

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional, sehingga pemerintah telah mencanangkan visi dalam bidang pelayanan kesehatan yaitu bertekad untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Salah satu strategi yang harus dilakukan untuk mencapai visi tersebut adalah meningkatkan profesionalisme rumah sakit. Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan per orang secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk sarana kesehatan, baik diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat yang berfungsi untuk melakukan upaya pelayanan kesehatan dasar atau kesehatan rujukan atau juga upaya pelayanan kesehatan penunjang. Keberhasilan suatu rumah sakit dalam menjalankan fungsinya ditandai dengan adanya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Mutu rumah sakit itu sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya yang paling dominan adalah faktor sumber daya manusia yang mencakup pengetahuan dan keterampilan perawat agar dapat memberikan jasa tertentu. (Suryawati, 2008, hlm.13).

Pengetahuan perawat merupakan hasil dari tahu ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek (Notoadmojo, 2010, hlm.19). Sedangkan pengetahuan menurut Christian (2008, hlm. 26) adalah kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan kedalam bentuk tindakan, dimana perawat harus memiliki keterampilan baik dalam komunikasi efektif, objektivitas dan kemampuan membuat keputusan klinis secara cepat dan tepat agar perawatan setiap pasien menjadi maksimal. Hal ini penting jika tingkat pengetahuan dan keterampilan perawat tersebut kurang, maka akan timbul keluhan pasien. Berkaitan dengan itu, pengetahuan dan keterampilan perawat sangat penting

didalamnya karena perawat merupakan ujung tombak utama dalam sebuah pelayanan gawat darurat.

Menurut Depkes R.I (2008, hlm.16), petugas kesehatan di instalasi gawat darurat di rumah sakit terdiri dokter ahli, dokter umum, atau perawat yang telah mendapat pelatihan penanganan kegawatdaruratan yang dibantu oleh perwakilan unit-unit lain yang bekerja di instalasi gawat darurat. Mengacu kepada Pedoman Pelayanan Gawat Darurat tersebut diketahui bahwa perawat di instalasi gawat darurat mempunyai peran dan tanggung jawab yang penting. Tenaga kesehatan rumah sakit yang paling banyak adalah tenaga perawat yang berjumlah sekitar 60 % dari tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit. Oleh karena itu kualitas pelayanan gawat darurat sangat ditentukan oleh kinerja perawat.

Pekerjaan seorang perawat sangatlah berat. Dari satu sisi seorang perawat harus menjalankan tugas yang menyangkut kelangsungan hidup pasien yang dirawatnya. Di sisi lain, keadaan psikologis perawat sendiri juga harus tetap terjaga. Kondisi seperti inilah yang dapat menimbulkan tambahan beban kerja dan rasa tertekan pada perawat, akibatnya kinerja mereka menjadi buruk dan secara tidak langsung berpengaruh terhadap organisasi di mana mereka bekerja (Nursalam, 2007, hlm. 31). Dengan demikian sumber daya manusia (perawat) dan sarana di UGD sangat menentukan keberhasilan pelayanan kepada pasien. Di Poli klinik pada umumnya pasien yang datang adalah pasien dengan keluhan yang berulang maupun keluhan yang masih dapat ditunda. Sangat jarang pasien dengan kecelakaan dan bencana alam atau serangan jantung dan stroke di bawa ke poliklinik. Sedangkan kasus gawat darurat seringkali diarahkan ke UGD untuk segera mendapat bantuan agar tidak tertunda dalam antrian panjang pelayanan poliklinik.

Pelayanan gawat darurat merupakan salah satu komponen pelayanan di rumah sakit yang dilaksanakan di instalasi gawat darurat. Adapun tugas instalasi gawat darurat adalah menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Sebagai unit pelayanan yang menanggulangi penderita gawat darurat, komponen pelayanan di instalasi gawat darurat harus memenuhi kebutuhan masyarakat dalam penanggulangan penderita gawat darurat dan

dikelola sedemikian rupa sehingga terjalin kerjasama yang harmonis dengan unit-unit dan instalasi-instalasi lain dalam rumah sakit (Depkes R.I. 2006. Hlm, 24).

Bagian Unit Gawat Darurat (UGD), pengetahuan dan keterampilan perawat sangat dibutuhkan terutama dalam pengambilan keputusan klinis dimana pengetahuan penting bagi perawat dalam penilaian awal, perawat harus mampu memprioritaskan perawatan pasien atas dasar pengambilan keputusan yang tepat. Kejadian gawat darurat dapat diartikan sebagai keadaan dimana seseorang memerlukan pertolongan segera karena apabila tidak mendapat pertolongan dengan segera maka dapat mengancam jiwanya atau menimbulkan kecacatan permanen. Keadaan gawat darurat yang sering terjadi di masyarakat antara lain keadaan seseorang yang mengalami henti napas dan henti jantung, tidak sadarkan diri, kecelakaan, cedera misalnya patah tulang, pendarahan, kasus stroke dan kejang, keracunan dan korban bencana. Unsur penyebab kejadian gawat darurat antara lain karena terjadinya kecelakaan lalu lintas, penyakit, kebakaran maupun bencana alam (Media Aesculapius, 2007, hlm, 12).

Unit Gawat Darurat maupun *Emergency Room* unit yang melayani pasien dalam kondisi gawat darurat berdasarkan Triage (Triase) yang ditentukan oleh dokter UGD. Sedangkan Triage adalah sebuah tindakan pengelompokan pasien berdasarkan berat ringannya kasus, harapan hidup dan tingkat keberhasilan yang akan dicapai sesuai dengan standard pelayanan UGD yang dimiliki. Triage sendiri berasal dari bahasa Perancis *trier* yakni seleksi berdasar prioritas kegawat daruratan kondisi seseorang yang membutuhkan bantuan medis. Setiap Unit Gawat Darurat selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas pelayanan. Sedapat mungkin mereka berupaya menyelamatkan sebanyak – banyaknya dalam waktu sesingkat-singkatnya bila ada kondisi pasien dengan kegawat daruratan medis datang berobat ke UGD.

Kasus gawat darurat karena kecelakaan lalu lintas dan bencana lainnya merupakan penyebab kematian utama di daerah perkotaan, sehingga untuk mendukung hal tersebut diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus dalam hal pemisahan jenis dan kegawatan pasien dalam triase, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah. Pemisahan yang dimaksud disebut Triase. Tujuan triage adalah memilih atau menggolongkan semua pasien

yang datang ke UGD dan menetapkan prioritas penanganannya yang biasanya dilakukan labelisasi warna yakni warna biru untuk pasien gawat darurat berat yang mengancam nyawa dan warna merah untuk pasien yang terancam jiwa atau fungsi vital perlu tindakan bedah segera (Oman, 2008, hlm. 23).

Sistem triase mulai dikembangkan mulai pada akhir tahun 1950an seiring jumlah kunjungan UGD yang melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera, dimana tujuan dari triase adalah memilih dan menggolongkan semua pasien yang datang ke UGD dan menetapkan prioritas penanganannya dan disaat pertama perawat menilai pasien perawat juga melakukan tindakan diagnostik, sehingga waktu yang diperlukan untuk menilai dan menstabilkan pasien tidak terlalu lama. (Brooker, 2008, hlm. 17).

Pertolongan gawat darurat melibatkan dua komponen utama yaitu pertolongan fase pra rumah sakit dan fase rumah sakit. Kedua komponen tersebut sama pentingnya dalam upaya pertolongan gawat darurat. Menurut Media Aesculapius (2007, hlm. 19), pertolongan gawat darurat memiliki sebuah waktu standar pelayanan yang dikenal dengan istilah waktu tanggap (*respon time*) yaitu maksimal 10 menit. Waktu tanggap gawat darurat merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yang diperlukan pasien sampai selesai proses penanganan gawat darurat (Haryatun dan Sudaryanto, 2008, hlm. 14).

Waktu tanggap tersebut harus mampu dimanfaatkan untuk memenuhi prosedur utama dalam penanganan kasus gawat darurat atau prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation dan Disability*). *Airway* berarti penanganan pada saluran nafas yang terhambat karena kecelakaan/penyakit. *Breathing* berarti penanganan terhadap kemampuan paru-paru dalam memompa keluar-masuk udara. *Circulation* yang berarti penanganan terhadap kemampuan jantung untuk memompa darah dan *Disability* yang berarti penanganan terhadap kemungkinan terjadinya cacat permanen akibat kecelakaan. Prosedur ABCD harus secepat mungkin dilakukan karena semakin lama rentang waktu antara kejadian gawat darurat dengan penanganan prosedur tersebut maka akan semakin kecil peluang keselamatan pasien khususnya untuk pasien dengan masalah pada *Airway, Breathing dan Circulation*. Keberhasilan dalam penanganan gawat darurat tidak

hanya ditentukan dengan keberhasilan dalam memaksimalkan waktu tanggap untuk menjalankan prosedur ABCD pada fase rumah sakit, tetapi penanganan fase pra rumah sakit berupa sistem mobilisasi (transportasi) pasien menuju fasilitas pelayanan gawat darurat juga memegang peranan sangat penting (Media Aesculapius, 2007, hlm. 20).

Data yang diperoleh dari RS Prikasih tahun 2014 ada perbedaan didalam menyediakan pelayanan kesehatan di unit gawat darurat khususnya dalam pelayanan triase. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kecepatan dalam pelayanan penanganan pasien di UGD, masih ada perawat yang kurang mengetahui kegawatan pasien serta tidak menempatkan pasien sesuai dengan kriteria triase sehingga penanganan pasien jadi terlambat, serta adanya faktor lain yaitu kurang lengkapnya penyediaan sarana tempat yang belum cukup memadai untuk menampung pasien dalam jumlah yang banyak serta terbatasnya alat standart UGD yang lengkap sehingga pasien harus menunggu lama dalam penanganan sehingga pasien belum merasa adanya *respon time* perawat terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan.

Pelayanan asuhan keperawatan secara umum meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dalam konteks pelayanan kegawat daruratan, aspek asuhan keperawatan pada tahap pelaksanaan merupakan hal yang sangat penting di perhatikan, karena dalam tahap pelaksanaan/ implementasi ini harus mengacu kepada doktrin dasar pelayanan gawat darurat yaitu: *time saving is life saving* (waktu adalah nyawa), dengan ukuran keberhasilan adalah *respon time* (waktu tanggap) selama 5 menit dan waktu definitif 2 jam. Khusus untuk pelayanan kegawat daruratan, seorang perawat pelaksana seharusnya yang sudah pernah mengikuti pelatihan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS) (Basoeki dkk, 2008, hlm. 24).

Pelaksanaan *respon time* dalam pelayanan kegawat daruratan berdasarkan beberapa penelitian dalam Prawitasari (2006, hlm14) tentang hubungan *respon time* perawat pelaksana dengan keselamatan pasien di Rumah Sakit Husada Jakarta, menyimpulkan perawat pelaksana mempunyai waktu tanggap rendah, masih ada masalah keselamatan pasien yang buruk dan terdapat hubungan yang bermakna antara pelaksanaan triage perawat pelaksana dengan keselamatan pasien.

Selanjutnya penelitian Astuti (2009, hlm.27) tentang hubungan pengetahuan triase perawat UGD dengan waktu tanggap pelayanan keperawatan gawat darurat di RSUD Kabupaten Magelang menyimpulkan pengetahuan triase perawat IGD RSUD Kabupaten Magelang dalam kategori kurang baik, yaitu banyaknya jumlah pasien yang ditangani sesuai dengan konsep *respons time* (waktu tanggap) selama 5 menit dan waktu definitif 2 jam. Waktu tanggap pelayanan keperawatan gawat darurat dalam kategori lambat. Ada hubungan antara pengetahuan triase perawat IGD RSUD Kabupaten Magelang dengan waktu tanggap pelayanan keperawatan gawat darurat.

Berdasarkan survey pendahuluan dengan melakukan wawancara dengan beberapa perawat maupun dokter yang bertugas di Unit Gawat Darurat di RS Prikasih, diketahui bahwa jumlah pasien yang ditangani di UGD bervariasi antara 10-80 orang setiap hari, apabila dirata-ratakan jumlah pasien yang ditangani di IGD sekitar 45 orang setiap harinya. Sekitar 25% dari seluruh pasien atau sebanyak 12 orang pasien yang masuk ke UGD dengan kondisi gawat dan darurat. Jumlah perawat yang bertugas tetap (*stand by*) di UGD RS Prikasih sebanyak 7 orang setiap shift kerja, sehingga untuk menangani pasien setiap harinya sekitar 45 orang merupakan beban yang cukup berat, karena perawat di UGD juga melaksanakan kegiatan lain di luar tugas pokok dan fungsinya sebagai perawat UGD. Beban kerja perawat semakin tinggi pada saat harus menangani pasien sekitar 60 sampai 70 orang menyebabkan konsep triase dan waktu tanggap yang ditetapkan tidak terpenuhi sehingga mengakibatkan terjadinya kematian pada pasien. Berdasarkan Laporan Kegiatan UGD RS Prikasih (2013) diketahui rata-rata jumlah kematian pasien di UGD yang pada tahun 2013 sebanyak 10 orang (35%), sedangkan 65% lainnya selamat sampai keluar dari instalasi gawat darurat dan masuk ke ruang perawatan (rawat inap). Pasien yang meninggal umumnya adalah dengan kondisi gawat dan darurat.

Hasil observasi awal juga ditemukan 5 dari 10 orang petugas kesehatan (perawat) melakukan kesalahan dalam penempatan pasien dengan kondisi darurat. Sebanyak 50% perawat melakukan penempatan pasien tidak sesuai dengan ketentuan triase. Saat dilakukan wawancara, sebagian perawat tidak melakukan triase oleh karena beberapa alasan, antara lain: tempat tidur triage tidak terpasang

tirai sehingga sulit untuk melakukan triage, sebagian pasien tidak sabar menunggu untuk segera dilakukan pemeriksaan dan penanganan pada dirinya sementara pada saat yang sama kondisi ruangan UGD sedang ramai oleh pasien lainnya dalam kondisi gawat darurat. Kondisi ini menyebabkan pasien mengajukan keberatan (keluhan) karena merasa tidak ditangani dan dilayani dengan baik dan segera.

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan perawat tentang kegawatdaruratan dengan pelaksanaan triage pada pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih.

I.2 Rumusan Masalah

Intervensi keperawatan yang diberikan di ruang UGD dalam menyelamatkan jiwa dilakukan ketika keadaan fisiologis pasien terancam, tindakan seperti ini termasuk memberikan medikasi darurat. Reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam selama di ruang UGD.

Salah satu indikator yang menunjukkan pengetahuan dan kemampuan perawat dalam pelayanan kegawat darurat adalah tingkat kematian yang terjadi di instalasi gawat darurat. Menurut Indikator Kinerja Rumah Sakit (Depkes RI, 2005, hlm.16), persentase keselamatan pasien di rumah sakit adalah 100%. Dengan demikian kematian pasien di instalasi gawat darurat rumah sakit menunjukkan tingkat pengetahuan dan kemampuan tenaga keperawatan yang bekerja di unit pelayanan tersebut. Angka kematian yang tinggi menunjukkan pelayanan keperawatan kegawat darurat yang rendah.

Pelaksanaan pelayanan kegawat darurat berdasarkan triase dan waktu tanggap perawat masih ditemukan masalah keselamatan pasien yang buruk. Keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat tergantung pada kecepatan yang tersedia, pengetahuan triase serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak ditempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit. Hasil observasi awal menunjukan bahwa sebanyak 50% perawat belum melakukan triage dan waktu tanggap pelayanan belum optimal.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat dirumuskan pertanyaan permasalahan penelitian sebagai berikut : “ bagaimana hubungan pengetahuan perawat tentang kegawatdaruratan dengan pelaksanaan triage pada pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih”.

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan perawat tentang kegawatdaruratan dengan pelaksanaan triage pada pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih”.

I.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengetahui gambaran karakteristik perawat (jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama bekerja) di UGD Rumah Sakit Prikasih.
- b. Mengetahui gambaran pengetahuan perawat tentang triage dalam melakukan pelaksanaan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih.
- c. Mengetahui gambaran pelaksanaan perawat dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih.
- d. Mengetahui hubungan jenis kelamin dengan dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih
- e. Mengetahui hubungan usia dengan pelaksanaan dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih
- f. Mengetahui hubungan pendidikan dengan pelaksanaan dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih
- g. Mengetahui hubungan lama kerja dengan pelaksanaan dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih.

I.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Sebagai rekomendasi bagi pengelola rumah sakit dalam kebijakan menempatkan petugas Instalasi Gawat Darurat yang ahli kegawat daruratan sehingga kinerja perawat dalam pelayanan kegawat daruratan menjadi baik.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi dan pengetahuan bagi mahasiswa khususnya mahasiswa keperawatan.

1.4.3 Bagi Peneliti

Sebagai sumber pengetahuan tentang bagaimana hubungan pengetahuan perawat tentang kegawatdaruratan dengan pelaksanaan triage pada pasien gawat darurat di UGD Rumah Sakit Prikasih”.

