

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

Menurut WHO (2012) Banyak pasien dengan kasus gawat darurat yang masuk ke rumah sakit memerlukan pertolongan segera. Kegawatdaruratan dari penyakit menjadi masalah seluruh dunia termasuk di negara Asean (AFNCD, 2015). Kunjungan pasien di IGD meningkat tiap tahunnya, peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh IGD rumah sakit dunia. Berdasarkan data kunjungan pasien masuk ke IGD di Indonesia sebanyak 4.402.205 pasien (13,3% dari total kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan (Kemenkes RI, 2014).

Data tersebut menunjukkan Tingginya kunjungan pasien di IGD. Instalasi Gawat Darurat disebut *unit critical point* rumah sakit karena merupakan gerbang utama menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit, pelayanan diberikan harus cepat dan tepat serta terhitung (Ningsih, 2015; Suwaryo & Yuwono, 2018).

Salah satu Indikator Mutu pelayanan klinis di Instalasi Gawat Darurat adalah kemampuan menangani *life saving Response Time* < 5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana triase pasien di IGD. Triase merupakan proses pengkategorian pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan yang memiliki dampak pada *Response Time* pelayanan petugas kesehatan di IGD (Kemenkes RI, 2011).

Rumah sakit di Indonesia belum memiliki standar triase, dimana masih menggunakan sitem triase klasik (START Triase) adopsi dari sistem triase bencana yang tidak cocok diterapkan di rumah sakit modern mempertimbangkan *evidence based medicine* atau kedokteran berbasis bukti (*Australian Government*, 2009).

START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) adalah triase yang berprinsip pada kesederhanaan dan kecepatan, dapat dilakukan oleh tenaga dokter triase di IGD. Dalam memilah pasien, petugas melakukan penilaian kesadaran, ventilasi dan perfusi selama kurang dari 60 detik lalu memberikan tanda/label dengan menggunakan isolasi berwarna (merah, kuning, hijau, hitam). Warna merah adalah kondisi yang mengancam kehidupan dimana

pasien mengalami cedera berat dan memerlukan tindakan segera. Warna kuning adalah kondisi pasien cedera yang dipastikan tidak mengancam jiwa dalam waktu dekat, dapat ditunda hingga beberapa saat. Warna hijau adalah cedera ringan yang tidak memerlukan stabilisasi segera, kondisi pasien kronis atau dengan gejala klinis tidak signifikan. Dan warna hitam adalah kondisi pasien meninggal atau cedera fatal yang tidak memungkinkan untuk resusitasi, tidak memerlukan perhatian utama.

Dan saat ini triase di rumah sakit lebih menerapkan triase lima tingkat karena dianggap valid dan reliabel. Triase lima tingkat tersebut antara lain *Australian Triage System (ATS)*, *Canadian Triage Acuity System (CTAS)*, *Manchester Triage System (MTS)*, *Emergency Severity Index (ESI)*, *South African Triage System (SATS)* dan *Patient Acuity Category Scale (PACS)*. (Christ *et al.*, 2010).

Triase ESI adalah hasil algoritma stratifikasi yang cepat, dapat ditiru dan relevan secara klinis untuk pengelompokan pasien ke dalam lima tingkat berdasarkan keparahan, tindakan dan sumber daya yang dibutuhkan pasien (Gilboy *et al.*, 2011). Triase ESI merupakan sebuah triase yang valid dan reliabel jika dibandingkan dengan triase 3 tingkat yang diterapkan di Iran (Maleki *et al.*, 2015).

Triase ESI dalam konteks IGD rumah sakit di Indonesia cocok diterapkan karena menggunakan skala nyeri 1-10 yang biasa digunakan, ada *tools* sendiri untuk triase pasien *pediatri*, perawat triase lebih mudah melihat keparahan dibanding bekerjasama dengan dokter dalam menegakan diagnosa.

Triase ESI memiliki 5 level/prioritas keakutan yaitu level 1, resusitasi ; level 2, darurat ; level 3, mendesak ; level 4, kurang mendesak ; dan level 5, tidak mendesak. *Response time* ESI sesuai katagori, ESI 1  $\leq$  0 menit, ESI 2  $\leq$  15 menit, ESI 3  $\leq$  30 menit, ESI 4  $\leq$  60 menit, dan ESI 5  $\leq$  120 menit. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien dijumpai dokter menambah daya pikat sistem triase ini (Gilboy et al., 2011). Hasil penelitian Maleki, et al., (2015) menyebutkan ada peningkatan *response time* 6,46 - 8,92 menit dalam waktu rata - rata *response time* seorang dokter ( $p < 0,001$ ) dan peningkatan *response time* dari dokter kunjungan untuk menerima perawatan pertama 7,68 - 15,89 menit peningkatan yang signifikan ( $p < 0,001$ ).

Dengan adanya beberapa macam triase pada pengelompokan pasien yang mengalami kegawatdaruratan di instalasi gawat darurat rumah sakit, penulis tertarik untuk melaksanakan penelitian tentang “ Efektivitas triase *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) dan Triase *Emergency Saverity Index* (ESI) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) “.

## 1.2 Tujuan

### 1.2.1 Tujuan Umum

Penulisan ini bertujuan untuk mengidentifikasi triase yang dijadikan sebagai cara cepat dan tepat penanganan terhadap pasien dengan kegawatdaruratan yang masuk ke IGD sebuah rumah sakit dan juga untuk membandingkan tingkat efektivitas dari dua bentuk triase yaitu *START triage* dan *ESI triage*.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dilakukannya penulisan ini adalah :

- a) Mengidentifikasi triase START.
- b) Mengidentifikasi triase ESI.
- c) Mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan dari kedua triase dalam proses aplikasinya.
- d) Mendapatkan perbandingan tentang tingkat efektivitas penggunaan triase START dan triase ESI.

## 1.3 Manfaat Penulisan

### 1.3.1 Manfaat Teoritis

Penulisan KIAN ini bermanfaat bagi bahan pengembangan triase di ruang Instalasi Gawat Darurat rumah sakit.

### 1.3.2 Manfaat Praktis

- a) Bagi Fakultas dan Universitas

Penulisan KIAN ini bermanfaat bagi Program Studi Ilmu Keperawatan dan Universitas Cenderawasih untuk menjadi bahan atau mata kuliah keperawatan terkait penggunaan triase di ruang Instalasi Gawat Darurat rumah sakit.

- b) Bagi Mahasiswa PSIK Uncen

Penulisan KIAN ini bermanfaat bagi mahasiswa PSIK Uncen untuk memperoleh perbandingan tentang efektivitas penggunaan START *triage* dan ESI *triage*.

c) Bagi Penulis

Penulisan KIAN ini bermanfaat bagi penulis untuk menambah pengalaman dan pengetahuan terutama dalam hal penggunaan triase di Instalasi Gawat Darurat rumah sakit.