

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, (Kepmenkes RI, 2018). Instalasi gawat darurat merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat. Keadaan gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat untuk menyelamatkan nyawa dan kecacatan lebih lanjut, (Depkes RI, 2009). Pelayanan Instalasi gawat darurat merupakan garda depan rumah sakit sehingga harus dapat memberikan pelayanan yang sesuai standart, dan untuk mendukung terwujudnya pelayanan yang berkualitas, efektif dan efisien. Apabila pelayanan mengalami keterlambatan maka akan berefek dan memperparah kondisi pasien sehingga terjadi peningkatan mortalitas dan kecacatan lebih lanjut. Semakin parah kondisi pasien, maka akan meningkatkan biaya (*cost*) yang akan ditanggung oleh pasien, (KepMenKes RI, 2008).

Hal yang terpenting di Instalasi gawat darurat adalah *response time*. Menurut Kepmenkes Nomor 129 tahun 2009 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS) Lama waktu tanggap (*response time*) adalah

waktu dari pasien datang ke Instalasi gawat darurat sampai pasien tertangani. Lama waktu tanggap pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan di Instalasi gawat darurat, yang memiliki standart maksimal 5 menit di tiap kasus.

Pada riset yang dilakukan oleh Wa Ode Nur Isnah, Sabriata dkk, 2012 didapatkan hasil bahwa *response time* penanganan kasus di Instalasi gawat darurat yang paling banyak kasus bedah dibanding non bedah, penelitian juga dilakukan oleh Santoso IM, (2016) mengatakan kondisi pasien yang gawat darurat mempunyai peluang 5 kali lebih besar untuk *response time* sesuai dengan standart dibandingkan dengan yang tidak gawat darurat. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien memerlukan standart sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat, (KepMenKes RI, 2009). Untuk mencapai hal tersebut Instalasi gawat darurat harus mempunyai sistem yang mengatur alur masuknya pasien dan menentukan pasien yang perlu diobati segera dan pasien yang dapat menunggu, sistem tersebut dinamakan dengan *triage*. Ketepatan dalam menentukan kriteria *triage* dapat memperbaiki alur pasien, menjaga sumber daya yang ada agar dapat menentukan orang yang tepat ditempat yang tepan dan pada waktu yang tepat serta untuk alasan yang tepat, (Kurniati A, dkk. 2018).

Rumah sakit di Indonesia masih menggunakan sistem *triage* konvensional yang mengadopsi dari sistem *triage* bencana yang hanya mengkategorikan *triage* menjadi prioritas hitam, merah, kuning dan hijau. Sistem konvensional

ini tidak cocok digunakan di rumah sakit modern yang perlu mempertimbangkan *evidence-based medicine* atau kedokteran berbasis bukti. Rumah sakit yang menggunakan sistem *triage* modern seperti rumah sakit dr. Soetomo Surabaya, rumah sakit Saiful Anwar Malang, rumah sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta, dan masih banyak lagi rumah sakit lainnya yang sudah mengadopsi sistem *triage* modern.

Sistem *triage* Instalasi gawat darurat banyak versi dan modifikasi sesuai dengan kondisi masing-masing rumah sakit. Sistem *triage* rumah sakit yang saat ini berkembang dan banyak diteliti reliabilitas, validitas, dan efektifitasnya sehingga banyak digunakan di berbagai dunia diantaranya adalah *Triage Amerika / ESI (Emergency Severity Index)*, *Singapore / PACS (Patient Acuity Category Scale)*, (Kurniati A, dkk. 2018).

Triage Amerika Serikat disebut juga dengan *ESI (Emergency Severity Index)* dibuat sejak tahun 2003. Ditandai dengan dibentuknya *Join Triage Five Level Task Force* oleh *The Emergency Nursing Association (ENA)* dan *American College of Physician (ACEP)* memperkenalkan lima kategori sebelumnya. Metode *ESI (Emergency Severity Index)* berbasis penelitian ini menentukan prioritas penanganan awal berdasarkan level kegawatan dan perkiraan kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan, (Mardalena 1, 2018). Keuntungan sistem *triage ESI (Emergency Severity Index)* yaitu perawat *triage* dipandu untuk melihat kondisi dan keparahan tanpa harus menunggu intervensi dari dokter, Pertimbangan pemakaian sumber daya memungkinkan perawat *triage* memperkirakan utilisasi tempat tidur, Sistem *Triage ESI (Emergency Severity Index)* menggunakan skala nyeri 1-10 dan pengukuran tanda-tanda

vital yang secara umum dipakai di Indonesia, selain itu juga sistem *triage* ESI (*Emergency Severity Index*) menjelaskan apa saja yang perlu diperiksa pada anak-anak yang mana tidak dijumpai pada sistem *triage* lainnya, (Datusananatyo. R A, 2016).

Selain kelebihan juga terdapat kekurangan pada *triage* ESI (*Emergency Severity Index*) yang mana pasien di kelompokkan berdasarkan tingkat kondisi keparahan atau kegawatdaruratannya sehingga terdapat sejumlah pasien mengeluh atas lamanya penanganan yang di berikan petugas karena pasien di kategorikan pada level ESI (*Emergency Severity Index*) dengan waktu pelayanan yang masih dapat di toleransi (jerrard, 2012). Menurut Esther and Bhuiya (2009 dalam Kurniasari R, 2016) mengatakan bahwa terdapat peningkatan sebesar 25% waktu tunggu pada Instalasi gawat darurat yaitu dari 46,5 menit menjadi 58,1 menit, sehingga dengan semakin lamanya waktu tunggu di Instalasi gawat darurat maka semakin banyak keluhan pada sejumlah pasien Instalasi gawat darurat. Pengelompokan pasien berdasarkan *response time* nya, terdapat keluhan pada pasien level 4 dan 5 karena pada pasien level 4 dan 5 biasanya mendapatkan pelayanan dengan waktu yang lama. Maka dari itu di butuhkan petugas Instalasi gawat darurat yang cukup dan alat yang lengkap untuk mengurangi adanya keluhan tentang lamanya perawatan. Akan tetapi hasil riset dari Kurniasari, R (2016) Mengatakan tidak terdapat hubungan antara penetapan level ESI (*Emergency Severity Index*) dengan kepuasan pasien, sehingga dalam proses penetapan ESI (*Emergency Severity Index*) baik pasien termasuk dalam *triage* 1 atau 2 maupun lainnya tidak ada keterkaitannya dengan pasien puas atau tidak puas dengan pelayanan tersebut.

Pada riset yang dilakukan oleh Muhammad Ebrahimi, dkk mengatakan bahwa terdapat perbedaan waktu penanganan pasien sebelum dilakukan implementasi *triage* ESI (*Emergency severity Index*) yakni 14 menit 9 detik dengan setelah dilakukan *triage* ESI (*Emergency severity Index*) yaitu 11 menit 46 detik hingga serah terima oleh dokter. Para peneliti juga telah membandingkan reliabilitas antar penilai dari sistem *triage* ESI (*Emergency severity Index*) dengan CTAS (*Canadian Triage Acuity System*), keduanya memiliki keandalan yang sangat baik, dengan K= 0,89 (ESI) dan 0,91 (CTAS), (Gilboy N, et al. 2012).

Berdasarkan berbagai penelitian menunjukkan bahwa masih ditemukannya waktu tanggap yang belum sesuai standar seperti di RSUP Prof. DR. D Kandou Manado *Response time* perawat dalam penanganan rata-rata lambat yaitu lebih dari 5 menit, (Vitrise Maatilu, Dkk. 2014). Di Instalasi Gawat Darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan terdapat perbedaan *Response time* sebelum dan sesudah diberlakukan *triage* dengan metode PACS-WPSS dengan perbedaan rata-rata lebih cepat 2,05540 menit dari sebelum di berlakukannya *triage*, dengan kata lain *triage* dengan metode PCAS-WPSS mampu mempercepat penanganan awal terhadap pasien di Instalasi gawat darurat, (Kery Bayu Santoso K, 2016).

Dari data yang didapat di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember yang dikategorikan dengan Rumah Sakit tipe B Pendidikan selain itu Rumah Sakit dr. Soebandi di tunjuk sebagai Rumah Sakit rujukan wilayah Jawa Timur bagian timur sehingga terjadi peningkatan jumlah pasien dengan tingkat kondisi yang berbeda-beda. Jumlah perawat sebanyak 24 orang, dan 4 orang

menjadi perawat *triage*, dengan klasifikasi Pendidikan, lama kerja, dan pelatihan perawat gawat darurat berbeda-beda. Terdapat beberapa ruang yang ada di Instalasi gawat darurat seperti ruang penerimaan dan ruang tindakan. Pada ruang penerimaan terdapat ruang administrasi, ruang *triage*, dan ruang untuk brankart. Pada ruang tindakan terdapat ruang resusitasi, ruang bedah dan ruang non bedah. Pada ruangan resusitasi sudah tertata dengan peralatan yang lengkap dengan masing-masing monitor di atas tempat tidur pasien. Data kunjungan pasien di Instalasi gawat darurat pada Tahun 2018 sejumlah 20828 pasien, yang mana tiap bulannya bertambah 5% - 10%, Rata-rata jumlah kunjungan per hari 60 – 80 pasien. Terkait Dengan perkembangan ini maka Instalasi Gawat Darurat perlu dilakukan pembenahan terhadap metode *triage*, dengan kondisi seperti itu ada ketidakseimbangan jumlah perawat dengan jumlah kunjungan pasien sehingga menyebabkan *response time* yang lambat lebih dari 5 menit, sehingga diperlukan adanya metode sistem alur *triage* yang tepat untuk mengurangi *overcrowding di triage*.

Dari studi pendahuluan dan data di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian terhadap Efektifitas Penggunaan Sistem *Triage* ESI (*Emergency Severity Index*) Terhadap *Response Time Triage* di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember.

B. Rumusan Masalah

1. Pernyataan Masalah

Pelayanan Instalasi gawat darurat merupakan garda depan rumah sakit sehingga harus dapat memberikan pelayanan yang sesuai standar, dan untuk mendukung terwujudnya pelayanan yang berkualitas, efektif dan

efisien. Apabila pelayanan mengalami keterlambatan maka akan berefek dan memperparah kondisi pasien sehingga terjadi peningkatan mortalitas dan kecacatan lebih lanjut. Di Instalasi gawat darurat terdapat suatu sistem yang mengatur alur masuknya pasien yang dinamakan dengan *Triage*. Kecepatan dalam menentukan kriteria *triage* dapat memperbaiki alur pasien yang datang ke Instalasi gawat darurat, penggunaan sistem ESI (*Emergency Severity Index*) memiliki pijakan pemilihan pasien berdasarkan level kegawatan dan perkiraan kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan.

2. Pertanyaan Masalah

- a. Bagaimanakah *response time triage* konvensional di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?
- b. Bagaimanakah *response time triage sistem* ESI (*Emergency Severity Index*) di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?
- c. Bagaimanakah keefektifan sistem *triage* ESI (*Emergency Severity Index*) terhadap *Response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi Efektifitas penggunaan sistem *triage* ESI (*Emergency Severity Index*) terhadap *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *response time triage* konvensional di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember
- b. Mengidentifikasi *response time triage* ESI (*Emergency Severity Index*) di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Menganalisis efektifitas penggunaan sistem *trriage* ESI (*Emergency Severity Index*) terhadap *response time* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Mendapat pengalaman langsung bagi peneliti mengenai efektifitas penggunaan sistem *trriage* ESI (*Emergency severity index*) terhadap *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada pihak Manajemen Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi jember tentang pelaksanaan *trriage* di Instalasi Gawat Darurat untuk penyempurnaan sistem dan kebijakan selanjutnya.

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Dapat menjadi bahan masukan dalam proses pembelajaran dan sebagai sumber untuk menambah wawasan bagi mahasiswa kesehatan tentang *trriage* di Indonesia.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Dapat memberikan manfaat bagi penelitian selanjutnya dimana data penelitian dan analisisnya dapat dipakai sebagai bahan masukan dalam menggali dan mengembangkan lagi secara lebih mendalam.

5. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan Terutama Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini biasanya digunakan untuk menambah informasi mengenai efektifitas penggunaan sistem *triage* ESI (*Emergency Severity Index*) terhadap *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi.



