

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kegawatdaruratan

a. Definisi Penanganan Kegawatdaruratan

Gawat artinya mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Hutabarat & Putra, 2016).

Penanganan kegawatdaruratan adalah perawatan individu dari segala usia dengan perubahan kesehatan fisik atau emosional yang dirasakan secara aktual yang tidak terdiagnosis atau memerlukan intervensi lebih lanjut.

Asuhan pada pasien dengan kegawatdaruratan bersifat episodik, primer, biasanya akut, dan terjadi dalam berbagai keadaan. Tenaga medis di instalasi gawat darurat merawat semua usia dan populasi di berbagai spektrum penyakit dan pencegahan cedera lebih lanjut, penyelamatan nyawa, dan tindakan pencegahan kecacatan. Praktik penanganan kegawatdaruratan membutuhkan perpaduan unik antara asesmen umum dan khusus, intervensi, dan keterampilan manajemen. Perilaku profesional yang melekat dalam praktik penanganan kegawatdaruratan memerlukan perolehan dan penerapan pengetahuan dan keterampilan

khusus, akuntabilitas dan tanggung jawab, komunikasi, otonomi, dan hubungan kolaboratif dengan orang lain (Howard & Steinmann, 2010).

b. Standar Pelayanan Kegawatdaruratan

Menurut Kepmenkes RI No 856 Tahun 2009, setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan sebagai berikut.

- 1) Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat.
- 2) Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).
- 3) Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- 4) Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- 5) Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- 6) Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- 7) Organisasi Instalasi Gawat Darurat (IGD) didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana, yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.

- 8) Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi berikut.

Tabel 2. Klasifikasi Jenis Pelayanan di IGD

Level IV	Level III	Level II	Level I
Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:
1. Diagnosis & penanganan: Permasalahan pd A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator	1. Diagnosis & penanganan: Permasalahan pada A, B, C dgn alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator	1. Diagnosis & penanganan: Permasalahan pada A: Jalan nafas (<i>airway problem</i>), B: Pernafasan (<i>Breathing problem</i>) dan C: Sirkulasi pembuluh darah (<i>Circulation problem</i>)	1. Diagnosis & penanganan permasalahan pada A: Jalan nafas (<i>airway problem</i>), B: Pernafasan (<i>Breathing problem</i>) dan C: Sirkulasi pembuluh darah (<i>Circulation problem</i>)
2. Penilaian disability, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi	2. Penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi	2. Penilaian <i>Disability</i> , penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU)	2. Melakukan Stabilisasi dan evakuasi
3. Observasi HCU/ R.Resusitasi- ICU	3. Observasi HCU/ R.Resusitasi		
4. Bedah <i>cito</i> .	4. Bedah <i>cito</i> .	3. Bedah <i>cito</i> .	

Adapun ketentuan pelayanan di IGD Rumah Sakit sesuai tingkatan klasifikasi pelayanan di atas antara lain terdiri dari:

- a) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
 - b) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.
 - c) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C.
 - d) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.
- c. Kualifikasi Tenaga Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat
- 1) 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 (KMK No 856 Tahun 2009).

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Pelayanan Kegawatdaruratan meliputi:

- a) Dokter terlatih yaitu dokter umum yang memiliki kompetensi untuk melakukan pelayanan kegawatdaruratan.
- b) Dokter Spesialis adalah dokter spesialis-subspesialis disiplin ilmu tertentu yang memiliki kompetensi melalui pelatihan kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c) Dokter Spesialis Kedokteran Emergensi (*Emergency Medicine*), yaitu dokter yang sudah menjalani program pendidikan dokter spesialis emergensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2) 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 (KMK No 856 Tahun 2009).

3) Tenaga Kesehatan Lain dan Tenaga Non Kesehatan

Kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan Pelayanan Kegawatdaruratan dan tingkat kemampuan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (KMK No 856 Tahun 2009).

Tabel 3. Kualifikasi Tenaga Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat

Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat	Level IV	Level III	Level II	Level I
Dokter Subspesialis	Semua jenis on call	-	-	-
Dokter Spesialis	4 Besar + Anastesi on site. (dr spesialis lain on call)	Bedah,Obsgin, Anak, Penyakit Dalam on site (dokter spesialis lain on call)	Bedah,Obgyn, Anak, Penyakit Dalam on call.	-
Dokter PPDS	On site 24 jam	On site 24 jam (RS Pendidikan)	-	-
Dokter Umum (+pelatihan kegawat daruratan) GELS, ATLS, ACLS, dll	On site 24 jam	On site 24 jam	On site 24 jam	On site 24 jam
PerawatPerawat (+Pelatihan Emergency Nursing)	On site 24 jam	On site 24 jam	On site 24 jam	On site 24 jam
Tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

2. Triase

a. Definisi Triase

Triase adalah metode yang memprioritaskan perawatan pasien sesuai dengan jenis penyakit atau cedera dan urgensi kondisi pasien. Triase digunakan untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan sesuai dengan kebutuhannya pada waktu yang tepat (Tscheschlog & Jauch, 2015).

Triase adalah suatu cara untuk menseleksi atau memilah korban berdasarkan tingkat kegawatan. Menseleksi dan memilah korban tersebut bertujuan untuk mempercepat dalam memberikan pertolongan terutama pada para korban yang dalam kondisi kritis atau emergensi sehingga nyawa korban dapat diselamatkan (Tyas, 2016).

Triase yaitu menentukan urgensi perawatan yang biasa terjadi dilakukan di ruang gawat darurat. Proses utamanya adalah: penilaian cepat; mengidentifikasi masalah yang mengancam jiwa atau anggota tubuh; memulai investigasi; memberikan analgesia; dan mengontrol aliran pasien (Crouch *et al.*, 2017).

Kesimpulannya, triase adalah sebuah proses seleksi pasien gawat darurat untuk mempercepat dan memastikan agar pasien dengan kegawatdaruratan bisa memperoleh penanganan yang cepat dan tepat.

b. Sistem Triase

Banyak orang dengan kondisi tidak mendesak datang ke IGD karena pada saat tertentu IGD menjadi satu-satunya sumber perawatan medis mereka. Karena adanya kunjungan kasus tidak mendesak ini, maka diperlukan cara untuk mengidentifikasi dan mengobati dengan cepat pasien dengan kondisi yang lebih serius. Perawat triase harus dapat dengan cepat menilai sifat dan urgensi masalah banyak pasien dan memprioritaskan perawatan mereka berdasarkan penilaian itu (PMK No 47 Tahun 2018).

Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat 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 (Crouch *et al.*, 2017).

Emergency Nursing Associations (ENA) telah menetapkan pedoman untuk triase berdasarkan sistem lima tingkat antara lain sebagai berikut.

- 1) Tingkat I: Resusitasi

Tingkat ini mencakup pasien yang membutuhkan perawatan dan perhatian medis segera, seperti orang dengan henti jantung paru, trauma mayor, gangguan pernapasan parah, dan kejang.

- 2) Tingkat II: Emergent

Pasien-pasien ini membutuhkan penilaian dan pengobatan cepat. Pasien yang mungkin akan dinilai sebagai tingkat II termasuk mereka dengan cedera kepala, nyeri dada, stroke, asma, dan cedera pelecehan seksual.

- 3) Tingkat III: Mendesak

Pasien-pasien ini membutuhkan perhatian cepat tetapi dapat menunggu selama 30 menit untuk dilakukan penilaian dan

pengobatan. Pasien tersebut mungkin melapor ke UGD dengan tanda infeksi, ringan gangguan pernapasan, atau nyeri sedang.

4) Level IV: Kurang mendesak

Pasien dalam kategori triase ini bisa tunggu hingga 1 jam untuk penilaian dan pengobatan; mereka mungkin termasuk orang-orang dengan sakit telinga, sakit punggung kronis, pernapasan bagian atas gejala, dan sakit kepala ringan.

5) Level V: Non-urgent

Pasien ini dapat menunggu hingga 2 jam (mungkin lebih lama) untuk penilaian dan pengobatan; mereka dengan sakit tenggorokan, kram menstruasi, dan gejala minor lainnya adalah biasanya diinklusi ke level V (Buettner, 2010).

Di Indonesia sendiri khususnya pada pelayanan di Instalasi Gawat Darurat, pasien dibedakan menurut tingkat kegawatdaruratannya dengan empat warna, antara lain:

- 1) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi), pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. 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.
- 2) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan), pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera. 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.

- 3) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.
- 4) Kategori hitam: prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah (PMK No 47 Tahun 2018).

3. *Response time*

a. Definisi *Response time*

Response time adalah waktu yang dibutuhkan sejak itu pasien tiba di IGD sampai proses triase selesai kemudian pasien dapat bertemu dan diperiksa oleh dokter (Oktaviani *et al.* 2017).

Response time juga dapat berarti waktu emas terhadap kehidupan seorang pasien dimana dalam banyak kasus menggambarkan semakin cepat mendapatkan pertolongan definitif maka kemungkinan kesembuhan dan keberlangsungan hidup seseorang akan semakin besar, sebaliknya kegagalan *response time* di IGD dapat diamati dari yang berakibat fatal berupa kematian atau cacat permanen dengan kasus kegawatan organ vital pada pasien sampai hari rawat di ruang perawatan

yang panjang setelah pertolongan di IGD sehingga berakibat ketidakpuasan pasien dan complain sampai dengan biaya perawatan yang tinggi (Rahmanto, 2014).

Standar *response time* di Indonesia diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dimana disebutkan bahwa pasien gawat darurat harus terlayani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di gawat darurat. Standar ini juga ditekankan kembali dalam Indikator Wajib 12 Indikator Terpilih Kemenkes sesuai dengan Surat Dirjen Yankes Nomor HK.02.03/I/2642/2016 dimana *Emergency Response time* < 5 menit juga turut menjadi salah satu indikator yang diperhitungkan dalam pengembangan mutu rumah sakit (Akhun, 2020).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Response time*

1) Rasio antara Petugas dan Pasien

Kepadatan adalah ketika permintaan untuk layanan melebihi kapasitas IGD untuk memberikan keperawatan berkualitas dalam kerangka waktu yang tepat. Pelayanan cepat dan tepat yang semula diharapkan dapat diberikan di IGD menjadi terhambat dengan kondisi pasien yang penuh sesak di IGD. Hal ini akhirnya dapat menyebabkan beberapa akibat antara lain menyebabkan kesalahan dan keterlambatan dalam terapi, ketidakpuasan pasien, kehilangan kontrol pada staf, banyaknya pasien yang meninggalkan IGD tanpa di periksa,

waktu pelayanan pasien di IGD menjadi panjang, dan lamanya waktu tunggu pasien untuk pindah ke bangsal (Singer *et al.*, 2013).

Ketersediaan dan kebersinambungan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tidak hanya memperhitungkan ketersediaan sarana saja namun perlu juga memperhitungkan aspek ketenagakerjaan dalam bidang kesehatan dalam hal pelaksana dan penggerak pelayanan. Salah satu syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah tersedianya tenaga pelaksana dalam jumlah yang cukup. Aspek kekurangan tenaga merupakan salah satu masalah yang seringkali dihadapi oleh sarana pelayanan kesehatan terutama rumah sakit sebagai akibat dari kebijakan *zero growth* sehingga mereka yang telah pensiun sulit untuk digantikan. Dampak dari kekurangan tenaga ini mengakibatkan beban kerja menjadi bertambah sehingga pada akhirnya mutu pelayanan yang diberikan jadi menurun (Kusumaningrum, 2019).

Menurut Depkes (2005), modal pendekatan yang dapat digunakan dalam penghitungan tenaga keperawatan di rumah sakit memperhatikan unit kerja yang ada pada rumah sakit. Penetapan didasarkan klasifikasi pasien dengan cara penghitungan adalah:

- a) Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan kasus
- b) Rata-rata pasien/hari
- c) Jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien
- d) Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari

e) Jam kerja efektif setiap perawat 7 jam/hari

Dirumuskan sebagai berikut:

- Tenaga keperawatan rawat inap :

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan / ruangan / hari}}{\text{Jam kerja efektif / shift}}$$

- Tenaga keperawatan rawat jalan

$$\frac{\text{Jumlah jam perawatan efektif x rata-rata jumlah pasien setiap hari}}{\text{Jam kerja efektif / shift}}$$

Perhitungan tenaga tersebut perlu ditambah (faktor koreksi) yang terdiri dari:

- *Loss day* (Hari libur/cuti/ hari besar):

$$\frac{\text{Jumlah hari minggu/ th + cuti + hari besar x keb.tenaga}}{\text{Jumlah hari kerja efektif/th}}$$

- *Non nursing job*

Jumlah tenaga keperawatan yang mengerjakan tugas-tugas non keperawatan seperti contohnya membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat makan pasien, dll. Diperkirakan 25 % dari jumlah jam pelayanan ke

$$(\text{kebutuhan tenaga} + \text{loss day}) \times 25\%$$

Faktor koreksi:

$$\text{Loss day} + \text{Non nursing job}$$

Jadi jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan:

$$\text{Tenaga yang diperlukan} + \text{faktor koreksi}$$

2) Kesiagaan petugas

Faktor lain yaitu kehadiran petugas, terutama perawat dan dokter. Pentingnya kehadiran petugas di meja triage dapat mempercepat *response time* yang diberikan karena petugas yang dapat menstabilkan kondisi pasien adalah dokter dan perawat, maka perawat dan dokter harus berjaga di triage.

Ketidaksiapan petugas dapat terjadi karena perawat mempunyai banyak tugas yang harus diselesaikan pada waktu yang sama, hal ini berkesinambungan dengan beban kerja yang dimiliki oleh perawat. Perawat di IGD mempunyai beban kerja yang lebih daripada perawat pada ruang perawatan lain. Beban kerja dapat mempengaruhi *response time* yang diberikan oleh perawat karena meningkatnya beban kerja yang dimiliki oleh perawat di waktu yang sama, tugas yang bertumpuk sehingga menyebabkan perawat tidak dapat memberikan penanganan maksimal (Ardiyani *et al.*, 2015).

3) Status klinis pasien

Kondisi pasien menjadi faktor yang dominan karena perawat lebih memprioritaskan pada kondisi pasien yang berat daripada kondisi pasien yang ringan. Kondisi pasien mempengaruhi *response time* karena jika pasien yang termasuk kondisi yang berat atau biasa disebut dengan prioritas 1, maka pasien tersebut akan cepat ditangani karena pasien tersebut memerlukan tindakan segera, jika dalam beberapa menit saja tidak diberikan. Menyebabkan terjadinya

kecacatan lebih lanjut bahkan kematian, maka dari itu perawat mempunyai kesadaran kalau pasien yang di prioritas 1 harus segera diberikan *response time* segera dibanding dengan tingkat kondisi gawat darurat lainnya.

Menurut penelitian Apriani & Febriani (2017), kondisi gawat darurat mempengaruhi *response time* perawat dapat meningkatkan kecepatan tindakan dan ketepatan pertolongan yang diberikan untuk pasien yang sesuai standar.

4) Ketersediaan sarana dan prasarana

Sarana merupakan suatu alat yang digunakan untuk mencapai sesuatu, sedangkan prasarana adalah sebagai suatu penunjang utama seperti usaha, pembangunan dan proyek. Sarana prasarana di ruang darurat terdiri dari alat bantu yang disebut *stretcher* yang digunakan untuk memindahkan pasien (Karakaro *et al.*, 2019).

Sarana prasarana atau fasilitas tidak hanya terdiri dari alat bantu *stretcher*, tetapi ada alat lain yang dapat membantu perawat dalam memberikan penanganan seperti obat habis pakai dan alat habis pakai yang dapat diberikan kepada pasien untuk menstabilkan kondisi pasien dan meningkatkan keselamatan pasien.

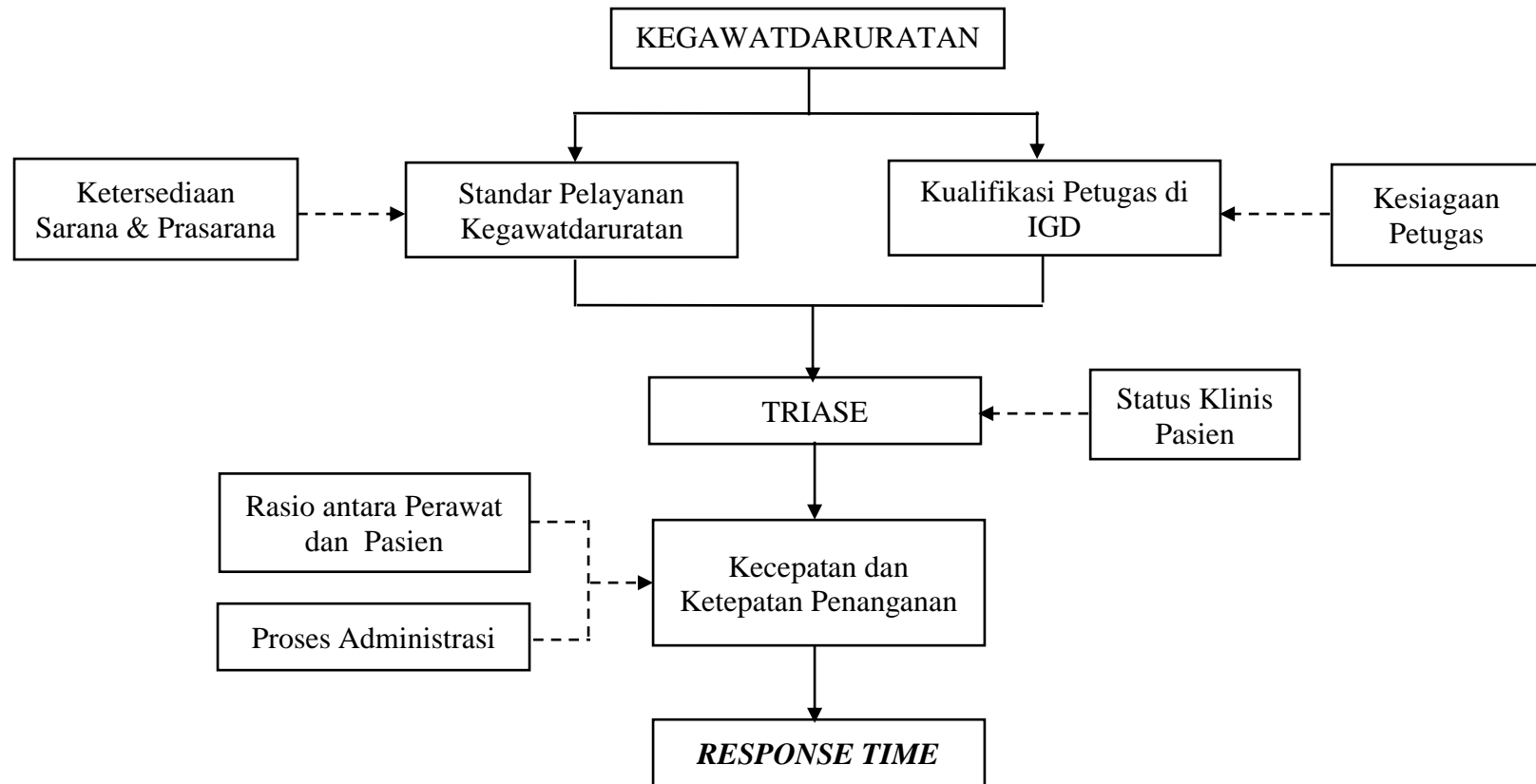
Penelitian Mudatsir, Sangkala, & Setyawati (2017), mengatakan faktor yang paling kuat mempengaruhi *response time* merupakan fasilitas gawat darurat terdiri dari alat dan bahan seperti obat yang digunakan untuk melakukan penanganan medis, peralatan yang dapat

berguna menstabilkan pasien bukan hanya *stretcher* tetapi ada alat lain yaitu alat *suction* dan alat intubasi.

Ketersediaan sarana atau fasilitas yang termasuk alat dan obat dapat tersedia dengan sesuai standar yang diatur dari pihak rumah sakit atau kementerian kesehatan, maka komponen itu tidak hanya dapat meningkatkan kualitas pasien tetapi akan dapat mempengaruhi kepuasan pasien karena response yang diberikan perawat dapat berlangsung cepat dan tanpa hambatan, sehingga akan membuat pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh perawat (Hania *et al.*, 2020).

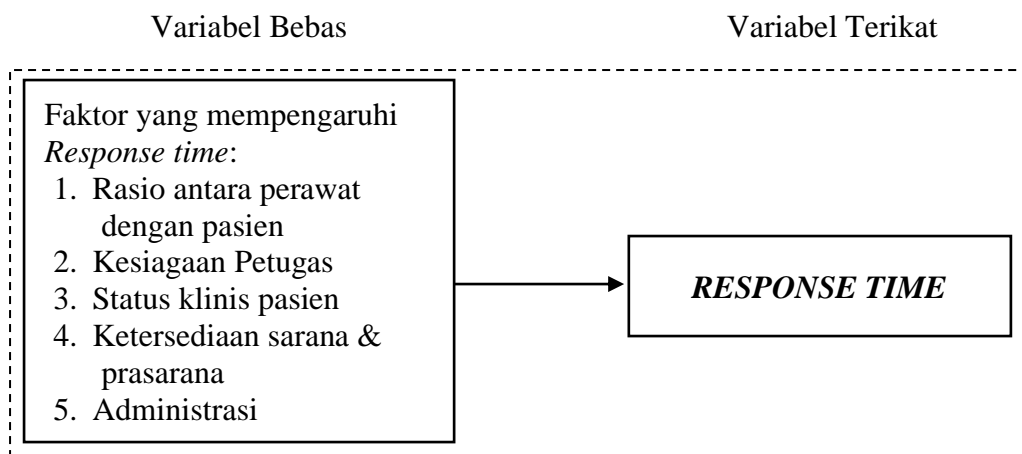
5) Proses Administrasi / Penjaminan

Tindak lanjut mengenai pasien gawat darurat masih ditemukan adanya penundaan pelayanan pasien gawat darurat yang dilakukan oleh pihak rumah sakit karena alasan administrasi dan pembiayaan. Pasien gawat darurat seringkali harus menunggu proses administrasi selesai baru mendapatkan pelayanan (Jaya, 2017).

B. Landasan Teori

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

C. Konsep Teori



Gambar 2. Konsep Teori Penelitian

Keterangan:

 = diteliti

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka teori di atas, hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Ada hubungan antara rasio antara jumlah perawat dan pasien dengan *response time* di IGD RSUD Nyi Ageng Serang.
2. Ada hubungan antara kesiagaan petugas terhadap *response time* di IGD RSUD Nyi Ageng Serang.
3. Ada hubungan antara status klinis pasien terhadap *response time* di IGD RSUD Nyi Ageng Serang.
4. Ada hubungan antara ketersediaan sarana dan prasarana terhadap *response time* di IGD RSUD Nyi Ageng Serang.
5. Ada hubungan antara faktor administrasi/penjaminan terhadap *response time* di IGD RSUD Nyi Ageng Serang.