatan dari **Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu**, yaitu suatu sistem pelayanan terpadu dan terkoordinasi dalam menangani pasien yang mengalami kondisi gawat darurat, mulai dari tempat kejadian hingga fasilitas kesehatan.

SPGDT melibatkan berbagai unsur:

- Petugas medis dan paramedis (termasuk perawat)
- Ambulans
- Fasilitas pelayanan kesehatan (IGD, ICU)
- Sistem komunikasi dan rujukan





TUJUAN

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT)

- Memberikan pertolongan secepat mungkin pada pasien gawat darurat.
- Menurunkan angka kematian dan kecacatan akibat kegawatdaruratan.
- Menyediakan pelayanan yang terorganisir, efisien, dan menyeluruh.
- Meningkatkan koordinasi antar unit layanan (lokasi kejadian, ambulans, rumah sakit).



3

TAHAPAN

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT):

Pra-Rumah Sakit (Pre-Hospital Care)

Penanganan yang dilakukan di tempat kejadian sebelum pasien sampai ke rumah sakit.

Contoh kegiatan:

- Tanggap darurat oleh masyarakat, petugas medis, atau perawat.
- Pertolongan pertama (first aid).
- Triage awal.
- Aktivasi layanan gawat darurat (menghubungi PSC 119).
- Evakuasi dengan ambulans.



3

TAHAPAN

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT):

Pelayanan Gawat Darurat di Rumah Sakit

Penanganan pasien di IGD (Instalasi Gawat Darurat).

Kegiatan utama:

- Penilaian primer dan sekunder (ABCDE Assessment).
- Triage IGD.
- Stabilisasi kondisi pasien.
- Pelayanan lanjutan atau rujukan ke ruang perawatan.



3

TAHAPAN

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT):

Pelayanan Lanjutan

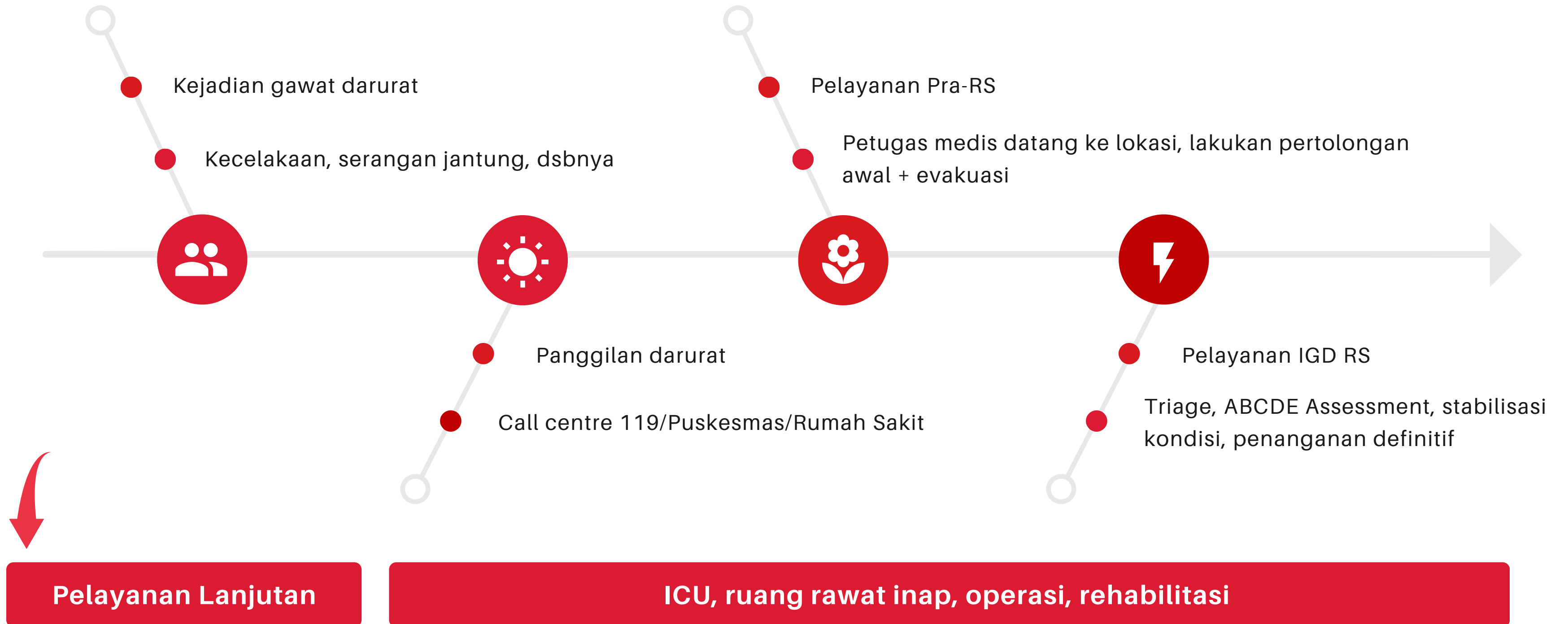
Perawatan pasien setelah melewati fase akut, seperti di ruang rawat inap, ICU, atau pasca tindakan operasi.

Fokus utama:

- Rehabilitasi fisik dan psikologis.
- Pencegahan komplikasi dan pemulihan.



ALUR SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU (SPGDT)



ANALISIS KASUS



KASUS

Seorang laki-laki, usia 35 tahun, ditemukan tidak sadarkan diri setelah mengalami kecelakaan motor. Ada perdarahan di kepala, dan napas terdengar berat.

Pra-Rumah Sakit (di tempat kejadian)

Dilakukan oleh tim medis atau perawat puskesmas / ambulans:

- Penilaian cepat (ABCDE Assessment):
 - A: Jalan napas terancam → lakukan jaw-thrust
 - B: Napas lemah → beri oksigen
 - C: Perdarahan kepala → tekan dengan kasa steril
 - D: GCS rendah → waspada cedera otak
 - E: Buka pakaian bagian atas, cek cedera lain
- Pasien segera dievakuasi menggunakan ambulans.

Di Ambulans (menuju rumah sakit)

- Monitoring tanda vital, pemasangan infus, dan komunikasi dengan IGD rumah sakit agar tim siap menerima.

ANALISIS KASUS



Pelayanan IGD Rumah Sakit

- Triage: Kode merah (gawat darurat mengancam jiwa)
- Pemeriksaan lanjutan:
 - CT Scan kepala
 - Pemeriksaan laboratorium cepat
- Stabilisasi pasien: Infus, obat anti-nyeri, observasi neurologis
- Koordinasi dengan dokter bedah jika perlu tindakan lanjutan.

Pelayanan Lanjutan

- Pasien masuk ICU karena penurunan kesadaran.
- Perawat melakukan pemantauan intensif:
- TTV (tekanan darah, nadi, napas, suhu)
- Respons pupil dan GCS
- Perawatan luka dan pemberian obat
- Setelah stabil, pasien dirujuk ke ruang rawat dan rehabilitasi.

TERIMAKASIH

