

**GAMBARAN PELAKSANAAN INITIAL ASSESMENT PADA
PASIEN GAWAT DARURAT OLEH PERAWAT IGD
DI RSUD KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2019**

SKRIPSI

Disusun Oleh:

RAJA CHRISTOVEL NABABAN

NIM: 15010070



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
KOTA PADANGSIDIMPUAN
2019**

**GAMBARAN PELAKSANAAN INITIAL ASSESMENT PADA
PASIEN GAWAT DARURAT OLEH PERAWAT IGD
DI RSUD KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2019**

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Disusun Oleh:

**RAJA CHRISTOVEL NABABAN
NIM: 15010070**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
KOTA PADANGSIDIMPUAN
2019**

HALAMAN PENGESAHAN
(Skripsi)

**GAMBARAN PELAKSANAAN INITIAL ASSESMENT PADA
PASIEN GAWAT DARURAT OLEH PERAWAT IGD
DI RSUD KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2019**

Skripsi penelitian ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan
tim penguji Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Afa Royhan
Padangsidimpuan

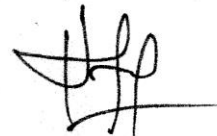
Padangsidimpuan, Agustus 2019

Pembimbing Utama



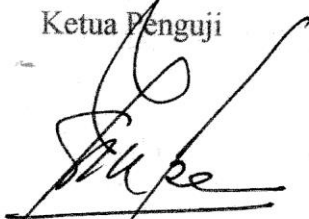
(Ns. Adi Antoni, M.Kep)

Pembimbing Pendamping



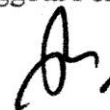
(Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep)

Ketua Penguji



(dr. Ismail Fahmi, M.Kes)

Anggota Penguji



(Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Raja Christovel Nababan
NIM : 15010070
Tempat/Tgl Lahir : Lumban Pinasa/ 12 September 1995
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Lumban Pinasa

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 142550 : Lulus Tahun 2007
2. SMP Negeri 1.Siabu : Lulus Tahun 2010
3. SMK Negeri 1.Siabu : Lulus Tahun 2013

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Saya ucapkan Kepada Tuhan yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya sehingga Saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Pelaksanaan *Initial Assessment* Oleh Perawat IGD Pada Pasien Gawat Darurat di RSUD Kota Padangsidimpuan Tahun 2019” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.

Dalam proses penyusunan Skripsi ini Saya banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan kali ini Saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada yang terhormat:

1. Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep, selaku Plt. Rektor Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep selaku Kepala program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.
3. Ns. Adi Antoni, M.Kep. selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dalam menyelesaikan proposal ini.
4. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dalam menyelesaikan proposal ini.
5. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan Padangsidimpuan.

6. Perawat IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian.
7. Teristimewa Saya satukan kepada Ayahanda dan ibunda tercinta serta Abang, Kakak, Adik yang selalu memberi motivasi dan dukungan yang tulus.

Dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga membutuhkan Kritik dan saran yang bersifat membangun yang Saya harapkan guna untuk perbaikan dimasa yang akan mendatang. Mudah-Mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan keperawatan.

Padangsidempuan, Agustus 2019

Penulis

RAJA CHRISTOVEL NABABAN
NIM: 15010070

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI PADANGSIDIMPUAN**

Laporan Penelitian, Agustus 2019
Raja Christovel Nababan

**GAMBARAN PELAKSANAAN TINDAKAN *INITIAL ASSESSMENT* PADA
PASIEN TRAUMA OLEH PERAWAT IGD DI RSUD KOTA
PADANGSIDIMPUAN**

ABSTRAK

Lebih dari Sembilan orang meninggal tiap menit akibat trauma atau kekerasan, dan setiap tahun lebih dari 5,8 juta orang dari semua umur dan tingkat ekonomi mengalami trauma dan kekerasan. Beban akibat trauma sangat signifikan, yaitu 12% dari beban seluruh penyakit dunia. Kecelakaan tunggal kendaraan bermotor menyebabkan lebih dari satu juta kematian setiap tahunnya. Oleh karena itu penderita trauma harus dilakukan pertolongan dengan cepat dengan tujuan mencegah kematian dan cacat sehingga penderita dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat. Tujuan penelitian ini mengetahui gambaran pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidimpuan. Jenis penelitian ini adalah deskriptif sederhana. Pengambilan sampel menggunakan teknik total sampling yang berjumlah 15 orang responden Perawat. Pengumpulan data dengan lembar observasi yang terdiri dari 23 item pertanyaan. Metode analisa data yang dilakukan dengan menggunakan analisa univariat dengan hasil penelitian adalah dilakukan atau tidak *initial assessment* pada pasien trauma oleh Perawat dengan hasil secara umum didapatkan 10 responden (70%), melakukan pelaksanaan tindakan *initial assessment* dan 5 responden (30%) tidak melakukan pelaksanaan tindakan *initial assessment*. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi Perawat agar dapat meningkatkan pelaksanaan tindakan *initial assessment* pasien trauma.

Katakunci :Trauma, pelaksanaan *initial assessment*
Daftar pustaka: 21(2011-2019)

*NURSING STUDY PROGRAM GRADUATE PROGRAM
AUFA ROYHAN UNIVERSITY IN PADANGSIDIMPUAN*

*Research Report, July 2019
King Christovel Nababan*

Description Of Implementation Of Initial Assessment Measures In Trauma Patients By Igd Nurse In Padangsidimpuan City Hospital

Abstract

More than nine people die every minute due to trauma or violence, and every year more than 5.8 million people of all ages and economic levels experience trauma and violence. The burden due to trauma is very significant, which is 12% of the burden of all world diseases. A single motor vehicle accident causes more than one million deaths each year. Therefore, trauma sufferers must be done quickly with the aim of preventing death and disability so that patients can live and function again in the community. The purpose of this study is to find an overview of the implementation of initial assessment in trauma patients by IGD nurses in Padangsidimpuan City Hospital. This type of research is simple descriptive. Sampling uses a total sampling technique totaling 15 Nurse respondents. Data collection with an observation sheet consisting of 23 question items. Methods of data analysis conducted using univariate analysis with the results of the study were carried out or no initial assessment of trauma patients by nurses with the results generally obtained 10 respondents (70%), carried out initial assessment actions and 5 respondents (30%) did not carry out initial assessment actions . The results of this study can be input for nurses to improve the implementation of initial assessment of trauma patients.

*Keywords: Trauma, conducting initial assessment
Bibliography: 21 (2011-2019)*

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTARLAMPIRAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Initial Asesment.....	9
2.1.1 Pengertian Initial Asesment.....	9
2.1.2 Persiapan.....	10
2.1.3 Triase.....	11
2.1.4 Primary Survey.....	12
2.1.5 Pemeriksaan Tambahan Primary Dalam Resusitasi.....	18
2.1.6 Pertimbangan Transfer Pasien.....	19
2.1.7 Secondary Survey.....	19
2.1.8 Tambahan Pada Secondary Survey.....	24
2.1.9 Reevaluation.....	24
2.1.10 Terapi Defenitif.....	25
2.2 Konsep Trauma.....	25
2.2.1 Pengerian Trauma.....	25
2.2.2 Macam-Macam Trauma.....	26
2.2.3 Proses Penyakit Trauma.....	27
2.2.4 Respon Sel,Jaringan,Organ Terhadap Penyakit Trauma.....	30
2.2.5 Respon Imun Terhadap Terjadinya Trauma.....	31
2.2.6 Komplikasi penyakit trauma.....	32
2.3 Kerangka Konsep penelitian.....	34
2.4 Pertanyaan Penelitian.....	35
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN.....	36
3.1 Desain Penelitian dan Metode Penelitian.....	36
3.2 Lokasi Dan waktu Penelitian.....	36
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	36
3.2.2 Waktu Penelitian.....	36
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	37

3.3.1	Populasi.....	37
3.3.2	Sampel	37
3.4	Etika Penelitian.....	37
3.5	Alat pengumpul Data dan Uji Instrumen.....	38
3.6	Prosedur pengumpulan data.....	39
3.7	Defenisi Operasional Penelitian.....	39
3.8	Pengolahan Data.....	40
3.9	Analisa Data.....	40

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1. Rencana Waktu Penelitian	36
Tabel 2. Defenisi Operasional	39

DAFTAR SKEMA

	halaman
Skema 1. Kerangka Konsep	31

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2: Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)
- Lampiran 3: Surat Survey Pendahuluan Dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 4: Surat Balasan Survey Pendahuluan Dari RSUD Kota Padangsidempuan
- Lampiran 3: Surat Izin Penelitian Dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 5: Surat Balasan Izin Penelitian Dari RSUD Kota Padangsidempuan
- Lampiran 5: Lembar Observasi
- Lampiran 6: Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Initial Assessment adalah proses evaluasi secara cepat pada penderita gawat darurat yang langsung diikuti dengan tindakan resusitasi. Langkah terbaik untuk situasi adalah waspada dan melakukan upaya kongkrit untuk mengantisipasinya. Penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time saving its Live saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal. (Sutawijaya, 2009)

Menurut Depkes RI Rumah Sakit (2013) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan ujung tombak Rumah Sakit dimana semua pasien yang akan masuk akan ditangani pada unit tersebut.

Prevalensi trauma secara nasional (2013) adalah 8,2%, dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan (12,8%) dan terendah di Jambi (4,5%). Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan. Kecenderungan peningkatan prevalensi cedera dari (2010) 7,5% menjadi 8,2% (Riskesdas, 2013).

Penyebab trauma terbanyak, yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%). Proporsi jatuh tertinggi di Nusa Tenggara Timur (55,5%) dan terendah.

Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan kecenderungan peningkatan proporsi cedera transportasi darat (sepeda motor dan darat lain) dari 25,9% menjadi 47,7% (Riskesdas, 2013).

Ada beberapa jenis trauma yang dialami penduduk antara lain adalah luka terkilir (27,5%) dan luka robek (23,2%). Adapun urutan proporsi terbanyak untuk tempat terjadinya cedera, yaitu di jalan raya (42,8%), rumah (36,5%), area pertanian (6,9%) dan sekolah (5,4%) (Depkes, 2013).

Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien, sehingga diharapkan Perawat harus mampu memberikan pelayanan Kesehatan pada pasien. Perawat dituntut memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan cermat dengan tujuan mendapatkan kesembuhan tanpa kecacatan. Oleh karena itu Perawat perlu membekali dirinya dengan pengetahuan dan perlu meningkatkan keterampilan yang spesifik yang berhubungan dengan kasus-kasus kegawatdaruratan utamanya kasus kegawatan pernafasan dan kegawatan jantung. (Maryuani, 2009).

Berdasarkan data rekam medis di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan, proporsi kejadian trauma pada bulan Juni 2018 diketahui bahwa Pasien kecelakaan lalu lintas sekitar 181, kejadian pada bulan Juli 2018 211 kejadian, di bulan Agustus 2018, 159 kejadian trauma, di bulan September 2018 diketahui ada Pasien 130 mengalami kematian, sedangkan di bulan Oktober

2018, 139 kejadian trauma, maka kita sebagai Perawat perlu melakukan tindakan pertama (*initial assessment*) yang tepat agar tidak terjadi kesalahan melakukan tindakan.

Berdasarkan study pendahuluan yang dilakukan pada bulan Maret 2019 di ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan bahwa hasil wawancara dengan 3 orang Perawat IGD dari 15 orang menyatakan bahwa pasien dalam pelaksanaan *Initial Assessment* pertama-tama harus dilakukan pemeriksaan kesadarannya kemudian melakukan pemeriksaan *airway*(A), *breathing*(B), dan *circulation*(C) dengan cepat dan dilakukan tindakan resusitasi apabila diperlukan.

Dan penanganan pada pasien gawatdarurat harus dilakukan dengan cepat dan tepat. Fenomena yang terjadi seperti yang dijelaskan diatas akan menimbulkan dampak baik bagi pasien atau pun Rumah Sakit. Apabila pasien dengan kondisi gawatdarurat tidak dilakukan pertolongan dengan segera maka dapat mengancam jiwanya atau menimbulkan kecacatan pada anggota tubuhnya. Sedangkan *Initial Assessment* yang dilakukan pada saat menemukan pasien dengan kondisi gawat darurat merupakan salah satu penentu keberhasilan penanganan pasien tersebut IGD merupakan bagian terdepan dan sangat berperan dirumah sakit, baik buruknya pelayanan bagian ini akan memberikan gambaran secara menyeluruh terhadap rumah sakit. Bagi Rumah Sakit keberhasilan suatu tindakan menunjukkan kualitas pelayanan yang bagus bagi Rumah Sakit.

Berdasarkan uraian di atas maka Peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Gambaran pelaksanaan *initial assessment* pada pasien gawat darurat oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidempuan Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah dijelaskan diatas maka Saya merumuskan penelitian sebagai berikut, bagaimana pengetahuan Perawat tentang “Gambaran pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien gawat darurat oleh Perawat IGD di RSUD kota Padangsidempuan Tahun 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengidentifikasi pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien gawat darurat oleh Perawat IGD di RSUD kota Padangsidempuan Tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Rumah Sakit.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan Perawat dalam penanganan pasien kegawatdaruratan.

1.4.2 Manfaat bagi peneliti lain.

Hasil penelitian ini diharapkan dijadikan sebagai referensi atau titik tolak tambahan bila diadakan penelitian lebih lanjut khususnya pengetahuan Perawat tentang penanganan pasien kegawatdaruratan.

1.4.3 Manfaat bagi Peneliti.

Menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman tentang kegawatdaruratan.

1.4.4 Manfaat bagi Perawat

Memberikan peningkatan pengetahuan terhadap tindakan *initial assessment* agar selalu meningkatkan pengetahuannya dalam melakukan tindakan yang baik untuk pasien yang datang dan dapat memprioritaskan kegawatdaruratan pasien

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Initial Asesment*

2.1.1 Pengertian *Initial Asesment*

Pengelolaan pasien yang terluka parah memerlukan penilaian cepat dan tindakan tepat untuk menghindari kematian pada pasien trauma. Waktu sangat penting, karena itu diperlukan adanya suatu cara yang mudah dan akurat untuk diterapkan. Pendekatan ini dikenal dengan *initial assessment* (penilaian awal) (Maryland, 2017).

Initial assessment itu adalah penanganan pasien trauma dengan luka parah memerlukan kajian yang cepat karena waktu yang sangat krusial, pendekatan Sistematis yang cepat dan akurat diterapkan, pendekatan ini disebut dengan *initial assessment*.

Initial assessment mempunyai unsur-unsur sebagai berikut :

- a. Persiapan
- b. *Triase*
- c. *Primary survey* (ABCDE)
- d. *Resusitasi*
- e. Tambahan terhadap *primary survey* dan *resusitasi*
- f. *secondary survey*, pemeriksaan head to toe dan anamnesis.
- g. Tambahan terhadap *secondary survey*
- h. Pemantauan dan re-evaluasi berkesinambungan

2.1.2 Persiapan

Persiapan pada pasien trauma terjadi dalam dua fase yang berbeda, pertama, fase pre hospital atau sebelum masuk Rumah Sakit, semua kejadian harus di koordinasi dengan petugas di Rumah Sakit yang akan menerima pasien. Kedua, fase hospital, persiapan fasilitas resusitasi pasien trauma harus dilakukan secara cepat.

a. Fase *pre hospital*

Koordinasi antara petugas *pre hospital* dan sistem pelayanan berencana dapat memperlancar penanganan pasien dilapangan. Sistem pre hospital harus mempersiapkan pemberitahuan kepada Rumah Sakit rujukan sebelum petugas membawa pasien ke Rumah Sakit. Persiapan ini membolehkan untuk memobilisasi tim trauma Rumah Sakit bersiap diruang gawat darurat.

Selama fase pre hospital, penekanan terhadap menjaga airway, kontrol pendarahan luar dan *shock*, imobilisasi pasien, dan transport pasien dengan cepat ke fasilitas terdekat. Juga terhadap pelaporan informasi untuk triase Rumah Sakit, termasuk waktu kecelakaan, kejadian kecelakaan, dan riwayat pasien dengan singkat.

b. Fase hospital

Perencanaan yang matang untuk pasien trauma sangat penting sekali. Sebuah area resusitasi harus tersedia untuk pasien trauma. Peralatan yang layak untuk fungsi *airway* (seperti, *laringskop*, dan macam-macam *airway tube*) harus disediakan, sudah di tes,

ditempatkan secara strategis sehingga diakses dengan cepat. Cairan kristaloid hangat harus tersedia dengan cepat dengan infus. Protokol untuk kebutuhan medis yang lain harus ditempat, seperti petugas laboratorium dan radiologi.

Semua petugas yang kontak pada pasien harus memakai peralatan pencegahan yang standar, (seperti, *masker, goggles, handsoon, gown, avron*) (Maryland,2017).

2.1.3 Triase

Triase merupakan cara pemilahan pasien berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada prioritas ABC (*Airway* dengan control *vertebra servikal, Breathing* dan *Circulation* dengan kontrol pendarahan). Faktor lainnya yang mempengaruhi triase adalah beratnya trauma, *salva geability* serta ketersediaan sumber daya.

Triase juga berlaku untuk pemilihan pasien di lapangan dan menentukan ke Rumah Sakit mana pasien akan di transfer. Merupakan tanggungjawab bagi tenaga pra-Rumah Sakit dan pimpinan tim lapangan untuk mengirim ke Rumah Sakit yang sesuai. Merupakan kesalahan besar untuk mengirim pasien ke Rumah Sakit non- trauma bila ada tersedia pusat trauma. Ada suatu system scoring yang memudahkan membantu dalam pengambilan keputusan pengiriman ini kepusat trauma. Dua jenis triase dapat terjadi :

- a. *Multiple casualties* Pada kejadian *multi plecasualties*, meski pun ada lebih dari satu pasien, jumlah pasien dan jumlah cedera tidak melampaui kemampuan dan fasilitas

Yang tersedia di Rumah Sakit. Dalam keadaan ini pasien dengan masalah yang mengancam jiwa dan multi trauma akan dilayani terlebih dahulu.

b. *Mass casualties*

Pada kejadian *mass casualties*, jumlah pasien dan beratnya cedera melampaui kemampuan dan fasilitas Rumah sakit. Dalam keadaan ini yang akan dilayani terlebih dahulu adalah pasien dengan kemungkinan survival yang terbesar, serta membutuhkan waktu, perlengkapan dan tenaga paling sedikit.

2.1.4 *Primary Survey*

Pasien yang telah dinilai dan penanganan telah dilakukan, berdasarkan trauma, tanda vital, dan mekanisme trauma. Fungsi vital harus dinilai dengan cepat dan efisien. Manajemen terdiri dari *primary survey* yang cepat, resusitasi fungsi vital, dan inisiasi penanganan definitif. Proses ini tersusun dalam ABCDE penanganan trauma dan identifikasi kondisi yang mengancam kehidupan dengan berpegang pada urutan berikut:

A. *Airway maintenance with cervical spine protection*

Pada evaluasi awal terhadap pasien trauma, jalan napas harus dinilai terlebih dahulu untuk memastikan potensinya. Penilaian cepat ini untuk menilai tanda-tanda obstruksi jalan napas, juga termasuk suction dan inspeksi terhadap benda asing dari fraktur tulang facial, mandibula, *tracheal/laryngeal* yang menyebabkan obstruksi jalan napas. Penilaian untuk pemasangan potensi jalan napas harus sudah terpasang sekaligus melindungi tulang leher. Dimulai dengan *maneuver*

chin– lift atau *jaw-thrust* yang direkomendasikan untuk mencapai potensi jalan napas.

Jika pasien biasa berkomunikasi verbal dengan baik,sepertinya jalan napas tidak ada yang membahayakan. Bagaimana pun juga,penilaian yang berulang-ulang dari jalan napas tindakan yang bijak. Sebagai tambahan,pasien dengan cedera kepala berat yang mempunyai tingkat kesadaran yang berubah-ubah atau dengan skala koma glasgow“8”bahkan kurang biasanya membutuhkan penempatan alat jalan napas defenitif (seperti *cuffed*,selang yang aman ditrakea). Penemuan dari kesalahan respon motorik yang kuat mengesankan membutuhkan penanganan jalan napas defenitif.Penanganan jalan napas pada anak membutuhkan pengetahuan dan keterampilan khusus karena mempunyai bentuk anatomi yang unik sehingga butuh alat yang khusus juga.

Airway pada anak mempunyai kekhususan dari segi posisi laring serta ukuranya sehingga penanganannya *airway* pada anak memerlukan pengetahuan serta alat tersendiri. Selama memeriksa dan memperbaiki *airway*,harus diperhatikan bahwa tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi pada leher.

Airway harus dijaga dengan baik pada semua penderita. *Jawtrusth* atau *chin lift* dapat dipakai. Pada penderita yang masih sadar dipakai *naso-pharingeal airway*.Bila penderita tidak sadar dan tidak ada reflex bertahak (*gagreflek*) dapat dipakai *oropharyeal airway*.Bila ada keraguan mengenai kemampuan menjaga *airway*,lebih baik memasang *airway definitive*(*Maryland,2017*).

B. *Breathing dan ventilasi*

Airway yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernapas, mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbondioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma. Setiap komponen ini harus dievaluasi secara cepat. Leher dan dada pasien harus dibuka untuk melihat distensi vena jugular, posisi trakhea dan ekspansi pernapasan. Auskultasi dilakukan untuk memastikan masuknya udara ke dalam paru. Inspeksi dan palpasi dapat mendeteksi trauma dinding dada yang mungkin mengganggu ventilasi. Perkusi pada dinding dada dapat menemukan kelainan, tetapi hal ini sulit jika situasi berisik atau hasilnya tidak sesuai.

Perlukaan yang mengakibatkan gangguan ventilasi yang berat adalah *tension pneumotoraks, flail chest* dengan kontusio paru, dan *open pneumotoraks*. Keadaan ini harus dikenali pada saat dilakukan *primary survey* dan memerlukan ventilasi yang efektif. *Hemato thoraks, simple pneumotoraks*, fraktur tulang iga dan kontusio paru mengganggu ventilasi dalam derajat yang lebih ringan dan harus dikenali pada saat melakukan *secondary survey* (Kartika, 2011).

C. *Circulation*

Perdarahan merupakan penyebab kematian. Oleh karena itu penting melakukan penilaian dengan cepat status hemodinamik dari pasien, yakni dengan menilai tingkat kesadaran, warna kulit dan nadi.

a) Tingkat kesadaran

Bila volume darah menurun perfusi otak juga berkurang yang menyebabkan penurunan tingkat kesadaran penderita.

b) Warna kulit Warna kulit dapat membantu diagnosis hipovolemia dan wajah yang keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat merupakan tanda hipovolemia.

c) Nadi

Pemeriksaan nadi dilakukan pada nadi yang besar seperti Femoralis dan a.karotis (kanan kiri), untuk kekuatan nadi,kecepatan dan irama. Dalam keadaan darurat yang tidak tersedia alat-alat,maka secara cepat kita dapat memperkirakan tekanan darah dengan meraba pulsasi (Dewi 2013).

1) Jika teraba pulsasi pada arteri radial, maka tekanan darah minimal 80 mmHg sistol

2) Jika teraba pulsasi pada arteri brachial, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol

3) Jika teraba pulsasi pada arteri femoral, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol

4) Jika teraba pulsasi pada arteri carotid, maka tekanan darah minimal 60 mmHg sistol

D. Disability

Menjelang akhir *primary survey* dilakukan evaluasi terhadap keadaan neurologis secara cepat. Hal yang dinilai adalah tingkat kesadaran, ukuran, dan

reaksi pupil. Tanda-tanda lateralisasi dan tingkat (level) sedera spinal (ATLS,2004). Cara cepat dalam mengevaluasi status neurologis yaitu dengan menggunakan AVPU, sedangkan GSC (*Glasgow Coma Scale*) merupakan metode yang lebih rinci dalam mengevaluasi status neurologis,dan dapat dilakukan pada saat *survey sekunder* (Krisanty P. 2009).

AVPU, yaitu:

A: *Alert*

V: *Respon to verbal*

P: *Respon to pain*

U: *Unrespon*

E. Exposure

Merupakan bagian akhir dari *primary survey*,penderita harus dibuka keseluruhan pakaiannya,kemudian nilai pada keseluruhan bagian tubuh. Periksa punggung dengan memiringkan pasien dengan cara *log roll*. Selanjutnya selimuti penderita dengan selimut kering dan hangat,ruangan yang cukup hangat dan diberikan cairan intra-vena yang sudah dihangatkan untuk mencegah agar pasien tidak hipotermi (Dewi. 2013).

2.1.5 Pemeriksaan Tambahan Primary Dan Resusitasi

Pemeriksaan tambahan pada saat *primary survey* antara lain :

a. Monitor ekg Ini merupakan hal penting pada pasien trauma,jika terjadi disrhythmia,termasuk *unexplainedtachy cardia,atrial fibrillation*, kontraksi *ventricular prematur* merupakan tanda adanya trauma tumpul jantung.*Pulse lesselectrical activity* merupakan indikasi tamponade jantung,*tension*

pneumotoraks dan *hypolemia* berat. Jika terjadi *bradikardi*, *aberrant conduction* dan *premature beats* maka pikirkan terjadi hipoksia dan hipo perfusi. Hipotermia yang ekstrim dapat menimbulkan distritmia.

b. Kateter *urine* dan lambung

Harus dilakukan pemasangan kateter urine dan lambung yang merupakan bagian dari proses resusitasi. Jangan lupa mengambil sampel urine untuk pemeriksaan.

Kateter urine merupakan indikator perfusi ginjal dan *hemo dinamik*al penderita. Kateter urine jangan dipasang bila ada *rupture uretra*. Kecurigaan akan adanya *rupture uretra* ditandai dengan:

1. Adanya darah di orifisum uretra eksternal (*metal bleeding*)
2. Hematom di skrotum atau perinium.
3. Pada colok dubur prostat letak tinggi atau tidak teraba
4. Adanya fraktur pelvis.

Kateter lambung dipakai untuk mengurangi distensi lambung dan mengurangi kemungkinan muntah. Isi lambung yang pekat akan mengakibatkan NGT tak berfungsi, lagi pula pemasangan sendiri dapat mengakibatkan muntah.

c. Monitor

Monitoring hasil resusitasi sebaiknya didasarkan penemuan klinis seperti laju napas, nadi, tekanan nadi, tekanan darah, ABG (*arterial blood gases*), suhu tubuh dan keluaran urin. Hasil pemeriksaan diatas harus dapat secepatnyasetelah menyelesaikan *survey primer*.

2.1.6 Pertimbangan Transfer Pasien

Setelah *primary survey* dan resusitasi Dokter sudah mempunyai cukup informasi untuk mempertimbangkan transfer. Proses nya sudah dapat dimulai oleh petugas administrasi pada saat evaluasi dan resusitasi. Pada saat keputusan transfer sudah diambil, perlu komunikasi antara petugas pengirim dan petugas penerima transfer (Kartika,2011)

2.1.7 Secondary Survey

Secondary survey baru dilakukan setelah *primary survey* selesai, resusitasi dilakukan dan ABC penderita dipastikan membaik. *Survey sekunder* adalah pemeriksaan kepala sampai kaki Pada tahapan ini, dilakukan pemeriksaan neurologi lengkap, termasuk mencatat skor GCS bila belum dilakukan dalam *primary survey*. Pada *secondary survey* ini juga dikerjakan foto rontgen yang diperlukan.

A. ANAMNESIS

Setiap pemeriksaan yang lengkap memerlukan anam nesis mengenai riwayat perlukaan. Riwayat AMPLE perlu diingat :

A :Alergi

M:Medikasi (obat yang diminum pada saat ini)

P: *Past illness* (Penyakit penyerta)

L:*Last meal*

E:Event yang berhubungan dengan kejadian perlukaan.

Mekanisme perlukaan sangat menentukan keadaan penderita. Petugas lapangan seharusnya melaporkan mekanisme perlukaan. Jenis perlukaan dapat diramalkan dari mekanisme kejadian perlukaan itu biasanya dibagi menjadi 2 jenis: tumpul dan tajam.

1. Trauma tumpul

2. Ini dapat disebabkan kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kegiatan rekreasi atau pekerjaan. Juga dibutuhkan informasi lain untuk mengetahui mekanisme perlukaan. Pola perlukaan sangat dipengaruhi usia dan aktivitas.

3. Trauma tajam

Ini merupakan akibat pisau atau benda tajam dan senjata api semakin sering ditemukan factor yang menentukan jenis dan berat perlukaan adalah daerah tubuh yang terluka, organ yang terkena dan velositas (kecepatan) (Nolan,2010).

B. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada *secondary survey* dimulai dari kepala,*maksilo fasial,servikal* dan *leher,dada,abdomen,perineum/vagina,muskuluskletal* sampai pemeriksaan neurologis.

- 1. Kepala**

Dimulai dengan mengevaluasi kepala dan menemukan kelainan neurologis dan trauma lainnya. Seluruh kulit kepala dan kepala diperiksa.Karena kemungkinan bengkaknya mata kemudian,yang akan mempersulit pemeriksaan,mata harus diperiksa dengan cara:

- a. Ketajam visus
- b. Ukuran pupil
- c. Perdarahan konjungtiva
- d. Luka tembus pada mata
- e. Lensa kontak
- f. Discolatio lentis
- g. Jepitan otot bola mata

Ketajaman visus dapat diperiksa dengan membaca *snellen chart*, membaca huruf pada botol infus atau bungkus perban.

2. Maksilo fasial

Pemeriksaan pada wajah harus mencakup palpasi seluruh struktur tulang, menilai oklusi, pemeriksaan intra oral dan memeriksa jaringan lunak.

3. Vertebra servikal dan leher

Pasien dengan trauma kapitis atau *maksilo fasial* dianggap ada trauma *vertebra servikal* yang *unstable* pada leher kemudian harus dilakukan *immobilisasi* sampai *vertebra servikal* diperiksa dengan teliti dan tidak terbukti trauma, untuk hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan radiologi dan CT-scan yang dilakukan oleh dokter yang berpengalaman dalam mendeteksi fraktur *vertebra servikal*. Pemeriksaan leher termasuk inspeksi, palpasi, dan auskultasi.

4. Thoraks/dada

Inspeksi dari depan dan belakang rongga thoraks akan menemukan adanya flail chest atau open *pneumothoraks*. Evaluasi menyeluruh dinding dada dengan palpasi harus dilakukan setiap iga,klavikula dan sternum. Kontusio dan hematoma pada dinding dada mungkin disertai kelainan dalam rongga thoraks disertai dispnoe serta hipoksia. Evaluasi thoraks dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik termasuk auskultasi disusul dengan foto thoraks. Bising napas diperiksa pada bagian atas thoraks untuk menentukan *pneumothoraks*,dan pada bagian belakang posterior untuk adanya hemothoraks.

5. Abdomen

Trauma abdomen harus diketahui dan ditangani dengan agresif. Diagnosis yang tepat tidak terlalu dibutuhkan,yang penting adalah adanya indikasi untuk operasi. Diperlukan pemeriksaan ulang dan observasi tepat, kalau biasa oleh petugas yang sama,penting untuk trauma tumpul abdomen, dimana akan dijumpai perubahan pada abdomen.

6. Perineum,rektum dan vagina

Perineum harus diperiksa untuk melihat kontusi,hematoma, laserasi dan pendarahan lateral. Colok dubur harus dilakukan sebelum pemasangan kateter urin. Teliti adanya darah dalam lumen usus,prostat yang melayang,terlihat fraktur pelvis,integritas dinding rektal dan kualitas tonus sfingter.

Pemeriksaan vagina harus dilakukan pada pasien yang mempunyai resiko adanya trauma vagina, dilakukan pada seluruh wanita dengan fraktur pelvis. Harus dilihat adanya darah dalam vagina dan laserasi. Sebagai tambahan tes kehamilan dilakukan pada seluruh wanita yang sedang hamil.

7. Sistem *muskulosletal*

Ekstremitas diperiksa untuk adanya luka atau deformitas. Fraktur yang kurang jelas dapat ditegakkan dengan memeriksa adanya nyeri, krepitasi atau gerakan abnormal. Fraktur pada pelvis dikenali dengan adanya jejas daerah pubis, labia atau skrotum. Penilaian pulsasi dapat menentukan adanya gangguan vaskuler. Perluasan berat pada ekstremitas dapat terjadi tanpa disertai dengan fraktur, baik pada pemeriksaan klinis maupun X- ray.

Pemeriksaan *muskulosletal* tidak lengkap bila belum dilakukan pemeriksaan punggung pasien.

8. *Neurologis*

Pemeriksaan neurologis harus teliti meliputi pemeriksaan tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil juga pemeriksaan motorik dan sensorik. Ini dapat diketahui dengan pemeriksaan skor GCS.

Bila ada cedera kepala, harus segera dilakukan konsultasi pada bedah syaraf. Harus segera dipantau tingkat kesadaran pasien, karena merupakan gambaran perkembangan cedera *intra kranial*. Bila terjadi

penurunan status neurologis harus diteliti ulang perfusi, oksigenasi, dan ventilasi (ABCDE).

2.1.8 Tambahan Pada *Secondary Survey*

Kecurigaan yang tinggi akan mengurangi luputnya diagnose trauma dan juga selalu melakukan monitoring kondisi pasien. Tes diagnostic khusus dilakukan pada saat *secondary survey* untuk mengetahui kelainan yang spesifik, misalnya tambahan foto X-ray tulang belakang dan ekstremitas, CT scan kepala, dada, abdomen dan tulang belakang, pemeriksaan *urografi* dan *angiografi*, *ultrasonografi transephageal*, *bronscopy*, *eshophagoscopy*, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Krisanty, 2016).

2.1.9 *Re evaluation*

Pasien trauma harus di *re-evaluation* terus menerus sehingga gejala yang baru segera dapat dikenali dan penurunan kondisi segera diketahui dan secepatnya ditangani. Masalah yang mengancam jiwa lain dapat timbul kemudian, walaupun pada saat awal masalah yang mengancamnya telah ditangani. Kewaspadaan yang tinggi akan memungkinkan diagnosis dini dan terapi segera (Kartika, 2011).

2.1.10 Terapi defenitif

Untuk keputusan merujuk diperlukan informasi detail tentang kemampuan insitusi termasuk peralatan, sumber daya dan personil dalam hal menilai pasien trauma. *In hospital triage criteria* dapat membantu dalam menentukan tingkat, kecepatan dan intensitas dalam terapi *initial assessment* pada pasien multi trauma. *See ACS COT, resources for optimal care of their juried patient 2006* ini

memakai data fisiologis pasien, cedera anatomis, mekanisme perlukaan, penyakit penyerta serta faktor-faktor yang dapat mengubah prognosis, petugas IGD dan bedah harus memiliki kriteria ini, untuk menentukan kemana akan dirujuk, apakah kepusat trauma atau Rumah Sakit terdekat yang mempunyai kemampuan dan memiliki dokter spesialis lebih banyak.

2.2 Konsep Trauma

2.2.1 Pengertian Trauma

Trauma berasal dari bahasa Yunani yang berarti luka. Kata tersebut digunakan untuk menggambarkan situasi akibat peristiwa yang dialami seseorang. Para Psikolog menyatakan trauma dalam istilah psikologi berarti suatu benturan atau suatu kejadian yang dialami seseorang dan meninggalkan bekas. Biasanya bersifat negative, dalam istilah psikologi disebut post-traumatic syndrome disorder.

Adatiga ciri khas trauma yaitu :

1. Adanya luka.
2. Pendarahan atau skar.
3. Hambatan dalam fungsi organ.

2.2.2 Macam-macam penyakit trauma

Secara umum trauma dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Trauma yang disebabkan oleh manusia (*human-made*). Contohnya: perkelahian, pemerkosaan, terorisme, penculikan, korupsi, demonstrasi, kekerasan rumah tangga, dll. Didalam trauma ini setidaknya melibatkan dua orang yang satu menjadi korban, dan yang satu menjadi pelaku.

2. Trauma yang disebabkan oleh alam (*nature-caused*). contohnya : gempa bumi, tsunami, gunung meletus, dll. Tapi ada juga bencana alam yang diakibatkan oleh manusia itu sendiri, contohnya: banjir, tanah longsor.
3. Trauma akibat penyakit. Contohnya: HIV, malaria, TBC, dll. yang mengalami trauma tidak hanya pasien, tetapi juga keluarga pasien tersebut.

Klasifikasi trauma berdasarkan sifat dan penyebab trauma:

1. Trauma mekanik
 - a. Trauma tumpul: trauma yang disebabkan oleh benda yang permukaannya tidak mampu mengiris. Dua variasi utama dalam trauma tumpul adalah benda tumpul yang bergerak pada korban yang diam dan korban yang bergerak pada benda tumpul yang diam. Sifat luka akibat persentuhan dengan permukaan tumpul yaitu memar (*kontusio, hematoma*), luka robek, patah tulang dan luka lecet. luka lecet dibagi menjadi dua, yaitu: luka lecet tekan dan luka lecet geser.
 - b. Trauma tajam: trauma yang disebabkan oleh benda yang permukaannya mampu untuk mengiris sehingga kontinuitas jaringan hilang. Sifat luka dalam trauma tajam yaitu: luka iris, luka tusuk dan luka bacok.
2. Trauma fisika
 - a. Suhu (panas atau dingin): Padat dan cair
 - b. Listrik atau petir: AC dan DC

3. Trauma Kimia

- a. Asam kuat
- b. Basa kuat

2.2.3 Proses Penyakit Trauma

Transmisi energy pada trauma dapat menyebabkan kerusakan tulang, pembuluh darah dan organ termasuk fraktur, laserasi, kontusi dan gangguan pada semua system organ, sehingga tubuh melakukan kompensasi akibat ada trauma bila kompensasi tubuh tersebut berlanjut tanpa dilakukan penanganan akan mengakibatkan kematian seseorang.

1. Trauma mekanik

A. Trauma tumpul, akibat luka:

- a. Luka memar→*diskontinuitas* pembuluh darah dan jaringan dibawah kulit tanpa rusaknya jaringan kulit.
- b. Teraba menonjol→ pengumpulan darah di jaringan pembuluh darah rusak.
- c. Bentuk luka → menyerupai benda yang mengenai.
- d. Luka lecet→ terjadi pada epidermis – gesekan dengan benda yang permukaannya kasar.
- e. Luka lecet tekan : arah kekerasan tegak lurus pada permukaan tubuh, epidermis yang tertekan melesek kedalam.
- f. Luka lecet geser→arah kekerasan miring membentuk sudut, epidermis terdorong dan terkumpul pada tempat akhir gerak benda tersebut.

- g. Luka lecet regang→diskontinuitas epidermis akibat peregangan yang letaknya sesuai dengan garis kulit.
- h. Luka robek→ terjadi pada epidermis jaringan dibawahnya akibat kekerasan yang mengenainya melebihi elastisitas kulit jaringan.

B. Trauma tajam, akibat luka:

- a. Luka iris→ dalam luka lebih kecil dari pada panjang irisan luka.
- b. Luka tusuk→ dalam luka lebih besar atau lebih dalam dari pada panjang luka
- c. Luka bacok → dalam luka kurang lebih sama dengan panjang luka

C. Senjata api

- a. Kulit disekitar luka terbakar atau hitam karena asap.
- b. Rambut disekitar luka hangus.
- c. Pakaian yang menutupi luka hangus terbakar.
- d. Warna hitam dan kelim tato lebih luar disekitar luka.

2. Trauma fisika

A. Suhu panas (luka bakar)

- a. Eritema dengan ciri – ciri epidermis intake, kemerahan, sembuh tanpa meninggalkan sikatriks.
- b. *Vesikel, bulla* dan *bleps* dengan albumin atau NaCl tinggi.
- c. *Necrosis coagulativa* dengan ciri- ciri warna coklat gelap hitam dan sembuh dengan meninggalkan sikatriks (*litteken*).
- d. Karbonisasi (sudah menjadi arang).

B. Trauma dingin(*hipotermia dan frostbite Hipotermia*)

- a. Kulit pucat akibat vasokonstriksi kemerahan akibat vasodilatasi karena paralisis *vasomotor center*
- b. Kulit berubah menjadi merah kehitaman, membengkak (*skin blister*), gatal dan nyeri. Kemudian timbul gangren superfisial yang irreversibel.

3. Trauma kimia

- a. Asam kuat → mengkoagulasikan protein → luka korosif yang kering, kertas seperti kertas permanen.
- b. Basa kuat → membentuk reaksi penyabunan → luka basah, licin → kerusakan sampai kedalam. (Setiawan, 2012).

2.2.4 Respon Sel, Jaringan, Organ Terhadap Penyakit Trauma

A. Aktivasi system saraf simpatik menyebabkan peningkatan tekanan artera dan vena, bronkhodilatasi, takikardia, takipnea, capillary shunting, dan diaforesis.

- a. Peningkatan *heart rate Cardiac output* banding dengan stroke volume dikalikan *heartrate*. Jika stroke volume menurun, *heart rate* meningkat.
- b. Peningkatan frekuensi napas. Saat inspirasi, tekanan *intra thoracic* negatif. Aksi pompa thorak ini membawa darah ke dada dan pre-loads ventrikel kanan untuk menjaga *cardiac output*.

- c. Menurunnya urine output. Hormon anti-diuretik dan aldosteron dieksresikan untuk menjaga cairan vaskular. Penurunan glomerular filtration rate (GFR) menyebabkan respon ini.
- d. Berkurangnya tekanan nadi menunjukkan turunnya cardiac output (sistolik) dan peningkatan vasokonstriksi (diastolik). Tekanan nadi normal adalah 35-40 mmHg.
- e. Capillary shunting dan pengisian trans kapiler dapat menyebabkan dingin, kulit pucat dan mulut kering. Capillary refill mungkin melambat.
- f. perubahan status mental dan kesadaran disebabkan oleh perfusi ke otak yang menurun atau mungkin secara langsung disebabkan oleh trauma kepala (Asensio, 2013).

2.2.5 Respon Imun Terhadap Terjadinya Penyakit Trauma

Bagaimana pun masih ada perbedaan gender dalam hal respons imun dan hasil akhir perjalanan klinis pemberian immuno nutrition, khususnya pada pasien yang mendapat trauma. Respon metabolic terhadap stres, trauma dan sepsis berhubungan erat dengan perubahan imunologis dalam tubuh. Konsekuensi hal ini adalah dibutuhkannya dukungan nutrisi untuk memperbaiki mekanisme pertahanan tubuh dan menurunkan morbiditas. Namun hanya sedikit pengaruh dukungan nutrisi tradisional pada fungsi imun. Sistem imun juga dipengaruhi oleh lipid dalam diet yang merupakan prekursor eikosanoid, prostaglandin dan leukotrien, sementara sintesis eikosanoid dimodifikasi oleh golongan antioksidan

seperti vitamin E dan vitamin C, mineral Se dan Cu. Defisiensi Zn juga berhubungan dengan kegagalan fungsi sel.

Pada hewan percobaan yang diberikan Zn dalam jumlah sub-optimal memperlihatkan atrofia dari timus, penurunan jumlah lekosit dalam mediator antibodi dan respons hiper sensitivitas tipe lambat. Tindakan hiperalimentasi sendiri gagal mengantisipasi berkurangnya massa otot serta imbalance nitrogen negatif selama kondisi kritis disebabkan perbedaan respons metabolic terhadap starvasi, stres, trauma dan sepsis. Aktivitas regional seperti alur nutrien, pemecahan molekul besar menjadi lebih kecil untuk memudahkan penyerapan, absorpsi protein, vitamin, trace element, air, penyimpanan sisa pencernaan, adalah hal-hal yang mempengaruhi respons imun selular dalam beberapa tingkatan. Pada kondisi klinis lain dapat ditemukan sindrom yang kompleks sebagai kontributor utama morbiditas dan mortalitas pasien dengan keganasan lanjut. Faktor-faktor yang berperan termasuk perubahan metabolic yang menghasilkan hiper metabolisme dan anoreksia sehingga menurunkan asupan makanan dalam hal mana suplemen oral gagal menaikkan berat badan bila gangguan metabolisme tidak dikoreksi (Asensio,2013).

2.2.6 Komplikasi Penyakit Trauma

Penyakit mungkin sekali mempunyai efek yang diperpanjang, sekunder atau jauh. Misalnya penyebaran organisme penyakit trauma dari tempat asal masuknya kuman, pada tempat itu terjadi rangsangan reaksi radang, yang menyebar ketempat lain dari tubuh manusia, dimana reaksi yang serupa akan terjadi.

A. Komplikasi penyakit trauma tumpul, tajam, dan tembak (trauma abdomen).

a. Perforasi

Gejala perangsangan peritoneum yang terjadi dapat disebabkan oleh zat kimia atau mikro organisme. Bila perforasi terjadi dibagian atas, misalnya lambung, maka terjadi perangsangan oleh zat kimia segera sesudah trauma atau timbul gejala peritonitis hebat. Bila perforasi terjadi dibagian bawah seperti kolon, mula-mula timbul gejala karena mikro organisme membutuhkan waktu untuk berkembang biak, baru setelah 24 jam timbul gejala-gejala akut abdomen karena perangsangan peritoneum. Mengingat kolon tempat bakteri dan hasil akhirnya adalah feses, maka jika kolon terluka dan mengalami perforasi perlu segera dilakukan pembedahan. Jika tidak segera dilakukan pembedahan, peritoneum akan terkontaminasi oleh Bakteri dan feses. Hal ini dapat menimbulkan peritonitis yang berakibat lebih berat.

b. Perdarahan

Setiap trauma abdomen (trauma tumpul, trauma tajam, dan tembak) dapat menimbulkan perdarahan. Yang paling banyak terkena robekan pada trauma adalah alat-alat parenkim, mesenterium, dan ligamenta. Diagnostik perdarahan pada trauma tumpul lebih sulit dibandingkan dengan trauma tajam, lebih-lebih padataraf permulaan.

B. Komplikasi trauma fisika

Komplikasi akibat trauma panas (luka bakar):

- a. *Shock*
- b. Infeksi
- c. Ketidak seimbangan elektrolit (*inbalance elektrolit*)
- d. Masalah distress pernapasan
- e. Komplikasi akibat trauma dingin (hipotermia dan frostbite
Hipotermia)
- f. Stadium perangsangan (hipotermia ringan, 32-35 derajat Celcius):
terjadi tremor otot maksimal, akibatnya kecepatan metabolisme basal
sangat meningkat, semua sumber glukosa dipakai, penggunaan O₂
meningkat sampai 6 kalinya. Peningkatan tekanan darah,
menimbulkan nyeri.
- g. Stadium kelelahan (hipotermia sedang, 28-32 derajat Celcius):
sumber glukosa tidak ada lagi, terjadi bradikardia, aritmia dan
depresi pernapasan.
- h. Stadium paralysis (hipotermia berat, dibawah 28 derajat Celcius):
koma, refleks pupil hilang (tetapi tidak ada tanda kematian
otak), diikuti ventrikel, asistol, dan apnea. Semakin rendah
penurunan suhu yang terjadi sampai aliran darah ke otak terhenti,
maka semakin lama otak bisa menoleransi terhentinya sirkulasi (30
derajat Celsius: 10-15 menit, 18 derajat Celsius: 60-90 menit).

- i. Komplikasi trauma kimia
- j. Komplikasi trauma kimia asam kuat dan basa kuat sering terjadi pada trauma mata. Diantara komplikasinya yaitu :
 - k. Kehilangan penglihatan
 - l. Glaukoma
 - m. Katarak
 - n. Ulkus/perforasi kornea
 - o. Sikatrik kornea
 - p. Retinal detachment
 - q. Konjungtiva, dan
 - r. Palpebra (Setiawan,2012)

2.3 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep yang digunakan pada penelitian ini gambaran pelaksanaan tindakan *Initial Assessment* pada pasien trauma oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidempuan tahun 2019.

Berdasarkan uraian teori dan perumusan masalah maka peneliti menggambarkan kerangka konsep sebagai berikut:

Gambaran Tindakan *initial Assessment*

- a. Tindakan *Primary survey* (*airway, breathing, circulation, disability, Exposure, folley cateter, gastrictube, heart monitor*)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Jenis Penelitian yang dilakukan adalah penelitian Kuantitatif. Desain penelitian adalah keseluruhan cara untuk membuat pertanyaan penelitian, termasuk spesifikasi dalam spesifikasi dalam menambah integritas penelitian (Polit & Beck, 2012). Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif, yaitu suatu metode yang dilakukan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan yang sedang atau dilakukan secara obyektif (Nursalam, 2009).

3.2 Tempat penelitian dan waktu penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Lokasi penelitian adalah IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan lokasi ini dipilih karena berada dilingkungan wilayah Kota Padangsidempuan untuk dilakukan penelitian tentang pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien gawatdarurat.

3.2.2 Waktu Penelitian

Kegiatan	Bulan							
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst
Pengajuan judul	■							
Pembuatan proposal		■	■	■	■	■		
Seminar proposal							■	
Pelaksanaan penelitian							■	■
Ujian Hasil								■

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam Penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah semua Perawat yang berada di IGD RSUD Kota Padangsidimpuan, dengan jumlah populasi 1-15 Partisipan dengan kriteria kecukupan data dan disesuaikan dengan kemampuan peneliti (Yati dan Imami, 2014).

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2009). Menurut Arikunto (2006) mengatakan bahwa apabila subjeknya <100 maka diambil semua subjek dijadikan sampel. Tetapi, jika jumlah subjek >100, dapat diambil antara 10-15% atau 15-25%. Pendapat tersebut sesuai menurut Roscoe dalam Sugiyono (2011). Pengambilan sampel secara keseluruhan pada penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007).

3.4 Etika Penelitian

Menurut Setiadi (2013), menyatakan bahwa etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Tujuannya agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden setuju, maka

diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Namun peneliti harus tetap menghormati hak responden bila tidak bersedia.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Merupakan masalah etika dengan tidak memberikan nama responden pada alat bantu penelitian, cukup dengan kode yang hanya dimengerti oleh peneliti.

3. *Confidentially* (kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden. Peneliti hanya melaporkan kelompok data tertentu saja.

3.5 Alat Pengumpul Data dan Uji Instrumen

a. Alat pengumpul data

Alat pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar observasi yang terdiri dari dua bagian, yaitu :

b. data demografi atau biodata meliputi : Nama,Usia,dan jenis kelamin.

c. lembar observasi diadopsi dari data Ari Shandi(2017) berisi daftar pertanyaan terbuka yang telah di uji cobakan sebelumnya kepada perawat yang memenuhi kriteria kuesioner yang berbeda sebelum ditanyakan kepada partisipan. Kuesioner ini menggunakan dua pilihan jawaban yaitu “ya” dan “tidak”. Dengan pemberian skor 2 untuk jawaban“ya”dan pemberian skor 1 untuk jawaban “tidak”.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Pengumpulan data dapat diperoleh dari dua jenis data, yaitu;

a. Data Primer

Pengumpulan data yang diperoleh secara langsung dengan mengamati pelaksanaan *initial assessment* pada pasien gawat darurat oleh di IGD RSUD Kota Padangsidempuan melalui lembar observasi.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan mengenai jumlah pasien gawat darurat di RSUD Kota Padangsidempuan.

2. Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data hasil penelitian dilakukan dengan beberapa tahap sebagai berikut;

a. Perizinan penelitian

Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu peneliti meminta surat pengantar dari pihak akademik yang selanjutnya melakukan permohonan izin ke direktur RSUD Kota Padangsidempuan melalui kepala Diklat RSUD Kota Padangsidempuan tempat dimana peneliti akan melakukan penelitian. Setelah izin penelitian sudah didapatkan maka peneliti baru bisa melakukan pengumpulan data.

b. Pelaksanaan pengumpulan data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan prosedur yang ditempuh dalam pelaksanaan pengumpulan data sebagai berikut;

- 1) Memberikan *informed consent* kepada keluarga pasien gawat darurat obyek penelitian sebagai bentuk kesediaan dijadikan sampel penelitian.
- 2) Mengamati pelaksanaan *initial assessment* yang dilakukan oleh Perawat terhadap pasien gawat darurat.
- 3) Memberikan informasi berkaitan dengan kepentingan penelitian dan memberikan petunjuk pengisian alat pengumpul data.
- 4) Mengumpulkan hasil observasi sebagai hasil pengumpulan data primer dari responden dan melakukan cek ulang untuk memeriksa kelengkapan identitas dan hasil observasi pada setiap lembar observasi.
- 5) Menghitung hasil observasi dan memberikan skor

3.7 Pengolahan Data

Setelah kuesioner yang telah diisi oleh responden dikumpulkan lalu dilanjutkan dengan melakukan pengolahan data. Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa langkah yang dikemukakan oleh (Budiarto, 2009).

Adapun langkah-langkah dilakukan:

1. *Editing*, yaitu mengoreksi kesalahan-kesalahan dalam pengisian atau pengambilan data. Pada tahap ini data dikumpulkan lalu dilakukan

pengecekan identitas responden, mengecek kelengkapan data dengan baik dan tidak ditemukan data yang hilang.

2. *Coding*, yaitu memberikan kode berupa nomor pada setiap kuesioner sesuai dengan responden.
3. *Transferring*, yaitu data yang telah diberi kode disusun secara berurutan sesuai dengan kode untuk dimasukkan kedalam master table dan data tersebut diolah menggunakan program komputer.
4. *Tabulating*, yaitu mengelompokkan responden berdasarkan kategori yang telah ditetapkan untuk tiap variable yang diukur untuk dimasukkan kedalam tabel distribusi frekwensi.

3.8 Defenisi operasional.

Defenisi Operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2011).

variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Tindakan <i>Initial assesment</i>	Penilaian awal yang dilakukan secara cepat terhadap pasien gawat darurat yang meliputi <i>primary survey</i> (<i>Airway, breathing, circulation, disability, exposure, folley cateter, gastric tube, monitoring heart</i>) dan <i>secondary survey</i>	Kuesioner terdiri dari 23 item	Ordinal	1. Dilakuka n 100% 2. Tidak dilakuka n <100%

3.9 Analisa data

Teknik analisa data yang digunakan pada variabel pelaksanaan *initial assessment* menggunakan rumus presentase sebagai berikut:

Keterangan:

P : Presentase

X : Skor hasil observasi

N : Jumlah item

Hasil Presentasi lalu diinterpretasikan dengan menggunakan standar kriteria kualitatif sebagai berikut:

- a. Kategori sesuai
- b. Kategori tidak sesuai

Analisa univariat ini digunakan untuk menjabarkan secara dekskriptif mengenai distribusi frekwensi tindakan pelaksanaan *initial assessment* pada pasien Trauma oleh Perawat.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Analisa Univariat

Pada penelitian ini akan dibahas hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Kota Padangsidempuan dengan judul Gambaran Pelaksanaan Tindakan *Initial Assessment* Pada Pasien Trauma Oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidempuan Tahun 2019, dengan responden 15 orang Perawat yang bekerja di Instalasi gawat darurat, dengan jenis penelitian *Deskriptif* sederhana yang merupakan bentuk analisa data penelitian, yang mempunyai satu variable yaitu pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidempuan.

4.1.1 Data Demografi Responden

Data demografi yang diukur meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, dan lama masa bekerja. Adapun frekuensinya dapat dilihat pada tabel dibawah 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	N	%
1.	Umur (tahun)		
	20-35	9	56,2%
	36-49	7	43,8%
	Total	16	100%
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	7	43,2%
	Perempuan	9	56,8%
	Total	16	100%
3.	Pendidikan		
	D III	7	43,2%
	S1 Keperawatan	9	56,8%
	Total	16	100,0%

7	Lama Masa Bekerja		
	<2 Tahun	9	56,8%
	>2 Tahun	7	43,2%
	Total	16	100 %

Dari tabel diatas dapat dilihat dari 16 responden, mayoritas usia antara 20-35 sebanyak 9 orang (56,2%), dan minoritas usia 36-49 sebanyak 7 orang (43,8%). Mayoritas jenis kelamin responden adalah perempuan sebanyak 9 orang (56,2%), sedangkan Laki-laki 7 orang (43,8%). Berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden S1 Keperawatan sebanyak 9 orang (56,2%), sedangkan minoritas D III Keperawatan 7 orang (43,8%). Berdasarkan lama bekerja , mayoritas lama bekerja <2 tahun sebanyak 7 (43,8 %) dan minoritas > 2 tahun sebanyak 9 (56,2%)

4.1.2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Tindakan *Initial Assessment* Pada Pasien Trauma Oleh Perawat IGD

Berdasarkan pengolahan data variabel Pelaksanaan Tindakan *Initial Assessment* Pada Pasien Trauma Oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidimpuan Tahun 2019, tugas perawatan keluarga dalam bidang kesehatan terbagi menjadi 5 kategori variabel. Hasil pengkategorian tersebut dapat dilihat pada tabel 4.2 dibawah ini :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Tindakan Initial Assement

No	Kategori Variabel	N	%
1	Pelaksanaan Airway		
	Dilakukan	9	56,2%
	Tidak Dilakukan	7	43,8%
	Total	16	100,0%
2	Pelaksanaan Breathing		
	Dilakukan	9	56,2%

	Tidak Dilakukan	7	43,8%
	Total	16	100,0%
3	Pelaksanaan Circulation		
	Dilakukan	9	56,2%
	Tidak Dilakukan	7	43,8%
	Total	16	100%
4	Pelaksanaan Disability		
	Dilakukan	9	56,2%
	Tidak Dilakukan	7	43,8%
	Total	16	100%
5	Pelaksanaan Exposure		
	Dilakukan	7	43,8%
	Tidak Dilakukan	9	56,2%
	Total	16	100%

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas pelaksanaan *Airways* yang dilakukan 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Airways* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Breathing* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Breathing* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Circulation* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Circulation* yang tidak dilakukan 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Disability* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Disability* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%). Dan mayoritas pelaksanaan *Exposure* yang tidak dilakukan ada 9 responden (56,2%) dan minoritas sedangkan pelaksanaan *Exposure* yang dilakukan ada 7 responden (43,8%).

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Interpretasi dan diskusi hasil penelitian

Dalam penanganan *initial assessment* pada pasien trauma bertujuan mencegah kematian dan cacat sehingga penderita dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat. Prinsip utama dalam penanganannya adalah memberikan pertolongan pertama pada penderita untuk menyelamatkan kehidupan dengan prinsip tindakan aman bagi pasien, aman bagi penolong dan aman lingkungan (Krisanty,2016).

Berdasarkan penelitian ini diperoleh hasil pengolahan data variabel pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidimpuan Tahun 2019,yaitu dilakukan dengan nilai hasil 100% dan tidak dilakukan dengan nilai hasil <100%. Hal dipengaruhi faktor-faktor yang meliputi antara lain pendidikan dan masa kerja.

Berdasarkan hasil penelitian, dari 16 responden yang diteliti, pendidikan DIII sebanyak 7 orang (43,8%), pendidikan S1 keperawatan sebanyak 9 orang (56,2%),hal ini dapat kita lihat bahwa pelaksanaan tindakan *Initial assessment* sangat berpengaruh terhadap pendidikan sejalan dengan teori yang dikemukakan Notoadmojo (2010) bahwa pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran agar mau melakukan tindakan praktik praktik untuk memelihara (mengatasi masalah) untuk meningkatkan kesehatan. Perubahan tindakan pemeliharaan dan peningkatan

Kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan didasarkan pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran, sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama (long lasting) dan menetap karena didasari oleh kesadaran dan pengetahuan.

Dapat disimpulkan dari penelitian tersebut mayoritas Perawat responden berpendidikan DIII dan S1 Keperawatan. Dilihat dari 16 responden yang diteliti, lama masa kerja <2 tahun sebanyak 7 orang (43,8%) dengan mayoritas pendidikan DIII dan lama masa kerja >2 tahun sebanyak 9 orang (56,8%) dengan berpendidikan S1 Keperawatan, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden memiliki masa kerja >2 tahun, berarti dalam pelaksanaan *Initial assessment* masa kerja sangat berpengaruh dalam pelaksanaan tindakan tersebut sesuai teori yang disampaikan Rivai(2009) bahwa lama kerja seseorang dapat dikaitkan dengan pengalaman yang didapatkan di tempat kerja, semakin lama seseorang semakin banyak pengalaman dan semakin tinggi pengetahuan dan keterampilannya, masa kerja yang lebih menunjukkan pengalaman yang lebih.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dalam pelaksanaan airway yang melakukan tindakan 9 orang (56,2%), Sedangkan yang tidak melakukan 6 orang (43,8%), berarti sesuai dengan harapan bahwa dalam pelaksanaan airway dalam kategori dilakukan, sesuai dengan teori yang dikemukakan Nixon (2016), bahwa airway merupakan prioritas pertama, karena sumbatan airway penyebab utama kematian bila dibandingkan breathing dan circulation.

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan *Breathing* yang melakukan tindakan 6 orang (43,8%) dan yang tidak melakukan 9 orang (56,2%), tampak dari hasil penelitian bahwa pelaksanaan tindakan *breathing* mempunyai masalah yang signifikan dikarenakan tidak efektifnya pasien menerima O₂ yang disebabkan tidak rapatnya dalam pemberian sungkup muka pada pasien, bertolak belakang dengan teori dikemukakan oleh Ali (2014) bahwa dengan jalan napas yang baik maka akan menjamin ventilasi yang baik pula.

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan *circulation* yang melakukan tindakan 9 orang (56,2%) dan tidak melakukan 7 orang (43,8%), tampak dari hasil penelitian bahwa pelaksanaan tindakan *circulation* mempunyai masalah dikarenakan kurangnya pemahaman Perawat tentang *circulation* dan Perawat tidak mengamati warna kulit pasien yang merupakan tanda *hipovolemia*, kurang sigapnya Perawat dalam mengantisipasi control pendarahan berarti bertolak belakang dengan teori yang dikemukakan oleh Santoso (2016) yang mana pendarahan merupakan penyebab utama kematian pasca bedah yang mungkin bisa diatasi dengan terapi yang cepat dan tepat di rumah sakit.

Dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan *disability* yang melakukan tindakan sebanyak 9 orang (56,2%) dan tidak melakukan 7 orang (43,8%). tampak dari hasil penelitian bahwa tindakan *disability* tidak mempunyai masalah yang signifikan berarti sesuai dengan teori Santoso (2016) yang mana pelaksanaan *disability* merupakan tahap pengevaluasian keadaan neurologis secara tepat yang dinilai adalah tingkat kesadarannya.

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan exposure yang melakukan tindakan sebanyak 7 orang (43,8%) dan tidak melakukan 9 orang (56,2%), dilihat dari hasil penelitian bahwa mempunyai masalah yang signifikan yang mana Perawat sebagian tidak memeriksa pada luka disekujur yang tertutupi oleh pakaian dan perawat lupa memakaikan selimut untuk menghindari hipotermi bertolak belakang dengan teori yang dikemukakan oleh Sesika (2016) bahwa prinsip exposure adalah membuka pakaian untuk mencari sumber pendaharan yang lain, dan menghindari terjadinya hipotermi.

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan foley catheter, gastric tube, dan monitor heart yang melakukan tindakan 9 orang (56,2%) dan tidak melakukan 7 orang (43,8%). Kita dapat lihat bahwa tidak mempunyai masalah yang signifikan sesuai dengan teori Kasrun (2016) yang dikemukakan oleh bahwa foley catheter dipasang untuk mengetahui hemodinamika pasien dengan menghitung intake dan output apakah sudah seimbang atau tidak, gastric tube dipasang untuk mencegah terjadinya distensi lambung, mencegah muntah, serta memudahkan memasukkan obat, dan Heart monitor dipasang untuk mengetahui keadaan gangguan jantung.

Berdasarkan penelitian dapat dilihat dari 16 orang responden, 7 orang (43,8%), melakukan pelaksanaan tindakan primer survey dan 9 orang (56,2%) tidak melakukan pelaksanaan tindakan primer survey, kita dapat lihat bahwa

Mempunyai masalah signifikan sesuai teori yang dikemukakan Apriliyanti (2008), primer survey adalah penilaian awal sangat penting dilakukan pada pasien

trauma, apabila primer survey tidak terlaksana dengan baik bagaimana pelaksanaan secondary survey lagi.

Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan secondary survey yang melakukan tindakan 7 orang (43,8%) dan tidak melakukan 9 orang (56,2%), dilihat dari hasilnya ada masalah yang signifikan dikarenakan sebagian Perawat beranggapan bahwa Secondary survey tidak perlu dilakukan lagi karena seluruh tahap-tahapan primer survey telah dilakukan, sehingga secondary survey beranggapan hanya pemeriksaan tambahan saja bertolak belakang dengan teori yang dikemukakan oleh Nixson (2016) bahwa secondary survey adalah pemeriksaan tambahan, seperti pemeriksaan head toe toe dan perlu dilakukan untuk menjaga kestabilan pasien.

Berdasarkan penelitian dapat dilihat dari 16 orang responden, 7 orang (43,8%), melakukan pelaksanaan tindakan *initial assessment* dan 9 orang (56,2%) tidak melakukan pelaksanaan tindakan *initial assessment*, Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Aprilyanti (2008) bahwa masa kerja dan pendidikan merupakan faktor yang berkaitan langsung dengan produktifitas kerja.

5.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian.

Dalam penelitian ini peneliti menemukan beberapa hambatan yaitu :

1. Ketidak pastian adanya pasien yang sesuai dengan kriteria penelitian sehingga membuat jangka waktu penelitian lebih lama.
2. Peneliti memiliki keterbatasan waktu yang tidak memungkinkan untuk melakukan observasi 24 jam.

BAB 6

PENUTUP

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 16 responden tentang gambaran pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma oleh Perawat IGD di RSUD Kota Padangsidempuan tahun 2019, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil dari 16 responden, mayoritas usia antara 20-35 sebanyak 9 orang (56,2%), Mayoritas jenis kelamin responden adalah perempuan sebanyak 9 orang, sedangkan laki-laki 7 orang (43,8%). Berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden tamatan D III sebanyak 7 orang (43,8%), sedangkan minoritas S1 Keperawatan 9 orang (56,2%). Berdasarkan lama bekerja, mayoritas lama bekerja <2 tahun sebanyak 7 (43,8%) dan minoritas > 2 tahun sebanyak 9 (56,2%)
2. Hasil responden mayoritas pelaksanaan *Airways* yang dilakukan 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Airways* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Breathing* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Breathing* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Circulation* yang dilakukan ada 9 responden (60%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Circulation* yang tidak dilakukan 7 responden (43,8%). Mayoritas pelaksanaan *Disability* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%), sedangkan minoritas pelaksanaan *Disability* yang tidak dilakukan

ada 7 responden (43,8%). Dan mayoritas pelaksanaan *Exposure* yang tidak dilakukan ada 7 responden (43,8%) dan minoritas sedangkan pelaksanaan *Exposure* yang dilakukan ada 9 responden (56,2%).

3. Pelaksanaan foley cateter,gastrictube,dan monitor heart yang melakukan tindakan 9 orang (56,2%) dan tidak melakukan 7 orang (43,8%).
4. Pelaksanaan secondary survey yang melakukan tindakan 9 orang (56,2%) dan tidak melakukan 7 orang (43,8%).

Berdasarkan hasil pengujian, pengolahan dan analisis data yang telah dilakukan, maka dapat kesimpulan bahwa pelaksanaan tindakan initial assessment Perawat dari 16 responden Perawat,7 orang (43,8%),melakukan pelaksanaan tindakan initial assessment dan 9 orang (56,2%) tidak melakukan pelaksanaan tindakan initial assessment dan point point pelaksanaan tindakan initial assessment yang tidak bermasalah di primer survei (Airway,Disability dan Folley Cateter, gastrictube, monitoring heart) ini tidak jauh dari tingkat pendidikan dan lama kerja seorang Perawat tersebut.

6.2 SARAN

1. Bagi peneliti

Diharapkan peneliti dapat menambah wawasannya tentang apa yang telah diteliti dan dapat melakukan penelitian selanjutnya dengan baik.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dan memberikan informasi tentang pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma, dan diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dan data awal untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi institusi Rumah sakit Diharapkan mempertahankan pelaksanaan tindakan *initial assessment* Perawat serta terus mengevaluasi kinerja Perawat dalam pemberian tindakan *initial assessment*.

4. Bagi perawat

Diharapkan meningkatkan pengetahuan dalam pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma, agar terjadinya kualitas pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan untuk mengembangkan penelitian dengan meneliti faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan *initial assessment* pada pasien trauma.

DAFTAR PUSTAKA

- Asensio, Juan, (2013). *Atlas of trauma emergency surgical techniques*. Jakarta :Elsevier.
- Budiarto(2009). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: ECG
- Depkes RI, (2013). *Prevalensi angka kejadian dan jenis trauma yang terjadi* Jakarta: Kemenkes RI.
- Hidayat(2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba medika.
- Karu karu, Santoso.(2016). *Cegah dan atasi penyakit jantung dan pembuluh darah*, Jakarta: Salemba Medika.
- Kartika, Dwi,(2011). *Buku ajar dasar-dasar keperawatan gawatdarurat*. Jakarta: Penerbit salemba medika.
- Kemenkes RI (2011). *Standar pelayanan keperawatan darurat dirumah sakit* Jakarta: depkes RI
- Kholid, Rosyidi, (2013). *Dasar-dasar kegawatdaruratan*. Jakarta: Mn.trans into media (TIM).
- Krisanty, Paula, (2016). *Asuhan keperawatan gawatdarurat*. Jakarta :trans intro media (TIM)
- Magturi, Ali,(2014). *Buku saku keterampilan dasar p3k dan kegawatdaruratan dirumah sakit* Jakarta: Salemba Medika
- Manurung, Nixon, (2016). *Aplikasi asuhan keperawatan sistem respiratory*. Jakarta: Nuha Medika
- Maryland(2017). *Advanced trauma operative management (Atom)*. [http://www.Mdcot.org// index.html](http://www.Mdcot.org//index.html) akses 10 okt 2017.
- Musliha(2010). *Keperawatan gawat darurat*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Nur salam (2013). *Konsep penerapan metode penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba medika

- Nolan, P. Jerry (2010) *European resuscitation council guide lines for resuscitation*: elsevier.ireland.
- Notoadmojo S, (2010). *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi*. Jakarta: ECG.
- Riskesdas,(2013). Prevalensi angka kejadian trauma. Jakarta: Kemenkes RI.
- Sesika, Syamsuddin Dkk.(2013). Buku ajar farmakologi gangguan sistem pernapasan. Jakarta:Salemba Medika.
- Setiawan,andi, (2012). *Trauma oral dan maksilo fasial*. Jakarta:buku kedokteran EGC
- Subagja,agus,dkk (2014). *Buku panduan kursus bantuan hidup jantung dasar* Jakarta: Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler indonesia (PP PERKI-2014).
- Travers, H.Andrew Dkk. Lippincot Williams & wilkins (2010). *American heart association guideness for cardio pulmonary resuscitation. 2010* Jakarta : Hargenstown.
- WHO (2008).*The World Health Report 2010*. <http://www.who.int/whr/2008/en/index>. Html akses 28 agustus 2017Jakarta: Kemenkes RI.

Hasil SPSS

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35	9	60	60	60
	36-49	7	40	40	100
Total		16	100.	100.	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	7	40.	40.	40.
	Perempuan	9	60.	60.	100
Total		16	100.	100.	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D III	7	40.	40.	40.
	S1 Keperawatan	9	60.	60.	100
	Total	16	100.	100.	

Lama Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<2 tahun	7	40	40	40
	>2tahun	9	60	60	100
Total		16	100.	100.	

Pelaksanaan Airway

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dilakukan	9	60	60	60
Tidak Dilakukan	7	40	40	100
Total	16	100	100	

Pelaksanaan Breathing

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dilakukan	10	70.	70.	70.
Tidak Dilakukan	6	30.	30.	100.
Total	16	100.	100.	

Pelaksanaan Circulation

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dilakukan	9	60	60	60
Tidak Dilakukan	7	40	40	100.
Total	16	100.	100.	

Pelaksanaan Disability

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dilakukan	10	70.	70.	70.
Tidak Dilakukan	6	30.	30.	100.
Total	16	100.	100.	

Pelaksanaan Exposure

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dilakukan	6	30.	30.	30.
Tidak Dilakukan	10	70.	70.	100.0
Total	16	100.	100.	

Master Tabel

Umur	Jenis Kelamin	Pendiikan	Lama Bekerja
20-35	Perempuan	S1 Keperawatan	>2tahun
20-35	Laki-laki	S1 Keperawatan	>2tahun
36-49	Perempuan	S1 Keperawatan	>2tahun
20-35	Laki-laki	D III Keperawatan	<2 tahun
36-49	Perempuan	S1 Keperawatan	>2tahun
36-49	Perempuan	D III Keperawatan	<2 tahun
20-35	Perempuan	D III Keperawatan	<2 tahun
20-35	Laki-laki	D III Keperawatan	<2 tahun
20-35	Perempuan	D III Keperawatan	<2 tahun
36-49	Perempuan	S1 Keperawatan	>2tahun
20-35	Perempuan	D III Keperawatan	<2 tahun
36-49	Laki-laki	D III Keperawatan	<2 tahun
20-35	Laki-laki	S1 Keperawatan	>2 tahun
36-49	Perempuan	S1 Keperawatan	>2tahun
36-49	Laki-laki	S1 Keperawatan	>2tahun

Pelaksanaan Airway	Pelaksanaan Breathing	Pelaksanaan Circulation	Pelaksanaan Disability	Pelaksanaan Exposure
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Tidak Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan

Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan
Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan
Tidak Dilakukan	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Dilakukan	Tidak Dilakukan
Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan	Tidak Dilakukan
Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Dilakukan	Tidak Dilakukan

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Responden Penelitian

Di RSUD Kota Padangsidempuan

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Universitas Aafa Royhan Padangsidempuan Program Studi Keperawatan Program Sarjana

Nama Mahasiswa : Raja Christovel Nababan

NIM : 15010070

Dengan ini menyampaikan bahwa saya akan mengadakan penelitian dengan judul "Gambaran Pelaksanaan *Initial Assessment* Oleh Perawat IGD Pada Pasien Gawat Darurat di RSUD Kota Padangsidempuan Tahun 2019". Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan proses gambaran yang dilakukan melalui kuesioner. Data yang diperoleh hanya digunakan untuk keperluan peneliti. Kerahasiaan data dan identitas saudara tidak akan disebarluaskan.

Saya sangat menghargai kesediaan saudara/i untuk meluangkan waktu menandatangani lembaran persetujuan yang disediakan ini. Atas kesediaan dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

(Raja Christovel Nababan)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Setelah dijelaskan maksud penelitian, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Saudara Raja Christovel Nababan, Mahasiswa Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan yang sedang mengadakan penelitian dengan judul “Gambaran Pelaksanaan *Initial Assessment* Oleh Perawat IGD Pada Pasien Gawat Darurat di RSUD Kota Padangsidimpuan Tahun 2019”.

Demikianlah persetujuan ini Saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padangsidimpuan, Agustus 2019
Responden

(.....)

LEMBAR OBSERVASI

Petunjuk Umum Pengisian

1. Menjawab pertanyaan yang tersedia dengan memberi tanda ceklist (√) pada setiap kolom yang disediakan.
 2. Semua pertanyaan diisi dengan satu jawaban.
-

B. Lembar observasi pelaksanaan tindakan *initial assesment*

Petunjuk pengisian:

Tuliskan tanda ceklist (pada kotak).

Bagian ini menanyakan tentang tindakan perawat dalam pelaksanaan tindakan *initial assesment*. Isilah pernyataan berikut dengan sebenar-benarnya. Berikan Tanda(√) pada kolom Ya (jika Perawat melakukannya),atau Tidak (jika Perawat tidak melakukannya).

No	Item penilaian	ya	Tidak
1	Perawat menjaga <i>airway</i> (saluran penapasan pasien)		
2	Perawat memeriksa apakah ada sumbatan pada jalan napas dengan cara melihat mulut korban		
3	Perawat melakukan observasi terhadap bibir pasien apakah mengalami sianosis		
4	Perawat mendengarkan suara napas pasien,apakah normal atau hilang		
5	Perawat mendekatkatkan pipi dengan mulut pasien, apakah ada hembusan napas pasien dari hidung/ mulut		
6	Perawat mengkaji kemampuan bernapas (<i>breathing</i>)		

7	Perawat observasi apakah ada jejas di dada pasien		
8	Perawat mendengarkan suara napas pasien, apakah normal,menurun,menghilang atau ada suara napas tambahan		
9	Perawat melakukan palpasi pada dada pasien,untuk menghindari udema atau nyeri tekan pada dada		
10	Perawat mengkaji sirkulasi(<i>circulation</i>) darah pasien		
11	Perawat cek atau raba nadi arteri carotis,jika tidak teraba lakukan RJP		
12	Perawat cek luka, apakah ada pendarahan yang banyak terhadap pasien		
13	Perawat kaji tingkat kesadaran pasien dengan melakukan verbal respon,alert serta melihat respon pupil pasien		
14	Perawat kaji kondisi cedera tambahan (<i>exposure</i>)		
15	Perawat melakukan tindakan log roll (nilai bagian belakang) dilakukan secara team,untuk mengetahui adanya cedera fraktur servikal,apabila ada fiksasi kepala dan leher		
16	Perawat mencek kembali jejas luka, perubahan bentuk tulang dari punggung sampai dengan kaki bagian belakang		
17	Perawat menyelemuti pasien untuk mencegah pasien hipotermi		
18	Perawat melakukan tindakan pemasangan kateter pada pasien		
19	Perawat melakukan tindakan pemasangan NGT terhadap pasien untuk mengurangi distensi lambung dan mengurangi kemungkinan muntah		
20	Perawat melakukan observasi heart monitoring terhadap pasien		
21	Perawat melakukan pemeriksaan head to toe dimulai dari kepala sampai dengan kaki		
22	Perawat melakukan pemeriksaan berkelanjutan TTV pada pasien.		

23	Perawat berkolaborasi bersama petugas rontgen dan petugas LAB terhadap pemeriksaan tambahan terhadap pasien.		
----	--	--	--

