

PENUNTUN SKILLS LAB

BLOK ELEKTIF

TOPIK 1.A.MANAJEMEN BENCANA ALAM



FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ANDALAS

PADANG 2012

PENDAHULUAN

Puji syukur kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa kami ucapkan karena telah berhasil menyelesaikan pembuatan penuntun *skills lab* Blok Elektif (Blok 21) ini. Adapun kegiatan *skills lab* pada blok Elektif terdiri dari :

1. Resusitasi Jantung Paru/RJP (*CPR/Cardio Pulmonary Resucitation*): Pertolongan pertama
2. Manajemen Bencana

Ketiga materi di atas perlu diberikan kepada mahasiswa sehingga secara umum mereka mempunyai pengetahuan tentang Alat Perlindungan Perorangan (APP) dan mampu mengenakan alat tersebut, kemudian mahasiswa juga mampu melakukan penatalaksanaan RJP. Sedangkan pada kegiatan Manajemen bencana, mahasiswa akan dilatih sehingga mereka mampu melakukan manajemen bencana di lapangan.

Penuntun *skills lab* ini disusun untuk memudahkan mahasiswa dan instruktur dalam melakukan kegiatan *skills lab* pada blok ini. Namun diharapkan juga mereka dapat menggali lebih banyak pengetahuan dan ketrampilan melalui referensi yang direkomendasikan. Semoga penuntun ini akan memberikan manfaat bagi mahasiswa dan instruktur *skills lab* yang terlibat.

Kritik dan saran untuk perbaikan penuntun ini sangat kami harapkan. Akhirnya kepada pihak yang telah membantu dalam penyusunan dan pengadaan penuntun ini, kami ucapkan terima kasih.

Tim Penyusun

RESUSITASI JANTUNG PARU / RJP
(CPR / *Cardio Pulmonary Resuscitation*) : Pertolongan Pertama

I. Pendahuluan

RJP adalah teknik penyelamatan hidup yang bermanfaat pada banyak kedaruratan, seperti serangan jantung, tenggelam, dimana pernafasan dan denyut jantung seseorang berhenti. Ketika jantung berhenti, tiadanya darah teroksigenasi dalam beberapa menit dapat menyebabkan kerusakan otak yang tidak dapat diperbaiki. Kematian terjadi dalam 8 - 10 menit. Perhitungan terhadap waktu adalah penting saat menolong pasien tidak sadar yang tidak bernafas.

Jumlah Pertemuan : Satu kali latihan, ujian kelas.

Tempat Latihan : Kelas

II. Tujuan Pembelajaran

Tujuan umum :

Mahasiswa dapat melakukan penatalaksanaan RJP.

Tujuan khusus :

1. Mahasiswa dapat mengetahui indikasi RJP.
2. Mahasiswa mengetahui cara memeriksa dan mengatasi kegawatan A-B-C.

III. Pra-syarat

1. Mahasiswa harus mempelajari minimal RJP dasar pada dewasa, anak dan bayi.
2. Telah mengikuti Blok Kardiovaskuler

IV. Dasar Teori

PERHATIAN : DILARANG-KERAS MELAKUKAN KOMPRESI DADA PADA ORANG SEHAT KARENA BISA BERAKIBAT FATAL. Praktikum ini hanya untuk melatih prosedur operasional tindakan RJP.

RESUSITASI JANTUNG PARU (RJP) : Pertolongan pertama

Idealnya, RJP terdiri dari dua komponen : **kompresi dada** dikombinasi dengan **pernafasan bantuan mulut kemulut.**

SEBELUM MULAI

Nilai pasien sebelum mulai RJP :

Apakah pasien sadar atau tidak? Apakah pasien bernafas? Apakah nadi karotis teraba?

1. Bila pasien tidak sadar, tepuk atau goyang bahunya dan berkata keras : “Bagaimana keadaan anda ?”
2. Bila pasien tidak respons dan ada dua orang, seorang menelepon nomor emergensi dan seorang mulai RJP. Bila anda sendiri dan bisa segera menelepon (Aktifkan SPGDT), , lakukan sebelum mulai RJP, kecuali anda berpendapat bahwa pasien menjadi tidak sadar karena tidak dapat bernafas atau tidak dapat udara (seperti pada tenggelam). Pada kasus khusus ini, mulai RJP satu menit dan baru menelepon. Perhatikan perbedaan pada RJP bayi dan anak. (Ket. : Di Indonesia Call for help sering diartikan memanggil orang sekitar sebagai saksi atau pembantu).
3. Bila AED (*Automatic External Defibrillator*) tersedia, berikan satu *shock* bila dianjurkan oleh mesin, lalu mulai RJP.

INGAT ABC

Pikirkan ABC : *Airway, Breathing and Cirulation*, untuk mengingat urutan yang akan dibahas di bawah. Kerjakan cepat Jalan Nafas dan Pernafasan untuk memulai kompresi dada dalam usaha memperbaiki Sirkulasi.

AIRWAY : Bersihkan jalan nafas

1. Letakkan pasien pada punggungnya di permukaan rata.
2. Berlutut antara leher dan bahu pasien.
3. Buka jalan nafas dengan menekuk kepala, manuver angkat dagu. Letakkan telapak anda pada dahi pasien dan dengan mantap tekuk kepala kebelakang. Kemudian tangan lain, dengan mantap angkat dagu ke depan untuk membuka jalan nafas.
4. Periksa pernafasan normal, ambil waktu sekitar 5-10 detik: Lihat gerakan dada, dengar bunyi nafas, dan rasakan nafas pasien pada pipi dan telinga anda. Nafas cepat lewat mulut tidak dianggap akan menjadi pernafasan normal. Bila pasien tidak bernafas, mulai pernafasan mulut ke mulut.

BREATHING : Pernafasan untuk pasien tidak bernafas

Pernafasan pertolongan dapat dilakukan dari mulut ke mulut atau mulut ke hidung bila mulut cedera berat atau tidak dapat dibuka.

1. Dengan jalan nafas terbuka (gunakan tekukan kepala, manuver angkat dagu) pencet hidung untuk menutup lubang hidung untuk pernafasan mulut ke mulut dan tutup mulut pasien dengan mulut anda, hingga tertutup rapat.
2. Siapkan untuk pemberian dua nafas bantuan. Berikan nafas pertama, berakhir dalam sedetik, sambil dilihat apakah dada bergerak naik. Bila naik, berikan pernafasan kedua. Bila dada tidak naik, ulangi tekukan kepala, manuver angkat dagu dan berikan nafas kedua.
3. Mulai kompresi dada untuk memulihkan sirkulasi bila indikasi.

Ket : RJP tanpa disertai Pernafasan Buatan pada henti nafas dan jantung belum menjadi standard.

CIRCULATION : Pulihkan sirkulasi darah dengan kompresi dada bila nadi negatif

1. Letakkan telapak satu tangan di atas pertengahan dada pasien, antara puting atau dua jari kranial sudut kosta. Letakkan tangan lain di atas tangan pertama. Posisikan siku lurus dan posisikan bahu tepat di posisi segaris di atas posisi tangan.
2. Gunakan berat badan atas anda (tidak hanya tenaga lengan anda) saat anda menekan lurus ke bawah (kompresi) pada dada sejauh 2 inci (sekitar 5 cm). Tekan dengan kuat dan cepat, beri dua kompresi per detik, atau sekitar 120 kompresi per menit.
3. Setelah 30 kompresi, tekuk kepala ke belakang dan angkat dagu untuk membuka jalan nafas. Siapkan memberi dua nafas bantuan. Pencet lubang hidung dan berikan nafas pada mulut selama sedetik. Bila dada terangkat, beri nafas bantu kedua. Bila dada tidak terangkat, ulangi menekuk kepala, lakukan manuver angkat dagu dan berikan nafas bantu kedua. Ini adalah satu siklus. Bila ada orang lain, perintahkan orang tersebut memberikan dua nafas setelah anda melakukan 30 kompresi.
4. Bila pasien tidak bergerak setelah 5 siklus (sekitar 2 menit) dan AED tersedia dan anda sudah pelatihan, gunakan dan ikuti perintahnya. AHA menganjurkan pemberian 1 shock, nilai RJP, mulai dengan kompresi dada, untuk 2 menit sebelum memberikan shok kedua. Gunakan pad pediatrik pada usia 1-8 tahun. Jangan gunakan AED pada bayi. Bila AED / petugas terlatih tidak tersedia, lanjut ke-5.

5. Lanjutkan RJP hingga ada tanda-tanda pergerakan atau hingga petugas emergensi medik mengambil alih

RJP pada anak

Untuk usia 1-8 tahun, prinsip serupa dengan dewasa. Perbedaannya :

1. Bila anda sendiri, lakukan 5 siklus kompresi dan nafas, sekitar 2 menit, sebelum menelepon petugas emergensi atau menggunakan AED.
2. Gunakan hanya satu tangan untuk melakukan kompresi jantung.
3. Pemberian nafas lebih hati-hati.
4. Perbandingan kompresi dan nafas seperti dewasa, 30 : 2. Ini satu siklus. Setelah memberi nafas, segera mulai siklus berikut.
5. Setelah 5 siklus (sekitar 2 menit) RJP, bila tidak ada respon dan tersedia AED, gunakan sesuai perintah mesin. Gunakan pada pediatrik bila ada. Bila tidak ada, gunakan pada dewasa. Lanjutkan hingga anak bergerak atau pertolongan tiba.

RJP pada bayi

Kebanyakan henti jantung pada bayi karena kehabisan oksigen, seperti pada tenggelam atau tercekik. Bila diketahui adanya obstruksi jalan nafas, lakukan pertolongan pertama untuk tercekik. Bila anda tidak tahu kenapa bayi tidak bernafas, lakukan RJP.

Untuk memulai, nilai situasi. Tepuk bayi dan lihat responnya, seperti gerakan, namun jangan guncang sang bayi.

Bila tidak ada respon, ikuti prosedur ABC di bawah dan kapan minta bantuan adalah sebagai berikut :

1. Bila anda sendiri dan dibutuhkan RJP, lakukan RJP selama 2 menit, sekitar 5 siklus, sebelum menelepon nomor emergensi.
2. Bila ada penolong lain, suruh dia menelepon ketika anda menolong bayi.

AIRWAY : Bersihkan jalan nafas

1. Letakkan bayi pada punggungnya pada alas yang rata dan mantap, seperti meja. Lantai atau tanah boleh juga.
2. Hati-hati tekuk kepala ke belakang dengan mengangkat dagu dengan satu tangan dan dorong kening ke bawah dengan tangan lainnya.

3. Dengan tidak lebih dari 10 detik, letakkan telinga anda dekat mulut bayi dan periksa adanya nafas : Lihat adanya gerak dada, dengar adanya bunyi nafas, dan rasakan adanya nafas pada pipi dan telinga anda.
4. Bila bayi tidak bernafas, mulai pernafasan mulut ke mulut segera.

BREATHING : Berikan nafas pada bayi bila tidak bernafas spontan

1. Tutup mulut dan hidung bayi dengan mulut anda.
2. Siapkan pemberian 2 nafas bantu. Gunakan kekuatan pipi anda untuk memberikan tiupan udara (bukan nafas dalam dari paru-paru anda) untuk memberikan nafas pada mulut bayi secara perlahan pada tiap kalinya, sekitar satu detik untuk memberi nafas setiap kalinya. Perhatikan apakah dada terangkat. Bila ya, beri nafas bantu kedua. Bila dada tidak terangkat, ulangi tekukan kepala, manuver angkat dagu dan beri nafas kedua.
3. Bila dada tetap tidak terangkat, periksa mulut untuk memastikan tidak ada benda asing disana. Bila ada benda asing, sapu keluar dengan jari anda. Bila jalan nafas tampaknya tersumbat, lakukan tindakan pertama bayi tercekik.
4. Mulai kompresi dada untuk memperbaiki sirkulasi.

CIRCULATION : Perbaiki sirkulasi darah bila nadi karotis tidak teraba

1. Bayangkan garis horizontal antara puting bayi. Letakkan 2 jari dari satu tangan tepat di bawah garis tersebut, pada pertengahan dada.
2. Dengan mantap kompres dada sekitar sepertiga hingga setengah kedalaman dada.
3. Hitung keras-keras ketika anda memompa dalam kecepatan irama sesuai. Anda harus memompa sebanyak 100-120 kali permenit.
4. Beri 2 nafas setelah tiap 30 kompresi.
5. Lakukan RJP sekitar 2 menit sebelum memanggil bantuan kecuali seseorang dapat menelepon saat anda menolong bayi.
6. Lanjutkan RJP hingga anda melihat tanda kehidupan atau hingga profesional menggantikan anda bila anda kurang yakin akan kemampuan anda.

V. Prosedur Kerja

Menjelaskan:

1. Alur Tindakan RJP pada dewasa.
2. Perbedaan RJP anak dibanding dewasa.
3. RJP bayi.

MANAJEMEN BENCANA

I. Pendahuluan

Penilaian awal korban cedera kritis akibat cedera multipel merupakan tugas yang menantang dan tiap menit bisa berarti hidup atau mati. Sistem Pelayanan Tanggap Darurat ditujukan untuk mencegah kematian dini (*early*) karena trauma yang bisa terjadi dalam beberapa menit hingga beberapa jam sejak cedera (kematian segera karena trauma, *immediate*, terjadi saat trauma. Perawatan kritis, intensif, ditujukan untuk menghambat kematian kemudian, *late*, karena trauma yang terjadi dalam beberapa hari hingga beberapa minggu setelah trauma).

Kematian dini diakibatkan gagalnya oksigenasi adekuat pada organ vital (ventilasi tidak adekuat, gangguan oksigenisasi, gangguan sirkulasi, dan perfusi *end-organ* tidak memadai), cedera SSP masif (mengakibatkan ventilasi yang tidak adekuat dan / atau rusaknya pusat regulasi batang otak), atau keduanya. Cedera penyebab kematian dini mempunyai pola yang dapat diprediksi (mekanisme cedera, usia, sex, bentuk tubuh, atau kondisi lingkungan). Tujuan penilaian awal adalah untuk menstabilkan pasien, mengidentifikasi cedera / kelainan pengancam jiwa dan untuk memulai tindakan sesuai, serta untuk mengatur kecepatan dan efisiensi tindakan definitif atau transfer ke fasilitas sesuai.

Indonesia adalah super market bencana. Semua petugas medis bisa terlibat dalam pengelolaan bencana. Semua petugas wajib melaksanakan Sistem Komando Bencana dan berpegang pada SPGDT-S/B Nasional pada semua keadaan gawat darurat medis baik dalam keadaan bencana atau sehari-hari. Semua petugas harus waspada dan memiliki pengetahuan sempurna dalam peran khusus dan pertanggung-jawabannya dalam usaha penyelamatan pasien.

Jumlah Pertemuan : Satu kali latihan, ujian kelas, ujian lapangan.

Tempat Latihan : Kelas dan Lapangan

II. Tujuan Pembelajaran:

TUJUAN

Umum :

Memahami Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal.

Khusus :

1. Memahami Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
2. Memahami Penyelenggaraan pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
3. Memahami Penyelenggaraan kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
4. Memahami Penyelenggaraan kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
5. Memahami Penyelenggaraan kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.

KEBIJAKAN

1. Setiap korban bencana dengan masalah kesehatan akan mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal. (Termasuk kesehatan Reproduksi dan Jiwa).
2. Mengurangi risiko terjadinya penularan penyakit melalui upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit dengan peningkatan surveilans epidemiologi. (Termasuk vaksinasi dan Masalah Umum Kesehatan dipengungsian serta manajemen kasus).
3. Memberikan pelayanan pangan dan gizi dalam jumlah dan jenis yang cukup untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan keadaan gizi yang terdiri dari :
 - a. Penanggulangan masalah gizi pengungsi melalui orientasi dan pelatihan secara profesional oleh tenaga lapangan.
 - b. Menyelenggarakan intervensi gizi dilaksanakan berdasarkan tingkat kedaruratan dengan memperhatikan prevalensi, keadaan penyakit, ketersediaan sumberdaya

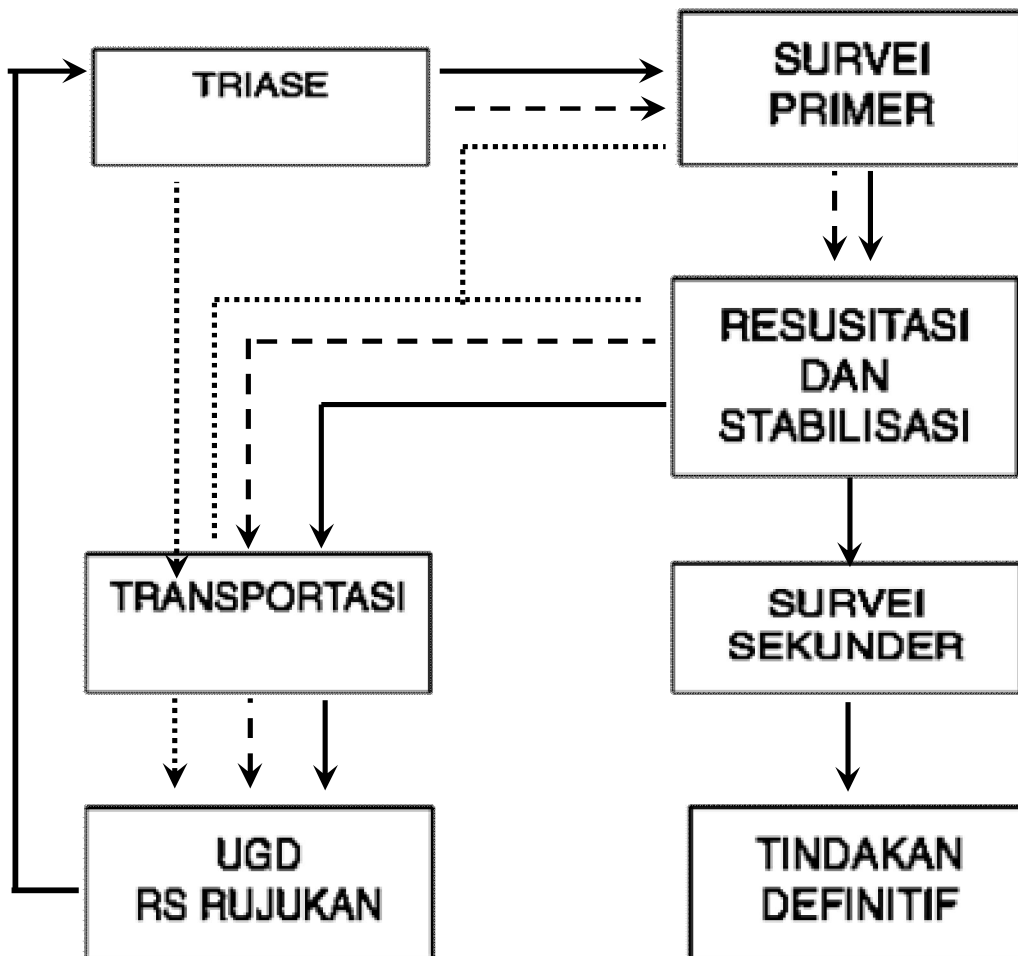
- (tenaga, dana dan sarana). kebijakan yang ada, kondisi penampungan serta latar belakang sosial budaya.
- c. Melakukan surveilans gizi untuk memantau perkembangan jumlah pengungsi, keadaan status gizi dan kesehatan.
 - d. Meningkatkan koordinasi lintas program, lintas sector, LSM, dan ormas dalam penanggulangan masalah gizi pada setiap tahap, dengan melibatkan tenaga ahli dibidang : gizi, sanitasi, evaluasi dan monitoring (surveilans) serta logistik.
 - e. Pemberdayaan pengungsi dibidang pemenuhan kebutuhan pangan dilakukan sejak awal pengungsian.
 - f. Jika pengungsian bertempat tinggal di pemukiman penduduk, maka untuk penanganannya perlu dikoordinasikan dengan pelayanan kesehatan setempat.
4. Mengurangi risiko terjadinya penularan penyakit melalui media lingkungan akibat terbatasnya sarana kesehatan lingkungan yang ada ditempat pengungsian, melalui pengawasan dan perbaikan kualitas Kesehatan Lingkungan dan kecukupan air bersih.
 5. Memberikan bantuan teknis dalam upaya pemenuhan papan/penampungan dan sandang yang memenuhi syarat kesehatan.

III. Pra-syarat

Mahasiswa harus mempelajari minimal Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Depkes RI

IV. Dasar Teori

ALUR PENDERITA GAWAT DARURAT



Gambat 4. Skema Alur Penderita Gawat Darurat

Pra Rumah Sakit / Lapangan :

- Sistem Mettag - - - - ->
- Sister START>
- Umumnya kedua sistem digunakan sesuai kesiapan

Dalam Rumah Sakit atau Antar Rumah Sakit : - UGD ———>

TUGAS KOMANDAN LAPANGAN

1. Menunjuk petugas RHA (*Rapid Health Assessment*). Adalah petugas yang menilai keadaan secara cepat dengan mengumpulkan data medis, epidemiologis dan kesling, menganalisisnya serta menyimpulkannya. Gunanya untuk mengajukan permintaan jumlah dan jenis bantuan keinstansi terkait.
2. Menunjuk petugas pelaksana kegiatan di lapangan dengan lokasi kerja masing-masing :
 - i. Komando / komunikasi / logistik: biasanya pada satu lokasi
 - ii. Ekstrikasi
 - iii. Triase
 - iv. Tindakan
 - v. Transportasi

TUGAS PETUGAS TRIASE

Memilah pasien sesuai beratnya kelainan sesuai prioritas yang harus lebih dahulu ditolong atau ditransfer dengan memberi label berwarna hingga memudahkan tugas pertolongan selanjutnya. Ada beberapa cara triase. Terbanyak dan paling sederhana adalah :

TUGAS PETUGAS TINDAKAN

Pilih pasien berlabel merah. Lakukan Survei Primer sekaligus Resusitasi diikuti Stabilisasi. Bisa dilakukan diambulans bila ambulans dengan sarana dan paramedik gawat darurat tersedia (sistem Mettag).

Survei Primer (ABCDE) dan resusitasi :

1. Periksa jalan nafas sambil menjaga tulang leher. Ikuti prosedur *head tilt* dan *chin lift* (atau *jaw thrust*) manouvre. Bila perlu bersihkan mulut dengan *swapping* atau pemasangan pipa oro atau nasofaring, intubasi atau trakheostomi sesuai indikasi.
2. Periksa pernafasan. Berikan oksigen. Lakukan pernafasan buatan mulut kemulut atau dengan masker *bag to valve* sesuai indikasi dan sarana yang ada. Bila terlatih, lakukan tindakan invasif bila diindikasikan.
3. Periksa sirkulasi dan atasi perdarahan. Berikan cairan NaCl fis. atau RL, atasi shok, bila perlu lakukan kompresi dada bila ada indikasi. Lakukan balut tekan dan pembidaian bila ada indikasi. Bila terlatih, lakukan *AED* bila diindikasikan.
4. Periksa disabilitas : GCS, pupil, motorik. Berikan mannitol 20%, hiperventilasi atau *spine board* bila diindikasikan.
5. Periksa cepat seluruh tubuh dengan tetap mencegah hipotermia. Bidai dll. bila perlu.

Setelah pasien stabil, perintahkan koordinator transportasi/ambulans mengurus pasien selanjutnya. Setelah semua pasien berlabel merah teratasi, baru menindak pasien berlabel kuning. Koordinator logistik dan komunikasi menunjang kelancaran kerja.

PERHATIAN:

DILARANG-KERAS MELAKUKAN KOMPRESI DADA PADA ORANG SEHAT KARENA BISA BERAKIBAT FATAL !!!

Praktikum ini hanya untuk melatih prosedur operasional tindakan.

V. Prosedur Kerja : di Kelas dan di Lapangan

1. Menjelaskan Alur Tindakan pada penderita gawat darurat.
2. Menjelaskan tugas Komandan Lapangan.
3. Menjelaskan tugas Petugas Triase.
4. Menjelaskan tugas Petugas Tindakan.
5. Di lapangan : Simulasi bencana, Triase, RJP, EKG, Intubasi, Immobilisasi, Transfer pasien, Komunikasi.

SIMULASI PENATALAKSANAAN KORBAN BENCANA DI LAPANGAN

1. Tim SAR telah melakukan ekstrikasi dan membebaskan korban dari reruntuhan serta mengumpulkannya di daerah aman yang sudah ditentukan yang disebut Area Koleksi.
2. Petugas yang pertama datang bertanggung jawab melakukan triase korban dengan sistem RPM (berdasarkan Respirasi, Perfusi dan Mental) dan mengelompokkan serta memasang label pada korban berdasar warna, yaitu merah (korban cedera berat yang perlu tindakan dan atau transport segera), kuning (korban yang dipastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat), hijau (korban dengan cedera minor yang tidak membutuhkan stabilisasi segera), dan hitam (korban tewas atau cedera fatal). Ket. : Pada simulasi ini korban dengan kategori **Hijau sudah disingkirkan**.
3. Petugas yang datang berikutnya melakukan resusitasi dan stabilisasi ABCDE dan mengatur transfer korban dimulai dengan korban kelompok merah ke rumah sakit yang sesuai dengan kebutuhan kondisi korban (Bisa ke Rumah Sakit Pusat Rujukan atau bisa saja Rumah Sakit tipe C atau RS lapangan). Korban yang “sehat” bisa diminta bantuannya untuk tugas-tugas yang sifatnya membantu petugas medis.
4. Ambulans di *pool* di area yang sudah ditentukan yang dekat dengan area koleksi korban hingga bila ambulans tidak bisa menghampiri korban, tidak terlalu jauh untuk mengusung korban. Urut-urutan keberangkatan ambulans serta korban yang akan dibawa serta tujuannya diatur oleh koordinator ambulans.
5. Petugas komunikasi yang bertugas di Pusat Komando mengirim berita ke Rumah Sakit tujuan yang berisi identitas, kondisi, tindakan yang sudah dilakukan, data-data lain terkait serta jumlah korban yang akan dikirim bersama korban.
6. Rumah Sakit penerima melakukan persiapan sesuai dengan kebutuhan berdasar data yang diterima melalui radio.
7. Jenazah diurus oleh petugas PMI atau dinas sosial.

**LEMBAR PENILAIAN SKILLS LAB BLOK 4.3 ELEKTIF
TOPIK 1A. SIMULASI BENCANA**

NAMA MAHASISWA :
NO BP :
KELOMPOK :

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR			
		0	1	2	3
1	Periksa kelengkapan dan persiapan sarana.				
2	Perlindungan diri dan lingkungan.				
3	Tugas sebagai first responder : Menentukan area kerja sesuai fungsi dan menentukan petugas terkait.				
4	Tata cara triase cepat (Cara RPM).				
5	Tata cara survei primer				
6	Resusitasi dan stabilisasi sederhana				
8	Tata cara dan sarat melakukan transfer pasien				
9	Menjelaskan Alur Tindakan pada penderita gawat darurat.				
10	Tata cara merujuk pasien ke rumah-sakit				

NILAI TOTAL = $\frac{\text{TOTAL SKOR}}{30} \times 100 = \dots\dots\dots$

Padang,2012

Instruktur

Keterangan

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
- 1 = Dilakukan dengan banyak perbaikan
- 2 = Dilakukan dengan sedikit perbaikan
- 3 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

**LEMBAR PENILAIAN SKILLS LAB BLOK 4.3 ELEKTIF
TOPIK 1A. RESUSITASI JANTUNG-PARU**

NAMA MAHASISWA :
NO BP :
KELOMPOK :

NO	ASPEK YANG DINILAI	SKOR			
		0	1	2	3
1	Menilai pasien sebelum memulai RJP.				
2	Perlindungan diri dan lingkungan.				
3	Tahu kapan memanggil pertolongan.				
4	Tahu cara meletakkan pasien.				
5	Tahu cara membebaskan jalan nafas				
6	Tahu cara dan indikasi memberikan nafas buatan				
8	Tahu cara dan indikasi kompresi dada.				
9	Tahu perbedaan tatacara RJP pada anak.				
10	Tahu perbedaan tatacara RJP pada bayi.				

NILAI TOTAL = $\frac{\text{TOTAL SKOR}}{30} \times 100 = \dots\dots\dots$

Padang,2012

Instruktur

Keterangan

- 0 = Tidak dilakukan sama sekali
- 1 = Dilakukan dengan banyak perbaikan
- 2 = Dilakukan dengan sedikit perbaikan
- 3 = Dilakukan dengan sempurna

(.....)

REFERENSI yang disarankan :

1. Ikatan dokter Anak Indonesia . Flu Burung : Gambaran umum, deteksi dan penanganan awal. IDAI. 2005
2. Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI. Pedoman Penatalaksanaan Flu Burung di Sarana Pelayanan Kesehatan. Depkes Ri . 2008
3. Departemen Komuikasi dan Informatika I. Flu Burung : Ancaman dan Pencegahan. Jakarta . 2006
4. Departemen Kesehatan Indonesia . Pedoman Penanggulangan Flu Burung pada Manusia. 2004.
5. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/
6. Seri PPGD. Penanggulangan Penderita Gawat Darurat / General Emergency Life Support (GELS). Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Cetakan Ketiga. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I. 2006
7. Penanggulangan Kegawatdaruratan sehari-hari & bencana. Departemen Kesehatan R.I. Jakarta : Departemen Kesehatan, 2006.
8. Tanggap Darurat Bencana (Safe Community). Departemen Kesehatan R.I. Jakarta : Departemen Kesehatan, 2006.
9. Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan. Tahun 2002.
10. Advanced Trauma Life Support. Course for Physicians 6th. edition. American College of Surgeons, 55 East Erie Street, Chicago, IL 60611-2797.
11. Multiple Casualty Insidents. Available at <http://www.vgernet.net/bkand/state/multiple.html>.
12. Ontario First Aid Services. Getting started CPR. Available at <http://www.ontariofirst-aid.com>.
13. Airport Emergency Plan Document. PT (Persero) Angkasa Pura II, 2005.
14. START. Simple Triage and Rapid Treatment. Critical Illness and Trauma Fondation, Inc. Available at <http://www.citmtorg/start>.

JADWAL KEGIATAN KETERAMPILAN LABORATORIUM (SKILLS LAB)

PBL BLOK 4.3 (ELEKTIF) MINGGU I - II

TOPIK : MANAJEMEN BENCANA

TAHUN AJARAN 2012/2013

MINGGU KE -I

Hari/Tanggal : Senin, 26 November 2012

JAM	GRUP	KLP	KEGIATAN	INSTRUKTUR	TEMPAT
14.00-16.00	A		Latihan		
		1	Rjp &	dr. M Fadil, Sp.JP	C.5 (Gedung A,B,C,D)
		2	Manajemen	dr. Eka Fithra Elfi	C.6 (Gedung A,B,C,D)
		3	Bencana	dr. Sukri Rahman, Sp.THT-KL	D.1 (Gedung A,B,C,D)
		4		dr. Ade Asyari	D.2 (Gedung A,B,C,D)

Hari/Tanggal : Selasa, 27 November 2012

JAM	GRUP	KLP	KEGIATAN	INSTRUKTUR	TEMPAT
14.00-16.00	B		Latihan		
		5	Rjp &	dr. Al Hafiz	C.5 (Gedung A,B,C,D)
		6	Manajemen	dr. Dolly Irfandy	C.6 (Gedung A,B,C,D)
		7	Bencana	dr. Hardisman, MHID	D.1 (Gedung A,B,C,D)
		8		dr. Rudy Permadi S Sp.An	D.2 (Gedung A,B,C,D)

Hari/Tanggal : Rabu, 28 November 2012

JAM	GRUP	KLP	KEGIATAN	INSTRUKTUR	TEMPAT
14.00-16.00	C		Latihan		
		9	Rjp &	dr. Nasman Puar, Sp.An	C.5 (Gedung A,B,C,D)
		10	Manajemen	dr. Boy Suzuky, Sp.An	C.6 (Gedung A,B,C,D)
		11	Bencana	dr. Yulinda Abdullah, Sp.An	D.1 (Gedung A,B,C,D)
		12		dr. Emilzon Taslim, Sp.An	D.2 (Gedung A,B,C,D)

Hari/Tanggal : Kamis, 29 November 2012

JAM	GRUP	KLP	KEGIATAN	INSTRUKTUR	TEMPAT
14.00-16.00	D		Latihan		
		13	Rjp &	dr. Yose Wizano, Sp.An.KAKV	C.5 (Gedung A,B,C,D)
		14	Manajemen	dr. Etriyel MYH, Sp.U	C.6 (Gedung A,B,C,D)
		15	Bencana	dr. Yevri Zilfiqar, Sp.B, Sp.U	D.1 (Gedung A,B,C,D)
		16		dr. Raflis Rustam, Sp.B(K) BV	D.2 (Gedung A,B,C,D)