

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Gawat Darurat

##### 2.1.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi gawat darurat (IGD) adalah suatu unit kerja rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multi disiplin, multi profesi dan interintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di IGD, dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter (Mashuri, 2012).

Instalasi gawat darurat (IGD) adalah suatu unit integral dalam satu rumah sakit dimana semua pengalaman pasien yang pernah datang ke IGD tersebut akan dapat menjadi pengaruh yang besar bagi masyarakat tentang bagaimana gambaran rumah sakit itu sebenarnya. Fungsinya adalah untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang menunjukkan gejala yang bervariasi dan gawat serta juga kondisi-kondisi yang sifatnya tidak gawat. IGD juga menyediakan sarana penerimaan untuk penatalaksanaan pasien dalam keadaan bencana, hal ini merupakan bagian dari perannya di dalam membantu keadaan bencana yang terjadi di tiap daerah (Agung, 2010).

Ruang IGD, selain sebagai area klinis, IGD juga memerlukan fasilitas yang dapat menunjang beberapa beberapa fungsi-fungsi penting sebagai berikut: kegiatan ajar-mengajar, penelitian/reset, administrasi, dan kenyamanan staff. Adapun area-area yang ada dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi pasien di IGD adalah: (1) area administratif, (2) *reception/triage/waiting area*, (3) *resuscitation area*, (4) area perawat akut (pasien yang tidak menggunakan ambulan). (5) area konsultasi (untuk pasien yang menggunakan ambulan), (6) *staff work station*, (7) area khusus, misalnya: ruang wawancara untuk keluarga pasien, ruang prosedur, plaster room, apotik, ophthalmology/ENT, psikiatri, ruang isolasi, ruang dekontaminasi, area mengajar, (8) pelayanan penunjang, misalnya: Gudang / Tempat penyimpanan, perlengkapan bersih dan kotor, kamar mandi, ruang staff, tempat troli linen, (9) tempat peralatan yang bersifat *mobile-Mobile X-ray equipment bay*, (10) ruang alat kebersihan, (11) area tempat makanan dan minuman, (12) kantor dan area administrasi, (13) area diagnostic misalnya medis imaging laboratorium, (14) departemen keadaan darurat sementara/ bangsal observasi jangka pendek/ singkat/ opsional dan (15) ruang sirkulasi (Kepmenkes, 2009).

### 2.1.2 Prinsip umum IGD

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomer 856/Menkes/SK/IX/2009, ditetapkan prinsip umum tentang pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dalam suatu rumah sakit sebagai berikut:

1. Setiap rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan :

- Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
  - Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).
2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
  3. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD).
  4. Rumah sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
  5. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 ( lima ) menit setelah sampai di IGD.
  6. 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.
  7. Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi pelaynan IGD.

### 2.1.3 Pelayanan Gawat Darurat

Pengertian dari gawat darurat adalah suatu keadaan yng secara medis memerlukan tindakan/pertolongan segera. Gawat darurat adalah suatu kedaan yang mana penderita memrlukan pemeriksaan medis segera, apabila tidak dilakukan akan

bersifat fatal bagi penderita. IGD adalah salah satu unit di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar (Mashuri, 2012).

Menurut Rijadi (1997), gawat darurat medik adalah peristiwa yang menimpa seseorang atau sekelompok kecil orang dengan tiba-tiba yang dapat membahayakan jiwa sehingga memerlukan tindakan medik yang tepat dan segera. Sedangkan menurut AHA (*The American Hospital Association*) dalam mashuri (2012) pengertian gawat darurat adalah *An emergency is any condition that in opinion, is family, or who ever assumes the responsibility of bringing the patient to the hospital requires medical attention. This condition continuous until a determination has been made by health care professional that the patient life of well – being is not threatened*, artinya: Keadaan darurat adalah kondisi yang menurut pendapat, adalah keluarga, atau siapapun yang bertanggung jawab membawa pasien yang membutuhkan perhatian medis ke rumah sakit sampai pasien mendapat peertolongan dari tim medis sehingga pasien bisa terselamatkan.

#### **2.1.3.1 Prosedur Pelayanan IGD di Rumah Sakit**

Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poli klinik) maupun di IGD untuk yang penyakit darurat/*emergency* dalam suatu prosedur pelayanan rumah sakit. Prosedur ini merupakan kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien secara baik atau tidaknya,

dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab (Depkes RI 2006).

Perbedaan masing –masing prosedur dalam pelayanan pasien ruang inap, rawat jalan, dan IGD, maka dalam tulisan ini hanya membahas prosedur pelayanan khusus untuk IGD saja dikarenakan pasien yang datang untuk berobat di unit ini jumlahnya lebih banyak dan silih berganti setiap hari, serta unit pelayanan ini bersifat penting (*emergency*) sehingga diwajibkan untuk melayani pasien 24 jam sehari selama 7 hari dalam 1 minggu secara terus menerus (Depkes RI, 2006).

Menurut Herkutanto (2008), ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah yang cukup sesuai kebutuhan adalah syarat yang harus dipenuhi oleh IGD. Selain Dokter jaga yang siap di IGD, rumah sakit harus menyiapkan spesialis lain (bedah, penyakit dalam, anak, dll) untuk memberikan dukungan spesialis bagi pasien yang memerlukannya.

Ketentuan dalam pemberian pertolongan dalam keadaan darurat telah tegas diatur dalam pasal 5 undang – undang No 29/2004 tentang praktik kedokteran, dimana seorang dokter wajib melakukan pertolongan darurat atas dasar prikemanusiaan. Rumah sakit di Indonesia memiliki kewajiban untuk menyeleggarakan pelayanan gawat darurat 24 jam sehari sebagai salah satu persyaratan izin rumah sakit. Dalam pelayanan gawat darurat tidak diperkenankan untuk meminta uang muka sebagai persyaratan pemberian pelayanan.

### 2.1.3.2 Klasifikasi Pelayanan IGD

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009. Klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat terdiri dari :

- 1) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
- 2) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.
- 3) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C.
- 4) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

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

### 2.1.3.3 Tujuan Pelayanan Gawat Darurat

Tujuan pelayanan gawat darurat, seperti disebutkn dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat (Kemenkes RI, 2011) adalah:

- 1) Mencegah kematian dan cacat (*to save life and limb*) pada pasien gawat darurat sehingga dapat hidup sebagaimana mestinya.
- 2) Merujuk pasien gawat darurat melalui system rujukan untuk memperoleh penanganan yang memadai.
- 3) Menanggulangi korban bencana

### 2.1.3.4 Tenaga Kesehatan Dalam Pelayanan di IGD

Pengaturan tindakan medis secara umum dalam UU No.36 Tahun 2009 tentang kesehatan dapat dilihat dalam pasal 63 ayat (4) yang menyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan atau perawatan berdasarkn ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan wewenang untuk itu

Perawat merupakan sub komponen dari sumber daya manusia khusus tenaga kesehatan yang ikut menentukan mutu pelayanan kesehatan pada unit pelayanan kesehatan. Keperawatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang menjadi bagian dari system pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan pelayanan perawat, perawat selalu mengadakan interaksi dengan pasien, keluarga, tim kesehatan dan lingkungannya dimana pelayanan tersebut dilaksanakan (Potter dan Perry, 2005).

### 2.1.3.5 Kecepatan Pelayanan Kesehatan Di IGD

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomer: 63 KEP/M.PAN/7/2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, menjelaskan Kecepatan pelayanan kesehatan yaitu suatu kemampuan untuk pelayanan yang cepat (responsif). Pelayanan adalah suatu bagian atau urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan terhadap pelanggan. Dalam kamus besar bahasa Indonesia pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain, sedangkan melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang.

Pelayanan yang cepat menentukan kepuasan pasien, berapa lama pasien harus menunggu di loket pendaftaran hingga dia mendapatkan kartu, demikian hal ketika menunggu untuk diperiksa dokter, di apotik, di laboratorium, dll. Kecepatan pelayanan yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan (Kepmenkes, 2003).

Kecepatan pelayanan adalah pelaksanaan tindakan atau pemeriksaan oleh dokter dan perawat dalam waktu kurang dari 5 menit dari pertama kedatangan pasien di IGD, waktu tanggap pada system realtime, dedefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi peertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi, disebut dengan event response time. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap Angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat / emergency response time rate (Depkes RI, 2008).



Pelayanan pertama gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap penderita gawat atau darurat yang dilayani dengan tindakan life saving oleh petugas gawat darurat lebih dari 15 menit. Waktu yang diperlukan pasien sejak masuk rumah sakit sampai dilakukan alih rawat/ rawat jalan/ operasi emergency di IGD, menggunakan waktu 2 jam sebagai batas toleransi lama penanganan di IGD, walaupun waktu penanganan > 2 jam bila penyebabnya Tindakan atau Resusitasi maka dinyatakan tidak masuk keterlambatan.

Menurut penelitian Erwan Jus (2008), faktor – faktor yang mempengaruhi waktu pelayanan pasien di IGD berdasarkan karakteristik perawat adalah usia, lama bekerja, dan lama pengalaman pelatihan. Sedangkan menurut Achmad (2012), pendidikan, usia, jenis kelamin, lama kerja, pengetahuan dan supervise merupakan faktor yang berhubungan dengan lama waktu tanggap perawat pada penanganan di IGD.

Sedangkan menurut penelitian yang dilakukakn oleh Mashuri (2012), waktu pelayanan di IGD dipengaruhi beberapa faktor diantaranya adalah faktor tingkat kegawatan pasien, kecepatan pelayanan, ketersediaan alat (baik medis maupun non medis), prosedur pelayanan gadar serta unit lain yang terkait dengan pelayanan gawat darurat.

Hasil dari studi berbeda menunjukkan bahwa kecepatan pelayanan kesehatan pada pasien merupakan salah atu faktor yang berpengaruh pada kepuasn pasien. Dalam penelitian yang berjudul “*reasons of patiens satisfaction at emergency department (ED)*”, menunjukkan alasan utama ketidakpuasan adalah pelayanan kesehatan yang lama 67%. Pada tahun terakhir waktu menunggu pasien

di ruang gawat darurat telah mengalami peningkatan yang besar misalnya, misalnya di Inggris waktu yang dihabiskan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meningkat menjadi 4 jam dan di Kanada 2 jam (Ajami *et al*, 2011).

Menurut *Canadian institute for health and information* (2008), strategi untuk meningkatkan kecepatan layanan kesehatan bagi pasien di IGD dalam beberapa tahun terakhir adalah dengan mengurangi waktu tinggal pasien di IGD, membuat matriks kinerja yang jelas, memberikan insentif keuangan bagi tenaga kesehatan di IGD yang melakukan tindakan pelayanan yang efisien, meningkatkan keterampilan dalam melakukan pengkajian pasien lansia di IGD, menjahit luka, pengambilan darah dll, sehingga dapat memperpendek waktu tunggu pasien di IGD.

Layanan kesahatan yang lama di IGD dapat berdampak pada ketepatan waktu akses keperawatan yang berlebihan, keprofesionalan medis, serta berkontribusi terhadap komplikasi faktor keselamatan pasien (*Canadian institute for health information*, 2005). Waktu layanan kesehatan yang lama dapat terjadi ketika departemen gawat darurat penuh sesak dan tidak mampu mengobati pasien dalam waktu yang cepat dan wajar. Waktu pelayanan yang lama adalah alasan paling umum pasien meninggalkan departemen darurat sebelum di rawat (GOA, 2009).

#### **2.1.3.6 Keberhasilan Penanganan Penderita Gawat Darurat**

Dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006). Disebutkan bahwa keberhasilan dalam mencegah kematian dan kecacatan ditentukan oleh:

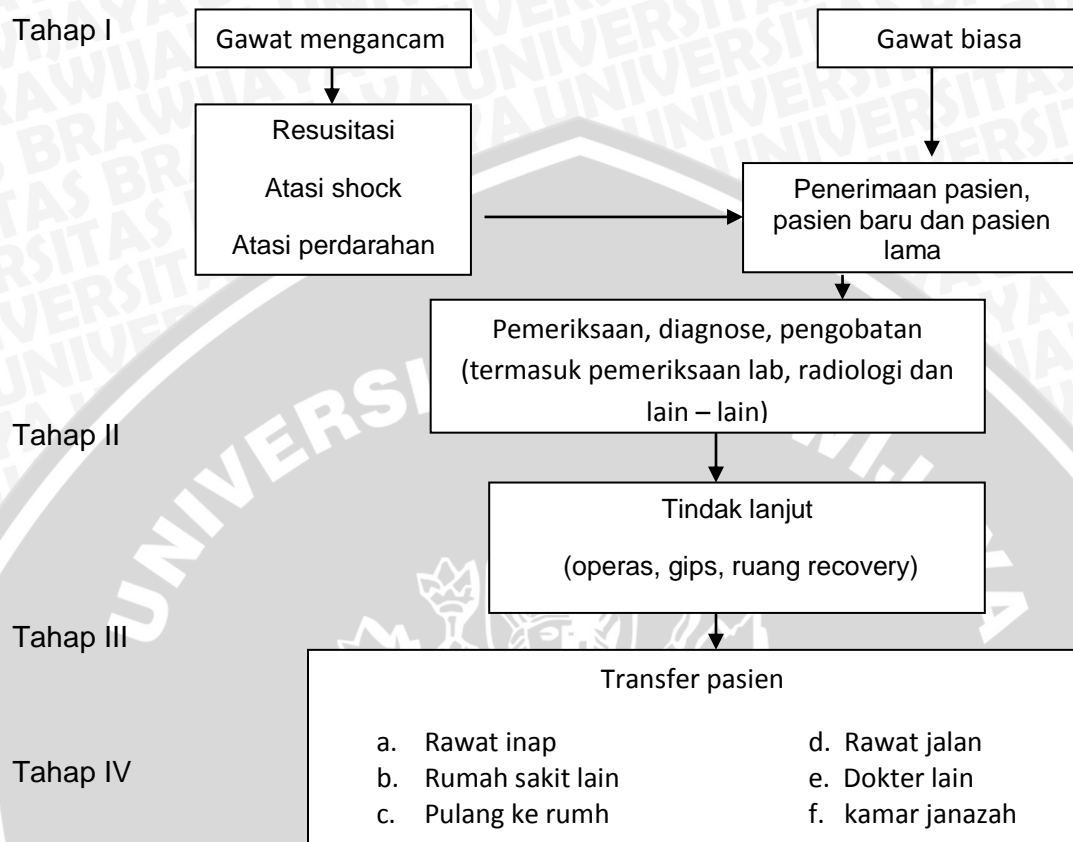
- a. Kecepatan menemukan penderita gawat darurat

- b. Kecepatan meminta pertolongan
- c. Kecepatan kualitas pertolongan yang diberikan :
  - 1) Tempat kejadian
  - 2) Dalam perjalanan ke rumah sakit
  - 3) Pertolongan selanjutnya secara mantap dipuskesmas atau Rumah sakit.

### 2.1.3.7 Alur Proses Pelayanan di IGD

Alur pelayanan pasien gawat darurat disesuaikan dengan kasus agar segera dapat penanganan yang spesifik sesuai dengan disiplin ilmu serta sesuai dengan klasifikasi IGD baik SDM, serana, parasarana, maupun peralatan medik. Apabila pada saat proses penanganan pasien gawat darurat tersebut ternyata pihak rumah sakit tidak mampu, maka pasien dapat dirujuk ke rumah sakit lain yang lebih baik dan lengkap baik SDM maupun fasilitasnya (Ariyani, 2008).

Menurut Rijadi (1997), terdapat perbedaan antara pelayan pasien gawat darurat yang mengancam dengan pasien gawat biasa. Pada kasus gawat mengancam, proses pelayanan terdiri dari tahap resusitasi, atasi shok atau perdarahan dan tahap transfer pasien, sedangkan pada kasus gawat biasa, proses pelayanan terdiri dari empat tahap, yaitu : tahap penerimaan pasien, tahap pemeriksaan, diagnose, pengobatan, tahap tidak lanjut dan tahap transfer pasien. Alur proses untuk kedua jenis kasus dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Sumber: Rijadi, (1997)

Gambar 2.1 Alur proses pelayanan di IGD

## 2.2 Konsep Pelayanan Keperawatan

### 2.2.1 Pelayanan Keperawatan

Seperti yang tercantum dalam Undang-Undang No. 23/92 tentang kesehatan, bahwa profesi perawat adalah merupakan profesi tersendiri yang setara dan sebagai mitra dari disiplin profesi kesehatan lainnya. Masyarakat dewasa ini sudah mulai memperhatikan pemberi jasa pelayanan kesehatan termasuk tenaga

keperawatan yang merupakan penghubung utama antara masyarakat dengan pihak pelayanan secara menyeluruh.

Agung (2010), mengemukakan bahwa pelayanan keperawatan merupakan sebuah bantuan, dan pelayanan keperawatan ini diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, adanya keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemampuan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Pada hakikatnya kegiatan atau pun tindakan keperawatan bersifat membantu (*assistive in nature*).

Hidayat (2008) menjelaskan bahwa pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Jadi pelayanan keperawatan adalah salah satu bentuk pelayanan profesional, bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan dan juga sebagai salah satu faktor penentu baik buruknya mutu dan citra rumah sakit. Pelayanan keperawatan mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (Asmadi, 2008). Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, salah satunya dapat dilakukan dengan mempersiapkan tenaga perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi yang terdiri dari kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal (Robbins, 2008).

## 2.2.2 Pelayanan Keperawatan di IGD

Menurut Luis *et al* (2014). Menjelaskan bahwa pelayanan keperawatan di departemen gawat darurat merupakan suatu bentuk pelayanan yang berorientasi kepada pasien dan keluarga dimana perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penyediaan layanan kesehatan dan pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien, selain itu perawat gawat darurat dituntut untuk memiliki pengetahuan yang luas dan mempunyai keterampilan yang mumpuni supaya bisa memberikan pelayanan yang berkualitas terhadap pasien, sedangkan kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang perawat gawat darurat diantaranya: Mampu membuat keputusan terkait pelayanan dan asuhan di IGD, mempunyai keterampilan khusus, berpengetahuan cukup luas, mempunyai naluri kepemimpinan, empati dan mempunyai rasa percaya diri.

Di IGD Rumah Sakit perawat merupakan sub komponen penting dalam pelayanan kesehatan, terutama dalam menentukan tingkat kegawat daruratan pasien (Triase). Dimulai pada saat kedatangan pasien ke gawat darurat, perawat menilai tingkat urgensi pasien dan mengutamakan perawatan berdasarkan tingkat keparahan pasien, mendeteksi risiko aktual dan potensial, dan menyediakan perawatan untuk pasien. Setelah triase selesai, dilanjutkan pada proses asuhan keperawatan mulai dari perencanaan sampai evaluasi (Luis *et al*, 2014).

### 2.2.2.1 Klasifikasi Kegawat Daruratan Pasien Di IGD (Triase)

Untuk menilai dan menentukan tingkat urgensi masalah kesehatan yang dihadapi pasien diselenggarakan *triase* (Mashuri, 2012). Sesuai dengan buku

pedoman yang akreditasi Rumah Sakit yang dikeluarkan departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007), pengelompokan pasien meliputi :

a. Pasien Gawat Daurat

Pasien yang tiba – tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak dapat pertolongan secepatnya. Contoh : pasien gawat nafas, kejang, koma.

b. Pasien akut

Pasien yang akibat musibah datang tiba – tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya. Contoh : luka sayat.

c. Pasien tidak gawat darurat

Kasus tidak gawat dan tidak darurat dikenal dengan istilah false emergency. Contoh : pasien dengan TBC kulit

Klasifikasi kegawatan pasien menurut *system Triage Emergency Nursing*, 1997 dalam Ariyani, (2008)

a. *Emergency* (Prioritas 1)

Suatu kondisi yang perlu tindakan medis segera, keterlambatan dalam memberikn tindakan yang cepat dan tepat dapat menyebabkan pasien meninggal, cacat. Kondisi yang memerlukan prioritas tinggi dalam memberikan layanan /tindakan medic sumabtan jalan napas dan kesulitan bernapas.

b. *Urgent* (Prioritas 2)

Suatu kondisi yang memerlukan tindakan medik  $\leq 1$  jam dan mungkin bisa jatuh kedalam keadaan yang mengancam nyawa bila tidak ada pengobatan

c. *Non urgent* (Prioritas 3)

Suatu kondisi yang tidak memerlukan penanganan di IGD. Waktu bukanlah satu faktor yang penting. Prioritas terakhir dalam memberikan tindakan adalah pada kasus – kasus tertentu seperti DOA yang nyata, sakit kepala ringan.

Berapa lama pasien menunggu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di instalasi gawat darurat sangat bervariasi. Beberapa variasi dari medis dapat diterima dan didasarkan pada urgensi kondisi pasien pada saat kedatangan di departemen darurat. Berdasarkan Kepmenkes (2008) waktu tanggap pelayanan gawat darurat adalah  $\leq 5$  menit pasien sudah dilayani oleh dokter IGD. Sehingga pasien tidak menunggu  $>$  dari 5 menit untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Sistem klasifikasi yang paling umum digunakan di bagian gawat darurat Kanada untuk menentukan uregensi atau keparahan kondisi pasien pada saat kedatangan ke gawat darurat adalah *Canadian Triage and Acuty Scale* (CATS), yang dikembangkan oleh *Canadian Association of emergency phsysicians* pada tahun 1998. CATS sedang digunakan pada sekitar 80% dari bagian gawat darurat Kanada untuk jaminan kualitas dan standarisasi. CATS, akan memungkinkan pendeteksian data yang konsisten dan membantu mengurangi waktu tunggu di instalasi gawat darurat (Sullivan, 2012).



Tabel 2.1 Rekomendasi waktu pasien di IGD mulai triase sampai dengan tindakan perawat, dokter.

CATS LEVEL	Tingkat keakutan	Waktu untuk perawat	Waktu untuk dokter
1	Resuscitation	Langsung (0 menit)	Langsung (0 menit)
2	Emergent	Langsung (0 menit)	≤ 15 menit
3	Urgent	≤ 30 menit	≤ 30 menit
4	Less urgent	≤ 60 menit	≤ 60 menit
5	Non- urgent	≤ 120 menit	≤ 120 menit

Sumber: CATS Implementation Guideline

Menurut *Ministry of Health and Long-Term Care* tahun 2010, level dari CATS dibagi menjadi 2 kategori yaitu:

1. *Hight Acuty*

- a. Tingkat I (*Resuscitation*): Kondisi yang mengancam hidup atau resiko besar akan diteriorientation, membutuhkan intervensi yang cepat dan langsung (misalnya, cardiac arrest trauma besar atau shock).
- b. Tingkat II (*Emergent*): Kondisi yang merupakan potensi ancaman terhadap jiwa atau fungsi ekstremitas, memerlukan intervesni cepat atau tindakan dedelegasikan (misalnya cedera kepala, nyeri dada, gastrointestinal, perdarahan, sakit perut dengan gejala visceral, neonatus dengan hiperbilirubinemia).
- c. Tingkat III (*Urgent*): Kondisi yang berpotensi berkembang menjadi masalah darurat yang serius (misalnya asma ringan atau sedang dyspnea, trauma moderat, vomiting dan diare pada pasien anak – anak).

## 2. *Low Acuty*

- a. Tingkat IV (*Less Urgent*): Kondisi yang berkaitan dengan usia pasien, distress atau potensi kerusakan atau komplikasi yang akan mendapat intervensi atau *reassurance* dalam 1 sampai 2 jam (misalnya gangguan perkemihan atau kencing, nyeri perut ringan, sakit telinga).
- b. Tingkat V (non – Urgent) Kondisi dimana pengkajian atau intervensi bisa di tunda atau disebut area lain dari rumah sakit atau system perawatan kesehatan. (sakit tenggorokan, menstulasi, kondisi yang berkaitan dengan masalah kronis, keluhan kejiwaan tanpa keinginan upaya bunuh diri).

### 2.2.2.2 Pelayanan asuhan keperawatan di IGD

Pelayanan asuhan keperawatan gawat darurat adalah rangkaian kegiatan praktek keperawatan kegawatdaruratan diberikan oleh perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan di IGD rumah sakit. Proses keperawatan terdiri atas lima langkah meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan (Kemenkes, 2011). Dalam melakukan proses asuhan keperawatan perawat gawat darurat juga harus mampu menciptakan suasana yang mendorong dan memperkuat hubungan perawat-pasien untuk mengembangkan pemahaman yang komprehensif tentang pasien terkait dengan asuhan yang dilakukan. Perawat gawat darurat bertanggung jawab untuk menjaga martabat individu terhadap penderitaan yang dialami; mendukung keluarga mereka dalam mengatasi kecemasan, ketakutan, atau kesedihan; mempromosikan perawatan diri dan harga diri; dan memberikan

dukungan, informasi, dan pelatihan untuk keluarga sehingga mereka dapat menjadi peserta aktif dalam perawatan. Mengamati, merekam, dan pelaporan kepada anggota lain dari tim perawatan darurat tentang perubahan status pasien; mengidentifikasi potensi risiko untuk pasien; dan mencegah komplikasi dan situasi krisis. Hal ini bisa melingkupi dari tanggung jawab seorang perawat gawat darurat (Luis *et al*, 2014).

Menurut Kusananto (2004), fungsi perawat IGD adalah:

- a. Mengkaji kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
- b. Merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan
- c. Melaksanakan rencana keperawatan meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan pasien dan keadaan terminal
- d. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
- e. Mendokumentasikan proses keperawatan
- f. Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan pengembangan keterampilan dan praktek keperawatn
- g. Berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan pelaynan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok serta masyarakat.
- h. Bekerja sama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat

- i. Mengelola perawatan pasien dan berperan sebagai ketua tim dalam melaksanakan kegiatan keperawatan

Selain berpengetahuan yang luas, perawat gawat darurat harus memiliki kemampuan teknis khusus yang merupakan bagian terpenting dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien dan keluarga, yaitu:

- Pelayanan dan asuhan keperawatan berorientasi kepada Pasien / keluarga
- Mempunyai Keahlian computer
- Mempunyai *teamwork* yang baik
- Mampu manajemen peralatan biomedis
- Memiliki kemampuan membaca Interpretasi Elektrokardiogram (EKG)
- Mampu melakukan perawatan secara mandiri
- Mempunyai kemampuan dalam memberikan intervensi IV line, jalan nafas dll.
- Pengumpulan dan penilaian tanda-tanda vital
- Mampu mengatasi krisis dan pencegahan konflik / manajemen
- Kemampuan untuk mengambil risiko dan bekerja di lingkungan yang tak terduga
- Kemampuan untuk membuat keputusan
- Manajemen darurat sering terlihat
- Perawatan pasien awal kritis (Luis Dan Maria *et al*, 2014).

Megacu kepada pelayanan kegawat daruratan, Depkes RI (2006), menyebutkan perawat gawat darurat mempunyai peran dan fungsi : a) fungsi independen, fungsi mandiri berkaitan dengan pemberian asuhan (*care*), b) fungsi dependen, fungsi yang dideligasikan sepenuhnya atau sebagian dari profesi lain, c)

fungsi kolaboratif, yaitu melakukan kerjasama saling membantu dalam program kesehatan (perawat sebagai anggota tim kesehatan).

#### **2.2.4 Faktor-faktor yang Mendukung Pelayanan Keperawatan di IGD**

Widodo (2009), mengutarakan bahwa tugas dan tanggung jawab perawat bukan hal yang ringan untuk dipikul. Disatu sisi perawat bertanggung jawab terhadap tugas fisik, administratif dari instansi tempat bekerja, menghadapi kecemasan, keluhan dan mekanisme pertahanan diri pasien yang muncul pada pasien akibat sakitnya, ketegangan, kejenuhan dalam menghadapi pasien dengan kondisi yang menderita sakit kritis atau keadaan terminal, disisi lain ia harus selalu dituntut untuk selalu tampil sebagai profil perawat yang baik oleh pasien.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009) seorang perawat di unit gawat darurat harus memiliki kemampuan ataupun kriteria sebagai berikut:

1. Mampu mengenal klasifikasi pasien: fase emergency, ringan, berat, mengancam jiwa, *Death on arrival* (DOA).
2. Mampu mengatasi: kejang syok, gawat nafas, kegagalan jantung, kegagalan paru, kegagalan otak, kejang, koma, perdarahan, nyeri hebat daerah pinggul, kasus orthopedic.
3. Mampu melakukan pencatatan dan laporan pelayanan asuhan keperawatan.
4. Mampu berkomunikasi secara intern (sesama tim kesehatan, klien dan keluarga, pimpinan) maupun secara ekstern (antar rumah sakit, dinas kesehatan dan departemen kesehatan).

Pratiwi (2011), mengemukakan bahwa ada beberapa aspek utama yang mendukung pelayanan keperawatan di Unit Gawat Darurat diantaranya jumlah perawat yang cukup akan meningkatkan pelayanan, ketanggapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kelengkapan fasilitas Unit Gawat Darurat.

### 2.2.5 Prinsip Perawat IGD

Gartinah (2008), menjelaskan bahwa prinsip umum perawat gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Bersikap tenang tetapi cekatan dan berpikir dalam bertindak (jangan tunjukkan kepanikan).
2. Sadari peran perawat dalam menghadapi klien dan keluarganya.
3. Lakukan pengkajian yang cepat dan cermat terhadap masalah yang mengancam jiwa.
4. Lakukan pengkajian sistemik, sebelum melakukan tindakan secara menyeluruh.
5. Lakukan tindakan penyelamatan jiwa atau kehidupan.
6. Perhatikan posisi korban dan atur posisi pasien dan lindungi pasien dari kedinginan.
7. Jika korban sadar, jelaskan apa yang terjadi, berikan bantuan untuk menenangkan dan yakinkan akan ditolong.
8. Hindari mengangkat atau memindahkan yang tidak perlu, memindahkannya hanya jika ada kondisi yang membahayakan.

9. Jangan diberi minum jika terdapat trauma abdomen atau diperkirakan kemungkinan tindakan anastesi dalam waktu dekat.
10. Jangan pindahkan sebelum pertolongan pertama selesai dilakukan dan terdapat alat transportasi yang memadai.

## **2.3 Konsep Kepuasan Pasien**

### **2.3.1 Definisi Kepuasan**

Kepuasan adalah suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan dapat dipenuhi melalui produk yang diberikan (Haffizurrahman,2004). Kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan (Gerson,2004). Kepuasan sebagai perasaan yang timbul setelah mengevaluasi pengalaman pemakaian produk (Tjiptono dan Chandra,2005). Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesan terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dengan harapan yang dimiliki (Kotler,2003). Kepuasan berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh oleh pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan (Wexley dan Yuki,1997).

Berdasarkan dari beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan atau melebihi harapan yang diinginkan.

### 2.3.2 Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien dapat diartikan sebagai suatu sikap konsumen yakni beberapa derajat kesukaan atau ketidaksukaannya terhadap pelayanan yang pernah dirasakan, oleh karena itu perilaku konsumen dapat juga diartikan sebagai model perilaku pembeli (Ilyas, 2000). Kepuasan pengguna pelayanan kesehatan mempunyai kaitan dengan hasil pelayanan kesehatan yang penting baik secara medis maupun secara ekonomis seperti kepatuhan terhadap pengobatan, pemahaman terhadap informasi medis dan kelangsungan perawatan (Lewis *dkk*, 1986). Kepuasan pasien merupakan evaluasi setelah pemakaian dimana pelayanan yang diberikan sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pasien (Engel *dkk*, 2001). Kepuasan konsumen merupakan faktor dasar yang menentukan proses pembelian selanjutnya (Engel *dkk*, 1995). Pasien akan melakukan evaluasi terhadap pelayanan yang diterimanya dan dari evaluasi itulah pasien mengetahui apakah mereka merasa puas dengan pelayanan yang diberikan atau tidak. Bagi pasien, kepuasan biasanya akan dikaitkan dengan kenyamanan, kebersihan, kecepatan pelayanan, keramahan, dan perhatian dari penyedia jasa. Apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan harapan pasien maka akan menimbulkan ketidakpuasan (Engel *dkk*, 2001). Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek yang sangat penting bagi pasien itu sendiri dan bagi pemberi pelayanan kesehatan pasien (Lewis *dkk*, 1986).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa dari hasil evaluasi terhadap suatu jasa atau pelayanan yang diterima oleh pasien

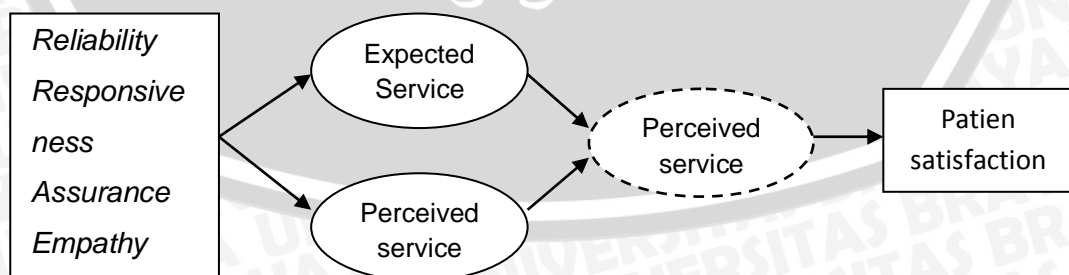


### 2.3.3 Indikator Untuk Mengukur Kepuasan Pasien

Indikator untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan mengacu pada teori Servqual (service quality) model yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry pada tahun 1985 hingga 1994. Model servqual ini didasarkan pada 5 dimensi, antara lain (Parasuraman *et al.*, 1994).

- *Reliability* (kehandalan), yakni pernyataan tentang kemampuan dalam memberikan pelayanan yang disajikan dengan akurat dan dapat di andalkan
- *Responsiveness* (daya tanggap), yakni pernyataan tentang ketersediaan dalam membantu pelanggan dan memberikan pelayanan dengan cepat
- *Assurance* (jaminan), yakni pernyataan yang mencakup pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka dalam menimbulkan keyakinan dan kepercayaan pelanggan
- *Empathy* (Empati), yakni pernyataan yang meliputi kepedulian, perhatian pribadi yang diberikan perusahaan kepada pelanggannya
- *Tangibles* (bukti fisik), yakni pernyataan tentang fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan staf.

Service Quality (Servqual) Model



Sumber: Parasuraman *et al.* (1998)

#### 2.3.4 Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien

Mengukur kepuasan pasien dapat digunakan sebagai alat untuk evaluasi kualitas pelayanan kesehatan, evaluasi, terhadap konstitusi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, membuat keputusan administrasi, evaluasi efek perubahan dari organisasi pelayanan, administrasi staf dan fungsi pemasaran serta formasi etik professional (Jacobalis,1989).

Dalam situasi rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani, karena pasien adalah klien yang terbanyak, maka manfaat yang dapat diperoleh bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut :

- a. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- b. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- c. Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengarkan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatkan pendapatan rumah sakit).
- d. Berbagai pihak yang berkepentingan di rumah sakit seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.

- e. Didalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktek tidak terjadi (Azwar,1996).

### 2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Kepuasan tidak hanya dipengaruhi oleh factor pemberi pelayanan saja tetapi juga dipengaruhi faktor dari luar maupun dari dalam diri pasien. Faktor dari dalam mencakup sumber daya, pendidikan, pengetahuan, dari sikap. Faktor dari luar mencakup budaya, sosial ekonomi, keluarga dan situasi yang dihadapi (Gerson,2004).

Faktor-faktor dasar yang mempengaruhi kepuasan yaitu :

- a. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku individu, yang mana makin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang kesehatan, maka makin tinggi untuk berperan serta.

- b. Kesadaran

Bila pengetahuan tidak dapat dipahami, maka dengan sendirinya timbul suatu kesadaran untuk berperilaku berpartisipasi.

- c. Sikap Positif

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sedangkan salah satu kompensasi dari sikap yang

positif adalah menerima (receiving), diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

d. Sosial Ekonomi

Pelayanan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan biaya yang telah dikeluarkan oleh pasien. Semakin tinggi biaya yang dikeluarkan oleh pasien maka semakin baik pelayanan yang diberikan.

e. Sistem Nilai

Sistem nilai seseorang pasien sangat mempengaruhi seseorang pasien untuk mempersepsikan pelayanan kesehatan yang diberikan.

f. Pemahaman Pasien Tentang Jenis Pelayanan Yang Akan Diterimanya

Tingkat pemahaman pasien terhadap tindakan yang diberikan akan mempengaruhi tingkat kepuasan seseorang terhadap tindakan.

g. Empati Yang Ditunjukkan Oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan

Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan pasien (compliance) (Notoatmodjo,2003).

### 2.3.6 Klasifikasi Kepuasan Pasien

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert (dikenal dengan istilah skala Likert), kepuasan pasien dapat dikategorikan dan dikuantifikasi (Nursalam 2008).

1. Sangat puas, diartikan sebagai ukuran subjectif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat

bersih (untuk parasaran), sangat ramah (untuk hubungan dokter atau perawat), atau sangat cepat (untuk proses administrasi) yang sesungguhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi. dapat dikuantifikasi dengan bobot nilai 3.

2. Puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidk terlalu bersih (untuk asrama), agak kurang cepat (proses administrasi), atau agak kurang ramah yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang. dapat dikuantifikasi dengan bobot nilai 2.
3. Tidak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai dengan kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk asrama), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori rendah. dapat dikuantifikasi dengan bobot nilai 1.

Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi harapan rata-rata pasien. Sedangkan pasien akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diberikan perawat melebihi apa yang diharapkan pasien (Nursalam 2003).