

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian IGD

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat (*Queensland Helth ED*, 2012). IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan *triage*, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Beberapa tipe pasien khusus yang biasa ditemui di IGD yang membutuhkan pemeriksaan dan tindakan yang khusus, antara lain: pasien dengan *traumamayor*, pasien lansia, anak-anak dan remaja, pasien dengan gangguan jiwa, pasien dengan penyakit infeksius, dan pasien yang terpapar bahan kimia, biologi atau kontaminasi radiologi (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Kementrian Kesehatan RI telah mengatur kebijakan mengenai standarisasi pelayanan di IGD rumah sakit dalam Kemenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009. Peraturan ini ditujukan untuk memperbaiki kualitas IGD di Indonesia. Harus ada komitmen dari pemerintah pusat maupun daerah untuk berpartisipasi dalam memberikan sosialisasi

kepada masyarakat bahwasannya penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan kurang dari 5 menit setelah pasien sampai di IGD.

2. Prinsip Pelayanan di IGD

Prinsip umum pelayanan IGD Rumah Sakit dari Depkes (2010):

- a. Rumah sakit harus memiliki pelayanan *emergency* yang memiliki kemampuan dan pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus *emergency* dan resusitasi serta stabilisasi (*live saving*).
- b. Instalasi Gawat Darurat rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari selama satu minggu
- c. nama untuk instalasi atau unit gawat darurat di Rumah Sakit harus sama atau diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat.
- d. Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang pembayaran awal pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal dalam waktu 5 menit setelah sampai di IGD.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional, dimana terdapat unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan.
- g. Semua Rumah sakit harus berusaha dalam penyesuaian pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan standar yang ada.

B. Response Time

1. Pengertian

Response time (waktu tanggap) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki IGD (Depkes, 2004). *Response time* merupakan faktor penentu dalam mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup pasien.

Response time (waktu tanggap) dalam sistem *realtime*, didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian baik di Internal maupun Eksternal rumah sakit sampai instruksi pertama untuk pertolongan dilakukan, disebut dengan *event response time*. Tujuan dari hal tersebut adalah untuk mengurangi angka keterlambatan waktu tanggap dalam pelayanan terhadap pasien gawat darurat/*emergency response time rate* (WHO-Depkes, 1998 *cit* Nafri, 2009).

Menurut Kepmen: No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 kecepatan pelayanan yaitu standar waktu pelaksanaan tindakan yang dilakukan tenaga penyelenggara layanan, yang dimaksudkan adalah pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat maksimal dalam waktu 5 menit mulai pasien datang di IGD sampai pasien pulang atau dipindahkan keruang rawat inap. *Respon time* merupakan indikator dari mutu pelayanan yang ada disuatu Rumah Sakit. *Response time* sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

Response time juga dikategorikan dengan prioritas P1 dengan penanganan 0 menit, P2 dengan penanganan <30 menit, P3 dengan penanganan <60 menit. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

2. Faktor yang Mempengaruhi *Response Time*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wa Ode, *et al* (2012) mengatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan *response time* penanganan kasus di IGD bedah dan non bedah adalah:

a. Ketersediaan *stretcher*

Canadian of Association Emergency Physician (2012) menuliskan ketidakcukupan terhadap ketersediaan *stretcher* pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis. Maka, penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan *stretcher* yang kurang memadai.

b. Ketersediaan petugas *triage*

Ketersediaan petugas *triage* sangat berpengaruh karena pada saat pasien masuk IGD maka pertama kali pasien akan dilakukan penggolongan *triage* terlebih dahulu untuk menentukan prioritas tindakan, namun jika petugas *triage* tidak tersedia maka hal tersebut tidak dilakukan sehingga pasien yang masuk akan berkumpul dalam satu ruangan tanpa adanya penggolongan

prioritas penanganan dan membuat petugas yang akan melakukan tindakan menjadi kualahan.

c. Tingkat karakteristik pasien

Kondisi pasien yang masuk di IGD akan mempengaruhi waktu tanggap perawat itu sendiri, semakin kritis keadaan pasien, maka waktu tanggap perawat harus semakin cepat karena berhubungan dengan keselamatan dan nyawa pasien.

d. Faktor pengetahuan petugas kesehatan, ketrampilan dan pengalaman bekerja petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat.

e. Beban kerja fisik (Widodo, *et al*, 2007)

3. Dampak dari *Response Time*

Response time sangat berdampak pada tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan penelitian terkait kepuasan pasien terhadap *response time* yang dilakukan oleh Widodo E, *et al* (2015) mendapatkan hasil tingkat kepuasan pasien yang tinggi yaitu 87,4% dari 95 pasien yang diberikan tindakan oleh perawat di RS. Panti Waluyo Surakarta. Selain itu, *response time* yang cepat dari perawat juga akan bermanfaat bagi pasien dengan trauma ataupun pasca kecelakaan. Pada kasus henti jantung jika tidak ditangani dalam waktu 4 menit maka akan mengakibatkan kerusakan pada otak dan kematian akan terjadi jika tidak ditangani dalam 10 menit (AHA, 2010).

C. Perawat

1. Pengertian Perawat

Perawat atau *nurse* berasal dari bahasa latin *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Pengertian ini pertama dikemukakan oleh Ellis dan Hartly (dalam Gaffar, 1999). Perawat merupakan seorang yang berperan dalam memberi pelayanan keperawatan, membantu memelihara, serta melindungi pasiennya karena keadaan pasien yang mengalami penurunan dan proses penuaan (Taylor *et al*, dalam Gaffar, 1999).

Menurut UU Kesehatan No.23, 1992 menjelaskan bahwasannya perawat adalah orang yang mempunyai kemampuan dan wewenang dalam melakukan tindakan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh dari pendidikan keperawatan.

2. Peran Perawat

Peran perawat sendiri menurut Doheny (1982) di dalam buku pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional (Kusnanto, 2004) menjelaskan beberapa pokok peran perawat profesional, meliputi:

1. pemberi asuhan keperawatan (*care giver*)

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dimana perawat melakukan tindakan dan memberikan pelayanan kepada pasiennya sesuai dengan apa yang telah dianjurkan dokter dan tenaga medis lain. Dalam hal ini perawat langsung berhubungan dengan klien

guna melakukan identifikasi, intervensi, implementasi serta evaluasi terkait penanganan yang sudah diberikan.

2. sebagai pembela klien (*client advocate*)

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3. sebagai pendidik (*educator*)

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikannya, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. sebagai *collaborator*

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

5. sebagai *coordinator*

peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

6. sebagai pembaharu (*change agent*)

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

7. sebagai sumber informasi yang dapat membantu klient (*consultant*).

Peran disini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

8. Sebagai pengelola prioritas pasien

Dalam hal ini perawat melakukan tindakan berupa penilaian dari tingkat kegawatan pasien. Tindakan ini dilakukan pertamakali saat pasien masuk di ruang IGD. Tindakan ini bertujuan untuk menentukan tindakan apa yang akan diberikan selanjutnya.

D. Konsep *Triage*

1. Pengertian *triage*

Triage adalah suatu sistem pembagian atau klasifikasi pasien berdasarkan berat atau ringannya kondisi pasien atau kegawatan yang memerlukan tindakan segera. Dalam *triage*, perawat maupun dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu ≤ 10 menit. Kata *triage* berasal dari bahasa Perancis “*TRIER*” yang mengacu pada *screening* di medan perang. *Triage* dilakukan pertama kali oleh seorang ahli bedah Napoleon Bonaparte. Hingga saat ini istilah *triage* lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan, serta fasilitas yang paling efisien terhadap hampir 100 juta orang yang memerlukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

Triage yang akurat merupakan kunci untuk tindakan yang efisien di IGD (Manitoba Health, 2010). Penatalaksanaan pada kondisi darurat didasarkan pada respon klinis daripada urutan kedatangan (ACEM, 2005). Pasien dengan prioritas rendah akan menunggu lebih lama untuk penilaian dan pengobatan (Manitoba Health, 2010). *Triage* memiliki fungsi penting di IGD, dimana banyak pasien dapat hadir secara bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien dirawat sesuai urutan urgensi klinis mereka yang mengacu pada kebutuhan

untuk intervensi waktu kritis. Urgensi klinis tidak identik dengan kompleksitas atau tingkat keparahan. *Triage* juga memungkinkan untuk alokasi pasien untuk penilaian dan pengobatan daerah yang paling tepat, dan memberikan kontribusi informasi yang membantu untuk penanganan kasus lebih lanjut (ACEM, 2005).

2. Pembagian *Triage*

Berbagai sistem *triage* mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Tujuan *triage* adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan. *Triage* terbagi atas *Single Patient Triage* dan *Routine Multiple Casualty Triage*.

a. *Single Patient Triage*

Menurut puspongoro (2011), *triage* tipe ini dilakukan terhadap satu pasien pada fase pra-rumah sakit maupun pada fase rumah sakit di IGD dalam *day to day emergency* dimana pasien dikategorikan kedalam pasien gawat darurat (*true emergency*) dan pasien bukan gawat darurat (*false emergency*). Dasar dari cara *triage* ini adalah menanggulangi pasien yang dapat meninggal bila tidak dilakukan resusitasi segera. *Single Patient Triage* dapat juga dibagi dalam kategori sebagai berikut:

- a) Resusitasi adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat dan mengancam nyawa serta harus mendapat penanganan resusitasi segera.
 - b) *Emergency* adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat karena dapat mengakibatkan kerusakan organ permanen dan pasien harus ditangani dalam waktu maksimal 10 menit.
 - c) *Urgent* adalah pasien yang datang dengan keadaan darurat tidak gawat yang harus ditangani dalam waktu maksimal 30 menit.
 - d) *Non-urgent* adalah pasien yang datang dalam kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan yang ringan-sedang, tetapi mempunyai kemungkinan atau dengan riwayat penyakit serius yang harus mendapat penanganan dalam waktu 60 menit.
 - e) *False emergency* adalah pasien yang datang dalam keadaan tidak gawat tidak darurat dengan keluhan ringan dan tidak ada kemungkinan menderita penyakit atau riwayat penyakit yang serius.
- b. *Routine Multiple Casualty Triage.*
- a) *Simple triage and rapid treatment (START)*
Dalam *Hospital Preparedness for Emergency & Disaster* (2007) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident* korban

masal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Ini memungkinkan paramedik untuk memilah pasien mana yang perlu dievakuasi lebih dulu ke rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien kedalam kelompok terapi:

- Hijau: pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, *walking wounded* dan pasien histeris.
- Kuning/*delayed*: semua pasien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau.
- Merah/*immediate* (10%-20% dari semua kasus): semua pasien yang ada gangguan *airway, breathing, circulation, disability and exposure*. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah *airway* dibebaskan, pernafasan >30 kali permenit, *capillary refill* > 2detik.
- Hitam: meninggal dunia.

b) *Triage* bila jumlah pasien sangat banyak

SAVE (*secondary assesment of victim endpoint*). Sistem ini dapat mentriage dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu bila dilakukan dilapangan dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit

definitive (depkes, 2007). Kategori *triage* dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori yaitu:

- Korban yang akan mati tanpa melihat jumlah perawatan yang diterimanya.
- Korban yang akan selamat tanpa melihat langkah perawatan apa yang diberikan
- Korban yang akan sangat beruntung dari intervensi di lapangan yang sangat terbatas

3. *Triage* Rumah Sakit

Sistem *triage* IGD memiliki banyak variasi dan modifikasi yang sesuai dengan kondisi masing-masing rumah sakit. Beberapa sistem triase yang digunakan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

a. *Patient Acuity Category Scale* (PACS)

Sistem PACS berasal dari singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerjasama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hosptal* (Hadi, 2014). PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- 1) PAC 1 merupakan kategori pasien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh *delay*, contohnya antara lain *major trauma*, *STEMI*, *cardiac arrest*, dll.
- 2) PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan

hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan. Contohnya antara lain stoke, *fraktur* terbuka tulang panjang, serangan asma, dll.

- 3) PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, maupun berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasanya cukup memnghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien. Contohnya antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dll.
- 4) PAC 4 merupakan kategori pasien-pasien non emergency. Pasien ini dirawat di poli. Pasien tidak membutuhkan pengobatan segera dan tidak menderita penyakit yang beresiko mengancam jiwa. Contohnya antara lain *acne*, dislipidemia, dll.

b. *Worthing Physiology Score System* (WPSS)

WPSS adalah suatu sistem skoring prognostik sederhana yang mengidentifikasi penanda fisiologi pada tahap awal untuk melakukan tindakan secepatnya, yang dituangkan dalam bentuk – *ntervention-calling score*. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, temperatur, saturasi oksigen, dan

tingkat kesadaran berdasarkan AVPU (*alert, verbal, pain, unresponsive*) (Duckitt, 2007). *Intervention-calling score* WPSS mempunyai keterbatasan pada pasien trauma oleh karena pada pasien trauma walaupun mengalami kondisi yang berat yang berkaitan dengan traumanya namun dalam keadaan akut seringkali masih memiliki cadangan fisiologi yang masih baik.

WPSS melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi pasien, serta memberikan kategori *triage* yang objektif. Selain itu, WPSS memiliki beberapa keuntungan yaitu:

- 1) Penilaian cepat dan akurat terhadap pasien gawat.
- 2) Mengubah parameter klinis yang teratur kedalam suatu nilai skor.
- 3) Peralatan yang dibutuhkan minimal, tidak menyakiti, serta mudah digunakan.
- 4) Penilaian yang dilakukan akan seragam antar staf.

c. *Australian Triage Scale*

Australian Triage Scale (ATS) merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga pasien terlihat pada waktu yang tepat, sesuai dengan urgensi klinisnya (*Emergency Triage Education Kit*, 2009).

Australian Triage Scale (ATS) dirancang untuk digunakan di rumah sakit berbasis layanan darurat diseluruh Australia dan Selandia Baru. ATS adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis,

terutama untuk memastikan bahwa pasien terlihat secara tepat waktu, sepadan dengan urgensi klinis mereka. Skala ini disebut *triage* kode dengan berbagai ukuran hasil (lama perawatan, masuk ICU, angka kematian) dan konsumsi sumber daya (waktu staf, biaya).

Tabel Kategori Skala *Triage* Australian Berdasarkan Waktu Tunggu Maksimal

<i>AUTRALIAN TRIAGE SCALE CATEGORY</i>	<i>ACUITY (Maximum Waiting Time)</i>	<i>PERFORMANCE INDICATOR THRESHOLD</i>
ATS 1	Immediate	100%
ATS 2	10 minutes	80%
ATS 3	30 minutes	75%
ATS 4	60 minutes	70%
ATS 5	120 minutes	70%

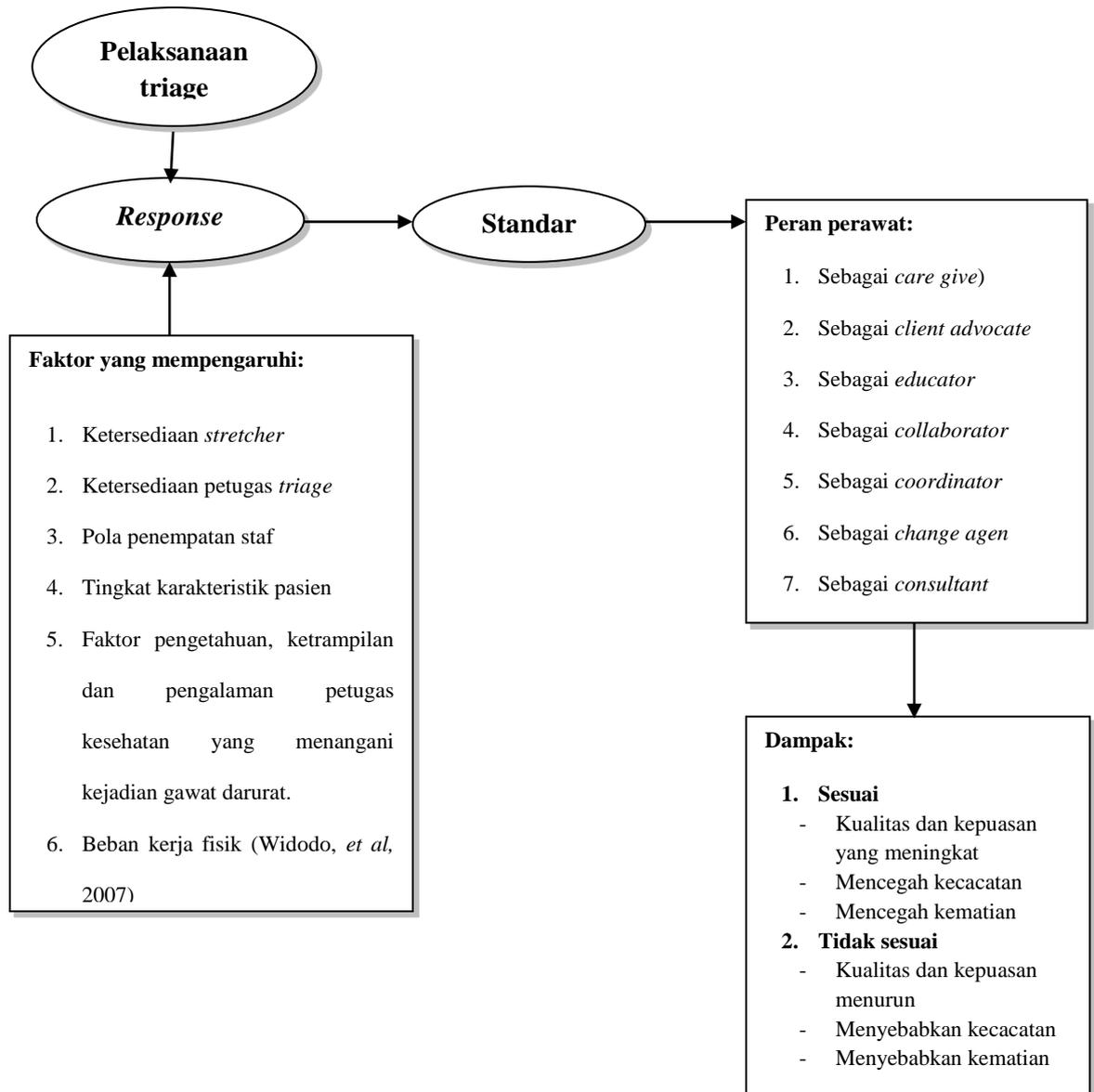
d. *Emergency Severity Index* (ESI)

Sistem ESI dikembangkan di Amerika Serikat dan Kanada oleh perhimpunan perawat emergency. *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit di Indonesia. *Emergency Severity Index* (ESI) memiliki 5 skala prioritas yaitu:

- 1) Prioritas 1 (label biru) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/limb threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, status epileptikus, koma hipoglikemik.

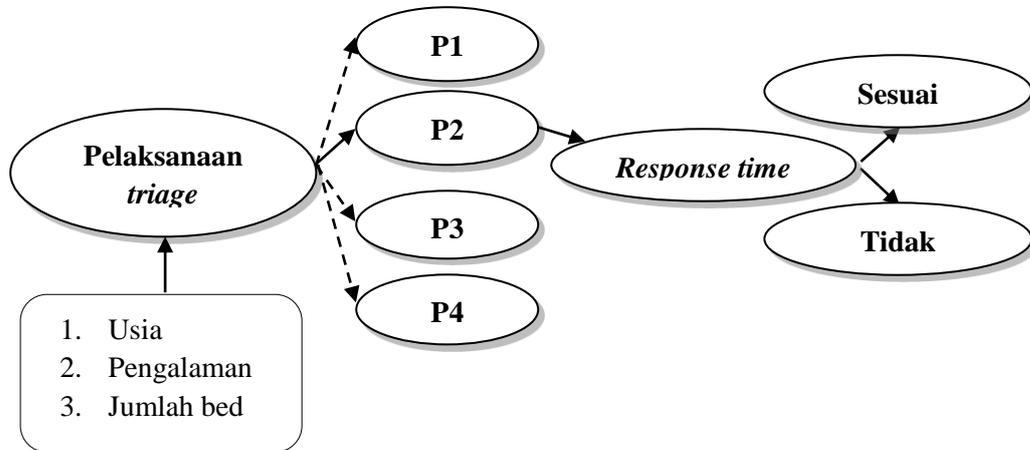
- 2) Prioritas 2 (label merah) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien hemodinamik atau ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut, luka sengatan listrik.
- 3) Prioritas 3 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain, sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologi dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi.
- 4) Prioritas 4 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. contoh prioritas 4 antara lain, pasien BPH yang memerlukan kateter urine, *vulnus laceratum* yang membutuhkan *hecting* sederhana, dll.
- 5) Prioritas 5 (label putih) merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain, *comman cold*, *acne*, eksoriasi, dll.

E. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori

F. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

Keterangan:

1. komponen penelitian: ○
2. Komponen yang diteliti: →
3. Komponen yang tidak diteliti: - - - →