

# **MODUL FARMAKOTERAPI IV EMERGENSI DAN KEGAWAT DARURATAN**



Dr.dr. Akrom M.Kes.

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN  
2020**

# **FARMAKOTERAPI KASUS GAWAT DARURAT DAN EMERGENSI**

## **PENGANTAR**

Pengobatan darurat, juga dikenal sebagai pengobatan kecelakaan dan darurat, adalah spesialisasi medis yang berkaitan dengan perawatan penyakit atau cedera yang memerlukan perhatian medis segera. Gawat darurat adalah suatu keadaan yang mana penderita memerlukan pemeriksaan medis segera, apabila tidak dilakukan akan berakibat fatal bagi penderita. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar (DepKes RI, 1992). Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pasien Gawat Darurat yang selanjutnya disebut Pasien adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera.

Pasal 3 “PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 47 TAHUN 2018 TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN” Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. (2) Kriteria kegawatdaruratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi : a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan; b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi; c. adanya penurunan kesadaran; d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau e. memerlukan tindakan segera.

## **PENANGANAN KEGAWATDARURATAN PRAFASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan pertolongan terhadap Pasien yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Penanganan Kegawatdaruratan prafasilitas ini turut berperan penting dalam menentukan keselamatan jiwa maupun menurunkan risiko kecacatan pada Pasien. Waktu tanggap secara umum untuk tindakan penanganan Pasien trauma atau nontrauma dilakukan segera mungkin. Penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan meliputi triase, resusitasi, stabilisasi awal, dan evakuasi. Berpedoman pada respon cepat, penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ada pada Pusat Pelayanan Keselamatan Terpadu/Public Safety Center (PSC) 119 atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat, dan dapat melibatkan masyarakat awam dengan bantuan operator. Selain pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan, dibutuhkan pelayanan ambulans dan sistem komunikasi sebelum dibawa ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan bergantung pada keberadaan dan kemampuan dari: A. Akses dan Komunikasi Pusat komunikasi adalah nomor panggilan kegawatdaruratan 119, yang merupakan komponen paling vital pada penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Pusat komunikasi berperan dalam mengumpulkan informasi dari penelpon dan memberikan bimbingan pertolongan pertama bagi Pasien serta mendistribusikan informasi kepada PSC 119 di daerah dekat kejadian/lokasi kejadian.

Bagi daerah yang belum memiliki nomor panggilan kegawatdaruratan 119 dapat menggunakan saluran komunikasi lainnya. Petugas pusat komunikasi berperan dalam mencarikan Fasilitas Pelayanan Kesehatan terdekat yang sesuai dengan kebutuhan sehingga Pasien dibawa ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tepat. Selain itu Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju dapat mempersiapkan ruangan, peralatan maupun Dokter dan Dokter Gigi serta tenaga kesehatan bagi Pasien.

**B. Pelayanan Kegawatdaruratan di Tempat Kejadian** Dalam rentang kondisi prafasilitas pelayanan kesehatan, kegawatdaruratan dapat terjadi dimana saja dan kapan saja sehingga diperlukan peran serta dan bantuan masyarakat serta tenaga kesehatan dengan ambulans dari PSC 119 maupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan dalam penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

1. Masyarakat awam:
  - a. Menyingkirkan benda-benda yang dapat menimbulkan risiko bertambahnya Pasien.
  - b. Meminta pertolongan kepada orang sekitar, aparat dan petugas keamanan.
  - c. Menghubungi call center 119 atau nomor kegawatdaruratan lain jika belum tersedia PSC 119.
  - d. Melakukan pertolongan yang dapat dilakukan dengan panduan call center 119/petugas.
2. Tenaga kesehatan dari PSC 119 ataupun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

a. **Triase** memilah kondisi Pasien agar mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment).

b. **Stabilisasi/Resusitasi** Resusitasi diperuntukkan bagi Pasien yang mengalami henti jantung ataupun yang mengalami krisis tanda vital (jalan napas, pernapasan, sirkulasi, kejang).

c. **Evakuasi Medik** Evakuasi medik merupakan upaya memindahkan Pasien dari lokasi kejadian ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan oleh Pasien dengan menggunakan ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat disertai dengan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. Apabila tidak terdapat ambulans transportasi atau ambulans Gawat Darurat, evakuasi medik dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain di sekitar lokasi kejadian dengan tetap melakukan upaya menjaga resusitasi dan stabilisasi. Ambulans Gawat Darurat harus memenuhi persyaratan sesuai dengan standar, yang meliputi persyaratan kelayakan jalan kendaraan, kelengkapan peralatan medis, kelengkapan peralatan nonmedis, dan ketenagaan yang meliputi tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan.

## **PENANGANAN KEGAWATDARURATAN INTRAFASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Pelayanan Kegawat daruratan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan di:

1. Ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, atau tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan lain; dan

2. Instalasi Gawat Daurat untuk Rumah Sakit. Tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya Pasien. Kemampuan suatu Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat Pelayanan Kegawatdaruratan. Pasien dari tempat Pelayanan Kegawatdaruratan tersebut

dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di Puskesmas atau Klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di Rumah Sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika dibutuhkan, penderita dapat dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain (penanganan kegawatdaruratan antarfasilitas pelayanan kesehatan). Penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan. Untuk pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan rumah sakit, kategori pelayanan kegawatdaruratan terdiri atas level I, level II, level III, dan level IV. Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memiliki Pelayanan Kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan Kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani Pasien segera mungkin setelah sampai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
5. proses triase untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
6. Membuat alur masuk Pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk Pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, Pasien harus segera dirujuk ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus. Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan prafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasikan dengan Pasien yang terus mengalami perdarahan dan tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas (The Golden periode). Satu jam pertama juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah The Golden Hour. Setiap detik sangat berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup Pasien.

### **PENANGANAN KEGAWATDARURATAN INTRAFASILITAS PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS, KLINIK, DAN TEMPAT**

Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi/Tenaga Kesehatan. Puskesmas rawat inap dan Klinik rawat inap harus memiliki ruang Gawat Darurat sebagai tempat Pelayanan Kegawatdaruratan. Bagi Puskesmas nonrawat inap, Klinik nonrawat inap, dan tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan melaksanakan Pelayanan Kegawatdaruratan di ruang tindakan.

1. PELAYANAN Pelayanan Kegawatdaruratan yang dilaksanakan di Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi meliputi pelayanan triase, survei primer, survei

sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Sedangkan bagi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, pelayanan Kegawatdaruratan meliputi pelayanan triase, survei primer, dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut.

#### a. Triase

1) Adalah proses khusus memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.

2) Prinsip Triase adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan: a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit b) Dapat mati dalam hitungan jam c) Trauma ringan d) Sudah meninggal

3) Prosedur triase:

a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka triase dapat dilakukan di luar ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan.

b). Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara:

(1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien

(2) Menilai kebutuhan medis

(3) Menilai kemungkinan bertahan hidup

(4) Menilai bantuan yang memungkinkan

(5) Memprioritaskan penanganan definitif

c). Mengkategorikan status Pasien menurut kegawatdaruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment). Kategori merah merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). Kategori kuning merupakan prioritas kedua (Pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). Kategori hijau merupakan prioritas ketiga (Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan). Kategori hitam merupakan Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

d) Bagi Puskesmas atau Klinik yang melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan Pasien dalam jumlah banyak, penggunaan Tag Triase (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan.

4) Status Triase ini harus dinilai ulang terus menerus karena kondisi Pasien dapat berubah sewaktu-waktu. Apabila kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriase.

5) Melakukan komunikasi dengan pusat komunikasi (misal PSC 119) dan Rumah Sakit rujukan, bila diperlukan.

#### b. Survei Primer (Resusitasi dan Stabilisasi)

1) Tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (airway), status pernafasan (breathing) dan sirkulasi ke jaringan (circulation) serta status mental Pasien yang diukur Alert Verbal Pain Unresponsive (AVPU).

2) Batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya untuk Pasien yang membutuhkan pelayanan resusitasi adalah segera.

3) Melakukan monitoring dan retriasi terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien.

4) Apabila kondisi Pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder.

5) Bagi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, Pasien harus segera dirujuk setelah melaksanakan survei primer.

#### c. Survei Sekunder

1) Survei sekunder tidak diwajibkan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai. Pada kondisi ini, pasien harus segera dilakukan rujukan sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder.

2) Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat ini.

3) Pemeriksaan fisik, neurologis dan status mental secara menyeluruh (head to toe) dengan menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale).

4) Bagi Puskesmas/Klinik, melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan ketersediaan fasilitas yang dimiliki.

a) Pemeriksaan penunjang yang dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.

b) Pemeriksaan penunjang dilakukan bila kondisi Pasien telah stabil, yaitu: tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan atau tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.

5) Tindakan restraint sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol.

6) Apabila kondisi Pasien memerlukan tindakan definitif namun pada Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur.

#### d. Tata Laksana Definitif

- 1) Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien.
- 2) Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter dan Dokter Gigi yang terlatih.

#### e. Rujukan

- 1) Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di Puskesmas/Klinik/tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan karena keterbatasan sumber daya.
- 2) Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh Pasien.
- 3) Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulans Gawat Darurat atau ambulans transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan. Bagi tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan, penyediaan ambulans dilaksanakan berkoordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan atau PSC 119.

## 2. SUMBER DAYA MANUSIA

Puskesmas dan Klinik harus memiliki: a. Dokter dan Dokter Gigi 1) Dokter/dokter gigi dengan kemampuan untuk melakukan triase, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tatalaksana definitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. 2) Dokter spesialis/dokter gigi spesialis di Klinik utama dengan kemampuan untuk melakukan triase, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tata laksana definitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Dokter dan Dokter Gigi di Puskesmas rawat inap dalam memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan dapat berstatus on call, untuk penanganan kasus kegawatdaruratan di luar jam operasional. b. Perawat Perawat minimal setingkat Diploma 3 yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan. Kompetensi kegawatdaruratan dapat diperoleh dari pendidikan ataupun pelatihan terkait pelayanan kegawatdaruratan. c. Tenaga Kesehatan Lain dan Tenaga Nonkesehatan Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan tingkat kemampuan masing-masing Fasilitas Pelayanan Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

## 3. SARANA, PRASARANA, OBAT, BAHAN MEDIS HABIS PAKAI, DAN ALAT KESEHATAN

Standar sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan mengikuti standar Puskesmas, Klinik, tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Yang harus diperhatikan untuk Ruang Gawat

Darurat diharapkan memenuhi ketentuan sebagai berikut: a. Luas ruang gawat darurat disesuaikan dengan beban kerja dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan. b. Lokasi ruang gawat darurat harus mudah diakses oleh masyarakat yang membutuhkan pelayanan gawat darurat dengan tanda-tanda yang jelas dari dalam dan dari luar fasilitas pelayanan kesehatan.

### **Penanganan Kegawatdaruratan Intrafasilitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit**

Rumah Sakit dapat berfungsi sebagai tempat pelayanan akhir dalam penanganan Pasien sesuai dengan kemampuannya. Oleh karena itu sarana, prasarana, dan sumber daya Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus memadai, sehingga mampu menanggulangi Pasien (“to save life and limb”). IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi Pasien yang datang langsung ke Rumah Sakit)/lanjutan (bagi Pasien rujukan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain ataupun dari PSC 119), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana. Secara garis besar kegiatan di IGD Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari: a. Menyelenggarakan Pelayanan Kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan Pasien. b. Menerima Pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya. c. Merujuk kasus-kasus Gawat Darurat apabila Rumah Sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan/definitif. IGD Rumah Sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam Rumah Sakit. Kriteria umum IGD Rumah Sakit: a. Dokter/Dokter Gigi sebagai Kepala IGD Rumah Sakit disesuaikan dengan kategori penanganan. b. Dokter/Dokter Gigi penanggungjawab Pelayanan Kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit. c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan. d. Semua Dokter, Dokter Gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (Basic Life Support). e. Memiliki program penanggulangan Pasien massal, bencana (Disaster Plan) terhadap kejadian di dalam Rumah Sakit maupun di luar Rumah Sakit. f. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

1. PELAYANAN Penanganan kegawatdaruratan di Rumah Sakit meliputi pelayanan kegawatdaruratan level I, level II, level III, dan level IV. Adapun jenis pelayanan gawat darurat pada level I sampai dengan level IV sebagai berikut:

--

Level I	Level II	Level III	Level IV
<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosis &amp; penanganan: permasalahan pada: A: jalan nafas (airway problem), B: ventilasi pernafasan (breathing problem), dan C: sirkulasi pembuluh darah (circulation problem)</li> <li>2. Melakukan resusitasi dasar, stabilisasi dan evakuasi</li> </ol>	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosis &amp; penanganan: permasalahan pada jalan nafas (airway problem), ventilasi pernafasan (breathing problem) dan sirkulasi</li> <li>2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi</li> <li>3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes.</li> <li>4. Bedah emergensi</li> </ol>	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosa &amp; penanganan permasalahan pada A, B, C, dengan alat yang lebih lengkap termasuk ventilator</li> <li>2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi</li> <li>3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes.</li> <li>4. ROE (Ruang Observasi Emergensi)</li> <li>5. Bedah emergensi</li> </ol>	<p>Memberikan pelayanan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosis &amp; penanganan: permasalahan pada A,B,C dengan alat lengkap termasuk ventilator</li> <li>2. Melakukan resusitasi dasar, Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi</li> <li>3. Observasi ROE (Ruang Observasi Emergensi)</li> <li>4. Bedah emergensi</li> <li>5. Anestesi emergensi</li> </ol>

Rumah Sakit harus dapat melaksanakan pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, Rumah Sakit yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut. a. Triase Setiap Rumah Sakit harus memiliki standar triase yang ditetapkan oleh kepala/direktur Rumah Sakit. 1) Triase merupakan proses khusus memilah Pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan. 2) Triase tidak disertai tindakan/intervensi medis. 3) Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan: a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit b) Dapat mati dalam hitungan jam c) Trauma ringan d) Sudah meninggal 4) Prosedur triase : a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit b) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara: (1) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien (2) Menilai kebutuhan medis (3) Menilai kemungkinan bertahan hidup (4) Menilai bantuan yang memungkinkan (5) Memprioritaskan penanganan definitif c) Namun bila jumlah Pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD Rumah Sakit). d) Pasien dibedakan menurut

kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna: (1) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi) Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. (2) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan) Pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera. (3) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi) Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. (4) Kategori hitam: prioritas nol Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

e) Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, Pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke Rumah Sakit lain. f) Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah Pasien dengan kategori merah selesai ditangani. g) Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka Pasien diperbolehkan untuk dipulangkan. h) Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. 5) Rumah Sakit harus mampu: a) Mengkategorikan status Pasien, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment). b) Menilai ulang terus menerus (status triase karena kondisi Pasien berubah maka dilakukan retriase). c) Menggunakan Tag Triase (pemberian label pada Pasien) karena sangat penting untuk menentukan prioritas pelayanan apabila Rumah Sakit tersebut melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang terdapat Pasien dalam jumlah banyak. b. Survei Primer 1) Survei primer dilakukan dalam waktu cepat untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa pada Pasien. 2) Batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi segera mungkin. c. Resusitasi dan Stabilisasi 1) Tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (airway), status pernafasan (breathing) dan sirkulasi ke jaringan (circulation) serta status mental Pasien yang diukur menggunakan Alert Voice/Verbal Pain Unresponsive (AVPU). 2) Apabila Dokter/Dokter Gigi sedang menangani Pasien dengan kategori kuning tetapi disaat yang bersamaan datang Pasien dengan kategori merah, maka Dokter/Dokter Gigi wajib mendahulukan atau mengutamakan tindakan resusitasi kepada Pasien dengan kategori merah tersebut. 3) Pelayanan resusitasi di ruang resusitasi harus dilakukan secara kerja sama tim dipimpin oleh seorang dokter yang memiliki kompetensi tertinggi untuk melakukan resusitasi sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 4) Melakukan monitoring dan retriase terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi Pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental Pasien (GCS). d. Survei Sekunder 1) Melakukan anamnesa (alloanamnesa/autoanamnesa) untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat kejadian, mekanisme cedera, terpapar zat-zat berbahaya, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat obat yang dikonsumsi. 2) Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (head to toe), neurologis, dan status mental dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). 3) Menginstruksikan agar dilakukan pemeriksaan penunjang saat Pasien sudah berada dalam kondisi stabil. Pasien dikatakan stabil apabila: tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan tidak ada bukti kegagalan fungsi organ. 4) Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil

kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik. 5) Tindakan restraint sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan Pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku Pasien yang tidak terkontrol. e. Tata Laksana Definitif 1) Penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap Pasien. 2) Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan atas hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah Dokter/Dokter Gigi yang terlatih. f. Rujukan 1) Rujukan adalah memindahkan Pasien ke tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana medis serta tenaga ahli yang dibutuhkan untuk memberikan terapi definitif kepada Pasien. 2) Sebelum Pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh Pasien. 3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan pengirim harus mendapat kepastian bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dituju siap menerima dan melayani Pasien yang dirujuk. 4) Proses pengiriman Pasien dilakukan bila kondisi Pasien stabil, menggunakan ambulans yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi.

## 2. SUMBER DAYA MANUSIA

a. Dokter Pelayanan Kegawatdaruratan di Rumah Sakit harus mempunyai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Kompetensi klinis dokter yang bekerja di Pelayanan Kegawatdaruratan disesuaikan dengan kompetensi dokter berdasarkan jenjang pendidikannya. Kewenangan klinis dokter yang bekerja disesuaikan dengan ketentuan Rumah Sakit yang ditetapkan dalam keputusan Direktur/Kepala Rumah Sakit. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi:

1) Dokter terlatih yaitu dokter umum yang memiliki kompetensi untuk melakukan pelayanan kegawatdaruratan. 2) Dokter Spesialis adalah dokter spesialis-subspesialis disiplin ilmu tertentu yang memiliki kompetensi melalui pelatihan kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 3) Dokter Spesialis Kedokteran Emergensi (Emergency Medicine), yaitu dokter yang sudah menjalani program pendidikan dokter spesialis emergensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. b. Perawat Perawat yang bekerja di unit Pelayanan Kegawatdaruratan adalah perawat yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan yang diperoleh melalui pelatihan kegawatdaruratan terstandar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. c. Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan Pelayanan Kegawatdaruratan dan tingkat kemampuan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

d. Kualifikasi tenaga gawat darurat Kualifikasi tenaga gawat darurat di pelayanan gawat darurat level I sampai dengan level IV sebagai berikut:

<b>Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat</b>	<b>Level I</b>	<b>Level II</b>	<b>Level III</b>	<b>Level IV</b>
Dokter	<i>On Site 24 Jam</i>	<i>On Site 24 Jam</i>	<i>On Site 24 Jam</i>	<i>On Site 24 Jam</i>
Dokter Spesialis	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya <i>on call</i> .	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya <i>on call</i> .	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan/atau spesialis lainnya: <i>on site/on call 24 jam</i>	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam, Anestesi: <i>on site 24 jam</i> Dokter spesialis lain ( <i>on call</i> ) Bila tersedia dokter emergensi: <i>on site</i>
<b>Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat</b>	<b>Level I</b>	<b>Level II</b>	<b>Level III</b>	<b>Level IV</b>
Dokter Subspesialis/ Konsultan	-	-	-	<i>Onsite/ On call</i>
Perawat	<i>On Site 24 Jam</i> kecuali layanan tidak 24 jam ( <i>on call</i> )	<i>On Site 24 Jam</i>	<i>On Site 24 Jam</i>	<i>On Site 24 Jam</i>
Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

### 3. SARANA, PRASARANA, OBAT DAN BAHAN MEDIS HABIS PAKAI, DAN ALAT KESEHATAN

Ketentuan sarana, prasarana, dan alat kesehatan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, sedangkan untuk obat, bahan medis habis pakai, dan prasarana ambulans yang harus disediakan di setiap level pelayanan gawat darurat sebagaimana tercantum dalam tabel sebagai berikut:

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
<b>A. RUANG TINDAKAN</b>						
<b>1. Kategori Merah/P1</b>						
<b>OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI</b>						
	Cairan Infus Koloid	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan.
	Cairan Infus Kristaloid	+	+	+	+	
	Cairan Infus Dextrose	+	+	+	+	
	Adrenalin	+	+	+	+	
	Sulpat Atropin	+	+	+	+	
	Kortikosteroid	+	+	+	+	
	Lidokain	+	+	+	+	
	Dextrose 50%	+	+	+	+	
	Aminophilin	+	+	+	+	
	Pethidin	+	+	+	+	
	Morfin	+	+	+	+	
	Anti Convulsion	+	+	+	+	
	Dopamin	+	+	+	+	
	Dobutamin	+	+	+	+	
	ATS, TT	+	+	+	+	
	Trombolitik	+	+	+	+	
	Amiodaron (Inotropik)	+	+	+	+	
	APD: Masker, Sarung Tangan	+	+	+	+	
	Mannitol	+	+	+	+	
<b>2. Kategori Kuning/P2</b>						
<b>OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI</b>						
	Furosmide	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	Stesolid	+	+	+	+	
	Mikro Drips Set	+	+	+	+	
	Intra Osseus Set	+	+	+	+	
	Analgetik	+	+	+	+	Selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus di resepkan.
	Antiseptik	+	+	+	+	
	Cairan Kristaloid	+	+	+	+	
	Lidokain	+	+	+	+	
	Wound Dressing	+	+	+	+	
	Alat- alat Anti Septic	+	+	+	+	
	ATS	+	+	+	+	
	Anti Bisa Ular	+	+	+	+	
	Anti Rabies	+	+	+	+	
	Benang Jarum	+	+	+	+	
	analgetik	+	+	+	+	
	anti emetik	+	+	+	+	
	antibiotik	+	+	+	+	
	diuretic	+	+	+	+	
<b>3. Kategori Hijau</b>						
<b>OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI</b>						
	Lidokain	+	+	+	+	dapat diresepkan

No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
	Aminophilin/ β 2 Blokker	+	+	+	+	melalui apotik RS jika tidak tersedia di IGD
	ATS	+	+	+	+	
	APD: Masker	+	+	+	+	
	APD: Sarung Tangan	+	+	+	+	
	analgetik	+	+	+	+	
	anti emetik	+	+	+	+	
	antibiotik	+	+	+	+	
	diuretik	+	+	+	+	
<b>4. Ruang Tindakan Kebidanan</b>						
<b>OBAT- OBATAN DAN ALAT HABIS PAKAI</b>						
	Uterotonika	+	+	+	+	Tersedia dalam jumlah yang cukup
	Prostaglandin	+	+	+	+	
	Set Laparoscopy	-	-	Min. 1	Min. 1	
	Endoscopy Surgery	-	-	Min. 1	Min. 1	
	Laryngoscope		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	BVM		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	Defibrilator		Min. 1	Min. 1	Min. 1	
	Film Viewer	-	Min. 1	Min. 1	Min. 1	
<b>B</b>	<b>RUANG KOMUNIKASI KEGAWATDARURATAN</b>					
	1. Alat Komunikasi Internal dan eksternal disesuaikan dengan kebutuhan 2. Peralatan pendukung disesuaikan dengan kebutuhan					
No	Kelas/ Ruang	Level I	Level II	Level III	Level IV	Keterangan
<b>C</b>	<b>AMBULANS</b>					
	Jenis Ambulans	Mobil ambulans transportasi+/- Dapat bekerjasama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain yang terdekat	Mobil ambulans transportasi atau mobil ambulans Gawat Darurat	Mobil Ambulans transportasi dan mobil ambulans Gawat Darurat	Mobil transportasi dan mobil ambulans Gawat Darurat	

## TUJUAN BELAJAR

Tujuan belajar modul FT kanker dan emergensi adalah:

1. Dapat menjelaskan definisi, karakteristik dan konsep dasar kegawat daruratan/emergensi
2. Dapat menjelaskan etiologi dan factor risiko kejadian atau kasus emergensi luka terbuka dengan fraktur, asma serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan hebat, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan.
3. Dapat menjelaskan mekanisme pathogenesis dari factor risiko/etiologi hingga menjadi luka terbuka dengan fraktur, asma serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan hebat, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan. 4. Dapat menjelaskan manifestasi klinik (subjektif dan objektif, termasuk interpretasi data lab) pada kanker dan mekanisme patofisiologis kanker
5. Dapat menjelaskan farmakologi (indikasi, kontraindikasi, efek samping, dosis pemberian dan administrasi) obat-obat luka terbuka dengan fraktur, asma serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan.
6. Dapat menjelaskan standar terapai, evidence based clinical practice dan tatakelola untuk penderita luka terbuka dengan fraktur, asma dalam serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan.
7. Dapat menjelaskan tata cara penatalaksanaan farmakoterapi dan pemberian (administrasi) obat-obat yang digunakan pada luka terbuka dengan fraktur, asma serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan hebat, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan. sesuai kasus.
8. Dapat menjelaskan tatacara KIE penggunaan obat-obat luka terbuka dengan fraktur, asma serangan berat, keluhan nyeri dada, perdarahan, diare dengan dehidrasi berat, demam dengan kejang dan strok dalam perkembangan. pada pasien dan keluarga pasien sesuai kasus.

Bahan belajar

1. Text book farmakoterapi
2. Textbook fisiologi dan patofisiologi
3. Text farmasi klinik
4. [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

## LEMBAR KERJA

Petunjuk :

1. Pilihlah salah satu kasus sesuai dengan urutan presensi, tolong penanggung jawab mata kuliah mengurutkan kasus dan mendistribusikan kasus kepada seluruh anggota kelas sesuai dengan urutan no presensi. Tugas bersifat individual.
2. Ada 6 bagian isian yang harus dikerjakan sesuai dengan permintaan.
3. Penentuan skor nilai hasil pengerjaan didasarkan pada kelengkapan jawaban yang benar dan waktu pengumpulan. Waktu pengumpulan terakhir tanggal 8-4-2020 jam 24.00 BBWI

Daftar isian

1.IDENTIFIKASI MASALAH KLINIK AKTUAL DAN POTENSIAL BERDASARKAN MANIFESTASI KLINIK OBJEKTIF DAN SUBJEKTIF

A.TOLONG DIIDENTIFIKASI MANIFESTASI KLINIK OBJEKTIF DAN SUBJEKTIF

B.IDENTIFIKASI MASALAH KLINIK AKTUAL DAN POTENSIAL DISERTAI KRITERIANYA

MANIFESTASI KLINIK OBJEKTIF	MANIFESTASI KLINIK SUBJEKTIF
<p>MASALAH KLINIK AKTUAL 1.MASALAH KLINIK: KRITERIA:</p>	<p>MASALAH KLINIK POTENSIAL 1.MASALAH KLINIK:..... KRITERIA</p>

2.MASALAH KLINIK: KRITERIA...	

2.IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO ATAU ETIOLOGI MASALAH KLINIK DAN MENENTUKAN PATOGENESIS MASALAH KLINIK

NO	FAKTOR RISIKO/ETIOLOGI MASALAH KLINIK	MEKANISME PATOGENESIS DARI FR/ETIOLOGI MENJADI MASALAH KLINIK

3.TOLONG DIJELASKAN MEKANISME PATOFISIOLOGI SESUAI MASALAH KLINIS SEHINGGA SUDARA MAMPU MEMAHAMI MENGAPA MASALAH KLINIS TERSEBUT MEMILIKI MANIFESTASI KLINIK TERSEBUT DISERTAI SUMBER RUJUKANNYA

NO	MASALAH KLINIS DAN PENJELASAN MEKANISME PATOFISIOLOGI
1	MASALAH KLINIS 1

2	MASALAH KLINIS 2

3	MASALAH KLINIS 3

4. SEBUTKAN DAFTAR OBAT UNTUK MENGATASI MASALAH KLINIK TSB SESUAI INDIKASI DARI SETIAP MASALAH KLINIK, TOLONG DIBUKA MONOGRAF OBAT TSB,.

NO	MASALAH KLINIK DAN INDIKASI PENGGUNAAN OBAT	
1	MASALAH KLINIK :  INDIKASI PENGGUNAAN OBAT 1:  INDIKASI PENGGUNAAN OBAT 2:  INDIKASI PENGGUNAAN OBAT 3	
2	MASALAH KLINIK : INDIKASI PENGGUNAAN OBAT 1  DST	

5. JELASKAN MEKANISME FARMAKODINAMIK DAN FARMAKOKINETIK MASING-MASING OBAT YANG DIGUNAKAN SESUAI DENGAN INDIKASI

NO	OBAT DAN INDIKASI	MEKANISME FARMAKODINAMIK

6. TOLONG DIJABARKAN TARGET TERAPI DAN MONITORING EFEK TERAPI DAN EFEK SAMPING SERTA ADMINISTRASI MASING-MASING OBAT YANG DIGUNAKAN UTK MENGATASI MASALAH KLINIK TS

NO	MASALAH KLINK-INDKASI-OBAT	TARGET TERAPI- MONITORING EFEK TERAPI DAN EFEK SAMPING	ADMINISTRASI: CARA PEMBERIAN DAN DOSIS
1			
2			
3			

7.TOLONG DIJELASKAN

### Kasus gadar Nyeri dada

1.Kasus nyeri dada 1	Seorang perempuan NY berusia 45 <sup>th</sup> datang ke UGD mengeluh nyeri dada. Nyeri dada terasa pada dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke lengan dan disertai rasa mual. Nyeri dada pertama kali dirasakan 2 jam sebelum di UGD. Pemeriksaan EKG di UGD ditemukan gambaran ST-elevasi. Tekanan darah ketika di UGD: 160/105 mmHg. Riwayat pengobatan: Aspirin jika nyeri gigi, metformin, captopril dan simvastatin. Riwayat penyakit: sakit gigi, hipertensi , DM dan dislipidemi Kebiasaan : sering konsumsi soft drink
2Kasus nyeri dada 2	Seorang laki-laki berusia 50 <sup>th</sup> datang ke UGD mengeluh nyeri dada. Nyeri dada terasa pada dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke lengan dan disertai rasa mual. Rasa nyeri pertama kali dirasakan 10 jam sebelum di UGD. Pemeriksaan EKG di UGD ditemukan gambaran ST-depresi. Tekanan darah ketika di UGD: 90/55 mmHg, nadi :110 x/menit Riwayat pengobatan: metformin, captopril dan simvastatin. Riwayat penyakit: hipertensi , DM dan dislipidemi Kebiasaan : merokok 3 bungkus/hari
3.Kasus nyeri dada 3	Seorang perempuan NY berusia 55 <sup>th</sup> datang ke UGD mengeluh nyeri dada. Nyeri dada terasa pada dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke lengan dan disertai rasa mual. Nyeri dada pertama kali dirasakan 6 jam sebelum di UGD. Pemeriksaan EKG di UGD ditemukan gambaran ST-elevasi. Tekanan darah ketika di UGD: 96/60 mmHg. Riwayat pengobatan: metformin, captopril dan simvastatin. Riwayat penyakit: hipertensi, DM dan dislipidemi Kebiasaan : sering konsumsi soft drink dan merokok 2 bungkus/hari
Kasus nyeri dada 4	Seorang Bp berusia 55 <sup>th</sup> datang ke UGD mengeluh nyeri dada. Nyeri dada terasa pada dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke lengan dan disertai rasa mual. Nyeri dada pertama kali dirasakan 6 jam sebelum di UGD. Pemeriksaan EKG di UGD ditemukan gambaran atrial fibrilasis dengan nadi cepat dan lemah >150x/menit. Tekanan darah ketika di UGD: 95/65 mmHg. Riwayat pengobatan: metformin, captopril dan simvastatin. Riwayat penyakit: hipertensi, DM dan dislipidemi Kebiasaan : sering konsumsi soft drink dan merokok 2 bungkus/hari
Kasus 5	Seorang Tn berusia 55 <sup>th</sup> datang ke UGD mengeluh nyeri dada. Nyeri dada terasa pada dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke lengan dan disertai rasa mual serta seperti sesak nafas. Nyeri dada pertama kali dirasakan 16 jam sebelum di UGD yaitu ketika sedang mengerjakan tugas kantor. Pemeriksaan EKG di UGD tidak ditemukan gambaran fibrilasis ventrikel. Tekanan darah ketika di UGD: 96/60 mmHg. Riwayat pengobatan: metformin, captopril dan simvastatin. Riwayat penyakit: hipertensi, DM dan dislipidemi Kebiasaan : sering konsumsi soft drink dan merokok 2 bungkus/hari

Kasus gadar diare dengan dehidrasi

<p>Diare 1</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 40<sup>th</sup> datang ke UGD dengan keluhan lemah, lemas, dan rasa haus setelah mengalami diare 2 hari. Diare dirasakan sehari yang lalu, BAB perhari &gt;10x disertai mual dan muntah. Pasien sebelum diare mengkonsumsi jajanan dari pasar, kemudian timbul rasa mual dan muntah dilanjutkan diare. Saat di UGD tampak lemah, mulut kering, ujung tangan dan kaki dingin, wajah pucat, vital sign pasien adalah suhu 38,7C nadi: 120x/menitl, TD 85/50 mmHg. BB=51 kg, BB sebelum sakit 60 Kg. Riwayat pengobatan: captopril dan alergi parasetamol Riwayat penyakit: hipertensi Kebiasaan : sering konsumsi soft drink</p>
<p>Diare 2</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 30th datang ke UGD dengan keluhan lemah, lemas, dan rasa haus setelah mengalami diare 2 hari. Diare dirasakan sehari yang lalu, BAB perhari &gt;10x disertai mual dan muntah berkali-kali. BAB cair berbusa seperti cucian beras. Pasien sebelum diare mengkonsumsi dawet di pinggir jalan. Anak putrinya yang berumur 10 tahun yang turut jajan waktu itu saat ini juga mengalami sakit yang sama. Saat di UGD tampak lemah, dan mulut kering, vital sign pasien adalah suhu 37,7C nadi: 110x/menitl, TD 95/60 mmHg. BB=48 kg, BB sebelum sakit 55 Kg. Riwayat pengobatan: parasetamol dan antasida Riwayat penyakit: nyeri kepala dan magh Kebiasaan : makan rujak</p>
<p>Diare 3</p>	<p>An 10th datang ke UGD dengan keluhan lemah, lemas, dan rasa haus setelah mengalami diare 2 hari. Diare dirasakan sehari yang lalu, BAB perhari &gt;15x disertai mual dan muntah berkali-kali. BAB cair berbusa seperti cucian beras. Pasien sebelum diare mengkonsumsi dawet di pinggir jalan. Saat di UGD tampak lemah, mulut kering, pucat dengan vital sign pasien adalah suhu 38C nadi: 110x/menitl, TD 95/60 mmHg. BB=28 kg, BB sebelum sakit 37 Kg. Riwayat pengobatan: parasetamol jika demam Riwayat penyakit: demam Kebiasaan : sering konsumsi makanan instan</p>
<p>Diare 4</p>	<p>Seorang pasien laki-laki usia 2 tahun, BB 18 kg. Dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan diare. Diare sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu dengan frekuensi 10x/hari. Tinja cair dan tidak berlendir. Pasien juga demam, suhu 38 C, TD:90/55 mmHg, nadi=110x/menit . Tampak lemas, pucat dan mulut kering, tidak nafsu makan. Diketahui 3 hari yang lalu bepergian ke Gembira loka dan jajan snack/ makanan di tempat wisata. BB sebelum diare 22kg. Oleh dokter didiagnosa Diare non spesifik disertai dehidrasi.</p>
<p>Diare 5</p>	<p>Seorang pasien laki-laki usia 11 tahun, BB 30 kg. Dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan diare. Diare sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu dengan frekuensi 12x/hari. Tinja cair dan berlendir, nyeri perut dan mual. Pasien juga demam, suhu 38 C, TD 80/50 mmHg, nadi 120x/menit. Tampak lemas, pucat dan mulut kering, tidak nafsu makan. Diketahui 3 hari yang lalu bepergian ke Gembira loka dan membeli pecel di tempat wisata. BB sebelum diare 38 kg. Oleh dokter didiagnosa Diare amuba basiler disertai dehidrasi.</p>

### Kasus Gadar dengan kejang

<p>Kasus kejang 1 Pada epilepsi</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 45<sup>th</sup> datang ke UGD oleh karena sering mengalami kejang. Kaku terjadi pada seluruh bagian tubuh, mulut mengunci dan tidak sadar. Pasien memiliki riwayat epilepsy. BB 65 Kg, TD 150/100 mmHg, nadi suhu 38 C. Pasien didiagnosis serangan epilepsy Riwayat pengobatan: obat antiepilepsi Riwayat penyakit: epilepsi Kebiasaan : -</p>
<p>Kasus kejang 2 pada infeksi tetanus</p>	<p>Seorang laki-laki Tn X berusia 45<sup>th</sup> datang ke poli penyakit dalam mengeluh tidak bias menelan, kaku leher dan demam dengan luka kotor pada kaki kanan. Sebelum dibawa ke UGD pasien mengalami kejang. Saat di UGD pasien sadar dengan kesulitan menelan dan leher kaku, TD 90/55 mmHg, nadi= 110 x/menit, temperature 38,5 C. Pasien mengalami luka saat disawah menginjak paku atau kaca. Pasien tidak ada riwayat suntikan antitetanus. Pasien didiagnosis luka dengan infeksi tetanus.</p>
<p>Kasus Kejang 3 pada stroke perdarahan</p>	<p>Seorang pasien laki-laki berusia 35<sup>th</sup> (sudah menikah) dibawa ke UGD dengan keluhan kejang, kaku kuduk dan tidak sadar setelah jatuh di kamar mandi saat BAB. Pasien diperkirakan jatuh di KM 1 jam sebelum di UGD. Pasien memiliki riwayat hipertensi dengan tidak patuh minum obat antihipertensi. Pasien merokok 3-4 bungkus /hari sejak kelas 2 SMA. Hasil CT scan menunjukkan bahwa pasien mengalami perdarahan intracerebral. Oleh dokter UGD didiagnosis kejang ok strok perdarahan intracerebral. Hasil penilaian GCS: 8. Pemeriksaan vital sign di UGD: TD =225/180 mmHg, nadi:105x/menit; RR:32x/menit, t:38.5 C</p>
<p>4.Kasus kejang – tidak sadar pada serangan stroke iskemia</p>	<p>Seorang pasien laki-laki berusia 55<sup>th</sup> (sudah menikah) dibawa ke UGD dengan keluhan kejang dan tidak sadar. Pasien ditemukan lemah, kesulitan menggerakkan kaki dan tangan kanan dan kesulitan diajak bicara pada jam 04.00, setengah jam kemudian pasien mengalami kejang dan tidak sadar kemudian dibawa ke UGD. Sampai di UGD jam 05.30. Pasien memiliki riwayat DM, hipertensi dan dislipidemi dan tidak patuh minum obat. Pasien merokok 3 bungkus /hari sejak kelas 3 SMP. Hasil CT scan menunjukkan bahwa pasien mengalami strok iskemia. Oleh dokter UGD didiagnosis kejang dan penurunan kesadaran pd serangan strok iskemia. Hasil penilaian GCS: 7, TD:220/195 mmHg, nadi 100 x/menit, RR:28x/menit, t:38 C.</p>
<p>5.kasus kejang demam</p>	<p>Seorang anak laki-laki usia 4 tahun, BB 34kg. Dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan kejang demam. Serangan kejang pertama berlangsung ½ s.d. 1 menit kira-kira 4 jam sebelum di UGD. Serangan kejang kedua terjadi ½ jam sebelum di UGD. Penderita menderita demam tinggi sudah 3 hari. Suhu tubuh penderita 39.5 C. Pasien tampak pucat kebiruan, lemas. Dua tahun sebelumnya penderita juga mengalami keluhan yang sama dan dirawat dirumah sakit selama 6 hari.</p>

Kasus gadar syok, perdarahan dan luka terbuka

<p>1. Syok perdarahan dan luka terbuka</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 45<sup>th</sup> dibawa ke UGD oleh karena mengalami luka terbuka, perdarahan dan patah tulang akibat KLL. Luka terbuka pada paha kanan dengan tulang paha fraktur menonjol menembus kulit. KLL terjadi 2 jam sebelum di UGD. Pada sesaat setelah KLL pasien masih sadar dan dapat berkomunikasi. 1 jam setelah KLL pasien mengeluh lemas, pucat dan sulit diajak komunikasi. Kondisi saat di UGD pasien tidak sadar, tampak pucat, ujung tangan dan kaki dingin dan pucat. TD:60/40 mmHg, nadi 110/menit, respirasi:34x/menit, t:38 C. pasien didiagnosis syok akibat perdarahan, luka terbuka dan fraktur tulang femur dexter komplit.</p>
<p>2. Kasus syok fraktur tulang tertutup</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 45<sup>th</sup> dibawa ke UGD oleh karena mengeluh kesakitan apabila menggerakkan kaki kanan. Pasien mengalami patah tulang tertutup akibat KLL. Luka tertutup pada paha kanan dengan tulang paha fraktur. KLL terjadi 2 jam sebelum di UGD. Pada sesaat setelah KLL pasien masih sadar dan dapat berkomunikasi. 1 jam setelah KLL pasien mengeluh lemas, pucat dan sulit diajak komunikasi. Kondisi saat di UGD pasien tidak sadar, tampak pucat, ujung tangan dan kaki dingin dan pucat. TD:80/50 mmHg, nadi 110/menit, respirasi:32x/menit, t:38 C. pasien didiagnosis syok akibat perdarahan, dan fraktur tulang femur komplit tertutup.</p>
<p>3. Kasus syok</p>	<p>Seorang perempuan NY berusia 65<sup>th</sup> dibawa ke UGD oleh karena mengeluh lemah, sulit diajak bicara, ujung tangan kaki dan kanan dingin serta tampak pucat. Pasien adalah penderita DM tipe 2 sejak 20 tahun yang lalu. Pasien sering lupa minum obat dan kesulitan melakukan diet glukosa. Kondisi saat di UGD pasien tidak sadar, tampak pucat, ujung tangan dan kaki dingin dan pucat. TD:80/50 mmHg, nadi 110/menit, respirasi:32x/menit, t:37 C. GDS: 400 mg/dl. Pasien didiagnosis syok hiperglikemia.</p>
<p>4. Kasus syok pada DHF</p>	<p>Seorang pasien laki-laki usia 2 tahun, BB 21kg. Dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan lemas dan tidak sadar. Empat hari sebelum masuk UGD, pasien mulai demam tiba-tiba tinggi tanpa batuk dan pilek. Pasien tinggal di daerah endemic DHF. Pasien dibawa ke puskesmas dan diberikan parasetamol. Pasien selama dirawat dirumah masih sering mengalami demam tinggi dengan mual dan nyeri lambung. Ketika di UGD Pasien demam, suhu 38 C. Tampak lemas, pucat dan mulut kering. Data lab: Angka Trombosit: 19.000 /dl, rumpelet test positif, pemeriksaan paru:udema pulmo. TD:55/40 mmHg, nadi:110x/menit, sesak nafas RR :34x/menit. Pasien juga mengalami perdarahan pada gusi. Pasien didiagnosis sindroma Dengue Hemoragic Fever</p>
<p>5. syok sepsis pd pneumonia</p>	<p>Seorang pasien laki-laki usia 4 tahun, BB 34kg. Dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan lemah dan pucat dan sesak nafas. Pasien mengalami demam hari ke-5 dengan batuk berdahak dan sesak nafas. Waktu diperiksa di Puskesmas dikatakan sakit lspa. Sudah diobat dengan obat dari puskesmas tetapi batuk berdahaknya belum berkurang dan semakin bertambah sesak nafas. Sejak semalam pasien mengalami demam tinggi, tampak pucat dan sesak nafas hebat. Hasil pemeriksaan di UGD, TD:55/40 mmHg, nadi:110x/menit, suhu tubuh:39C, RR: 70x/menit, tampak pucat dan lemah. Hasil foto ro didapatkan gambaran infiltrate pada paru kanan atas dan Tb milier pada sebagian besar paru. Pasien didiagnosis syok sepsis pada pneumonia karena TBC milier.</p>