

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. (Siregar, 2004). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/ PER/ I/ 2010 tentang perizinan rumah sakit disebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.(Triwibowo, 2012).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan. Sarana kesehatan berfungsi melakukan upaya kesehatan dasar, kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan

kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*curatif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Siregar, 2004).

b. Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan penderita yang langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis, pelayanan farmasi, dan pelayanan keperawatan. Pelayanan penderita melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit atau luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan (Siregar, 2004)

c. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa tugas rumah sakit adalah memberikan kesehatan perorangan secara paripurna sedangkan fungsi rumah sakit adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit menurut Aditama dalam Triwibowo (2012) setidaknya terdapat 5 (lima) fungsi sebagai berikut:

- 1) Menyediakan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya.
- 2) Memiliki pelayanan rawat jalan
- 3) Melakukan pendidikan dan pelatihan
- 4) Melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan.
- 5) Melaksanakan program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi disekitarnya.

d. Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 19 yaitu rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan khusus. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik adalah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yaitu Badan Layanan Umum (BLU). Pengertian atau definisi BLU diatur dalam pasal 1 angka 23 UU no. 1 tahun 2004 tentang perbendaharaan Negara, yaitu “Badan Layanan Umum adalah instansi dilingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas”. Hal ini berarti rumah sakit publik tidak bertujuan untuk mencari laba atau keuntungan. (Triwibowo, 2012).

Rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit berbentuk perseroan terbatas atau persero. Menurut astuti (2009), rumah sakit swasta adalah rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta atau non pemerintah, yaitu beberapa orang (*person*) sepakat untuk mendirikan badan hukum (*rechtperson*) dan badan hukum ini melakukan kegiatan dalam bidang pendirian dalam menjalankan rumah sakit. Selain didirikan oleh *persoon*, sering juga terdapat rumah sakit yang didirikan oleh kelompok-kelompok, seperti kelompok agama. Adapun bentuk badan hukum rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta ini lazimnya digunakan oleh yayasan

(*stichting*). Menurut Martafari (2009), rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah baik pusat, daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum daerah adalah rumah sakit umum milik pemerintah provinsi, kabupaten atau kota yang berlokasi di daerah provinsi, kabupaten dan kota.

UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 24 menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum kelas D. klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B, dan rumah sakit khusus kelas C.

Selanjutnya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 tentang klasifikasi Rumah Sakit mengatur klasifikasi rumah sakit secara lebih detail berdasarkan layanan, sumberdaya manusia, peralatan, sarana prasarana dan administrasi manajemen. (Triwibowo, 2012).

2. Instalasi Gawat Darurat

a. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen Pemerintah Daerah untuk membantu Pemerintah Pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD.

b. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

IGD rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (*response time*) (Depkes RI. 2006). Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) 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).

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar. Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat.

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit dari Depkes RI (2010):

- 1) Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan 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 IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
- 7) Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

c. Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut.

Tabel 2.1. Key Performance Indicators Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving	
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	24 jam
	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
	Kepuasan pelanggan	≥ 70%
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

Sumber: SPM Rumah Sakit Tahun 2008

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi korban dengan tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan.

3. Waktu Tanggap (*Response Time*)

IGD sebagai gerbang utama penanganan kasus gawat darurat di rumah sakit memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan hidup klien. Wilde (2009) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*response time*). Menurut Kepmenkes Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS), waktu tanggap pelayanan dokter di instalasi gawat darurat memiliki standar maksimal 5 menit di tiap kasus.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes RI, 2009).

Hendrik Pranowo, Sulisty, *et.al.*, (2006) menyatakan bahwa waktu penatalaksanaan kegawatdaruratan medis dan *response time* berpengaruh terhadap mutu pelayanan di instalasi gawat darurat. Dalam Penelitian yang dilakukan Aslian (2009) didapatkan hasil bahwa respon dokter triase atau respon terhadap pasien dengan jenis kegawatan *true emergency* dan *false emergency* mempengaruhi mutu rumah sakit.

Penyusunan standar tenaga keperawatan di rumah sakit diharapkan dapat digunakan untuk menetapkan kebutuhan tenaga

keperawatan berdasarkan kualifikasi dan jenis pelayanan keperawatan di di rumah sakit. Dalam penanganan gawat darurat ada filosofi “*Time Saving is Life Saving*” artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan bahwa pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Sutawijaya, 2009).

4. Konsep Triase

a. Pengertian Triase

Triase adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien atau kegawatannya yang memerlukan tindakan segera. Dalam triage, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu ≤ 10 menit. Penggunaan awal kata “*trier*” mengacu pada penampisan *screening* di medan perang. Kata ini berasal dari bahasa Perancis yang berarti bermacam-macam dalam memilah gangguan. Dominique larrey, ahli bedah Napoleon Bonaparte yang pertama kali melakukan triase. Kini istilah tersebut 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 (IGD) setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

Triage yang akurat merupakan kunci untuk tindakan yang efisien di Instalasi Gawat Darurat (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). Triase memiliki fungsi penting di Instalasi Gawat Darurat (IGD), di mana 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. Triase 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).

b. Pembagian Triase

Berbagai sistem triase mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Tujuan triase adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan.

Triase terbagi atas *Single Patient Triage* dan *Routine Multiple Casualty Triage*.

1) *Single Patient Triage*

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

- a) Resusitasi adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat dan mengancam nyawa serta harus mendapat penanganan resusitasi segera.
- b) *Emergent* 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 kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan ringan dan tidak ada kemungkinan menderita penyakit atau mempunyai riwayat penyakit yang serius.

2) *Routine Multiple Casualty Triage*

a) *Simple triage and rapid treatment (START)*

Dalam *Hospital Preparedness for Emergencies & Disasters* (2007) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident* korban massal 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 boleh lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien ke dalam 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 *air way*, *breathing*, *circulation*, *disability* and *exposure*. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah *air way* dibebaskan, pernafasan > 30 kali permenit, *capillary refill* > 2 detik.
- Hitam: meninggal dunia

b) Triase bila jumlah pasien sangat banyak

SAVE (secondary Assessment of Victim Endpoint).

Sistem ini dapat mentriase dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu bila dilakukan dilapangan dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit definitive (Depkes, 2007a). Kategori triase dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

- 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

5. Pendekatan Manajemen pada Triase di Instalasi Gawat Darurat

a. Pengorganisasian Triase di Instalasi Gawat Darurat

Pengorganisasian merupakan proses penyusunan pembagian kerja ke dalam unit-unit kerja dan fungsi-fungsinya beserta penempatannya dengan cara yang tepat mengenai orang-orangnya (*staffing*) yang harus menduduki fungsi-fungsi itu berikut penentuannya dengan tepat tentang hubungan wewenang dan tanggung jawabnya (Handoko, 2003).

b. Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional

Lumenta (2012) menyatakan bahwa kebijakan adalah rangkaian konsep dan ketentuan pokok yang menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsistensi dengan tujuan organisasi, sedangkan standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. SPO membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan dibawah standar dengan memberikan langkah-langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan berbagai kegiatan.

Standar prosedur operasional disusun dengan tujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Standar prosedur

operasional disusun didasarkan atas kebijakan yang berlaku (Lumenta, 2012).

c. Sumber Daya

1) Sumber Daya Manusia

Menurut Handoko (2003), sumber daya manusia merupakan titik kunci untuk mencapai keberhasilan suatu tujuan organisasi. Oleh karena itu perencanaan dan kebutuhan sumber daya manusia perlu dikaji secara mendalam. Perencanaan sumber daya manusia merupakan suatu proses untuk menentukan jumlah, jenis tenaga kerja yang dibutuhkan organisasi, pada waktu dan tempat yang tepat, dengan harapan tenaga kerja tersebut mampu melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan harapan organisasi. Triase di Instalasi Gawat Darurat dapat dilakukan oleh dokter maupun perawat yang bersertifikasi gawat darurat.

2) Sarana dan Pendukung Triase

Sarana tempat layanan triase di Instalasi Gawat Darurat harus tersedia dan memiliki kapasitas yang memadai dengan kondisi bangunan kokoh saat terjadi bencana. Oleh karena itu desain dan konstruksi bangunan daerah rawan gempa harus kuat dan lebih khusus di bandingkan bangunan daerah yang tidak rawan gempa (Depkes RI, 2007b).

Selain itu diperlukan lokasi pemisahan khusus untuk pasien infeksius dan non-infeksius serta area dekontaminasi sebelum

pasien memasuki ruang tindakan ataupun pengobatan. Namun pada pelaksanaannya area triase dilakukan pada daerah yang lebih fleksibel mengikuti jumlah dan kapasitas Instalasi Gawat Darurat terutama saat bencana terjadi.

Hal lain yang harus difikirkan petugas triase adalah daya tampung dan fasilitas rumah sakit yang ditetapkan tidak hanya berdasarkan jumlah tempat tidur yang tersedia, tetapi juga berdasarkan kapasitasnya untuk merawat korban. Dalam suatu kejadian bencana massal permasalahan yang muncul dalam penanganan korban adalah kapasitas perawatan bedah dan unit perawatan intensif.

Standar tempat penerimaan korban di rumah sakit dimana triase dilakukan (Depkes RI, 2007b) adalah:

- a) Akses langsung dengan tempat dimana ambulans menurunkan korban
- b) Merupakan tempat tertutup
- c) Dilengkapi dengan penerangan yang cukup
- d) Akses yang mudah ketempat perawatan utama seperti Instalasi Gawat Darurat, Kamar Operasi dan Unit Perawatan Intensif.

d. Sistem Transportasi, Informasi dan Komunikasi

- 1) Transportasi

Kesiapan transportasi sebagai alat pengangkutan baik berupa barang maupun korban dan petugas kesehatan sangat dibutuhkan dalam menjalankan proses triase. Keperluan alat transportasi ini mengharuskan sektor kesehatan berkoordinasi dengan rumah sakit lain guna kepentingan proses pengangkutan dan rujukan serta lembaga lain untuk dukungan penyediaannya.

2) Informasi dan Komunikasi

Informasi dan komunikasi sangat diperlukan dalam proses triase masuk/rujuknya pasien ke dan dari Instalasi Gawat Darurat terutama saat terjadi krisis dan bencana massal. Depkes RI (2007b), mengemukakan bahwa perencanaan kesiapan informasi internal rumah sakit menyangkut pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi korban yang masuk/datang ke rumah sakit, sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan ketersediaan tenaga dan lain-lain.

Pelayanan kegawatan medik di Inggris diorganisasi secara triase tidak langsung dan triase langsung. Triase tidak langsung pertama tama penderita/penolong kontak dengan telepon 999 dan kemudian penelpon mendapat nasehat kemana mencari pertolongan. Triase langsung, penderita dapat masuk pada saat yang baik ke pelayanan gawat darurat medik dan kemudian dinilai keadaan penderita sebelum dibawa ke tempat pelayanan yang tepat (Soenarjo, 2004).

Salah satu bentuk informasi dan komunikasi yang kini gencar dilakukan adalah *telenursing*. *Telenursing* yang sudah berlaku di Indonesia adalah prinsip *call center* di berbagai rumah sakit dan pusat perawatan yang menerima pengaduan dan layanan melalui telepon, melakukan *teletriage* bila pasien mengalami kondisi kegawatdaruratan (*Canadian Nursing Informatics Association*, 2006).

e. Alur Pelaksanaan Triase

1) *True emergency dan False Emergency* (Pusponegoro, 2011)

- a) *True emergency* merupakan pelayanan medik gawat darurat yang memberikan pertolongan pertama mengenai diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan penderita dalam keadaan sebelum dirujuk.
- b) *False Emergency* merupakan pasien yang tidak memerlukan pemeriksaan dan perawatan segera, dapat menunggu sesuai antrian sambil tetap dilakukan observasi longgar oleh petugas.

f. *Exercises*

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan dalam pasal 10 (1) setiap tenaga kesehatan memiliki kesempatan yang sama untuk mengikuti pelatihan di bidang kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya. (2) Penyelenggara dan/atau pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas pemberian kesempatan

kepada tenaga kesehatan yang ditempatkan dan/atau bekerja pada sarana kesehatan yang bersangkutan untuk meningkatkan keterampilan atau pengetahuan melalui pelatihan di bidang kesehatan. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit dalam pasal 5 dijelaskan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

6. **Triase Rumah Sakit**

Sistem triase 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 bekerja sama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hospital*. (Hadi, 2014).

PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- 1) PAC 1 merupakan kategori pasien-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*, dan lain-lain.

2) PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal.

Pasien pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan. Contohnya antara lain stroke, *fraktur* terbuka tulang panjang, serangan asma dan lain-lain.

3) PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, mampu berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasa cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien. Contohnya antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dan lain-lain.

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, dan lain-lain.

b. *Worthing Physiology Score System* (WPSS)

Worthing Physiological Scoring System (WPSS) adalah suatu sistem skoring prognostik sederhana yang mengidentifikasi penanda fisiologis pada tahap awal untuk melakukan tindakan secepatnya, yang dituangkan dalam bentuk *intervention-calling score*. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup

tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, temperatur, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran berdasar AVPU (*alert, verbal, pain, unresponsive*) (Duckitt, *et al.*, 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 fisiologis yang masih baik.

The Worthing Physiological Scoring System (WPSS) melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi pasien, serta memberikan kategori triage yang obyektif. Selain itu WPSS memiliki beberapa keuntungan, yaitu:

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

c. *Australia Triage Scale*

Australian Triage Scale (ATS) merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga paten 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 di seluruh Australia dan Selandia

Baru. Ini adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis. Meskipun terutama alat klinis untuk memastikan bahwa pasien terlihat secara tepat waktu, sepadan dengan urgensi klinis mereka, ATS juga digunakan untuk menilai kasus. Skala ini disebut triase kode dengan berbagai ukuran hasil (lama perawatan, masuk ICU, angka kematian) dan konsumsi sumber daya (waktu staf, biaya). Ini memberikan kesempatan bagi analisis dari sejumlah parameter kinerja di Unit Gawat Darurat (kasus, efisiensi operasional, review pemanfaatan, efektivitas hasil dan biaya).

Tabel 2.2. Kategori Skala Triase Australia berdasarkan waktu tunggu maksimal.

<i>AUSTRALIAN 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 emergensi. *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit-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 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD. Contoh prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, status epileptikus, koma hipoglikemik dan lain-lain.

- 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 haemodinamik 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 dan lain-lain.
- 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, radiologis dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi dan lain-lain.
- 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 dan lain-lain.

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, *common cold*, *acne*, eksoriasi, dan lain-lain.

(Hadi, 2014)

B. Landasan Teori

1. *Patient Acuity Category Scale* (PACS)

Sistem PACS berasal dari Singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerja sama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hospital*. (Hadi, 2014).

PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- a. PAC 1 merupakan kategori pasien-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*, dan lain-lain.
- b. PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pasien pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan. Contohnya anatara lain stroke, *fraktur* terbuka tulang panjang, serangan asma dan lain-lain.

- c. PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, mampu berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasa cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien. Contohnya antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dan lain-lain.
- d. 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, dan lain-lain.

2. *Worthing Physiology Score System (WPSS)*

Worthing Physiological Scoring System (WPSS) adalah suatu sistem skoring prognostik sederhana yang mengidentifikasi penanda fisiologis pada tahap awal untuk melakukan tindakan secepatnya, yang dituangkan dalam bentuk *intervention-calling score*. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, temperatur, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran berdasar AVPU (*alert, verbal, pain, unresponsive*) (Duckitt, *et al.*, 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 fisiologis yang masih baik.

The Worthing Physiological Scoring System (WPSS) melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi pasien, serta memberikan kategori triage yang obyektif. Selain itu WPSS memiliki beberapa keuntungan, yaitu:

- a. Penilaian cepat dan akurat terhadap pasien gawat.
- b. Mengubah parameter klinis yang terukur kedalam suatu nilai skor.
- c. Peralatan (tensimeter, termometer, dan *pulse oxymetri*) yang dibutuhkan minimal, tidak menyakiti, serta mudah digunakan.
- d. Penilaian yang dilakukan akan seragam antar staf.

(Tri, 2012)

Tabel 2.3. *The Worthing Physiology Score System (WPSS)*

Physiological marker	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3
Ventilatory frequency	≤19	20–21	≥22	
Pulse	≤101	≥102		
Systolic blood pressure	≥100		≤99	
Temperature	≥35.3			<35.3
Oxygen saturation in air	96 to 100	94 to <96	92 to <94	<92
AVPU	Alert			Other
Total score				Intervention
Total score 0–1				Normal
Total score 2–4				Alert
Total score ≥5				Urgent

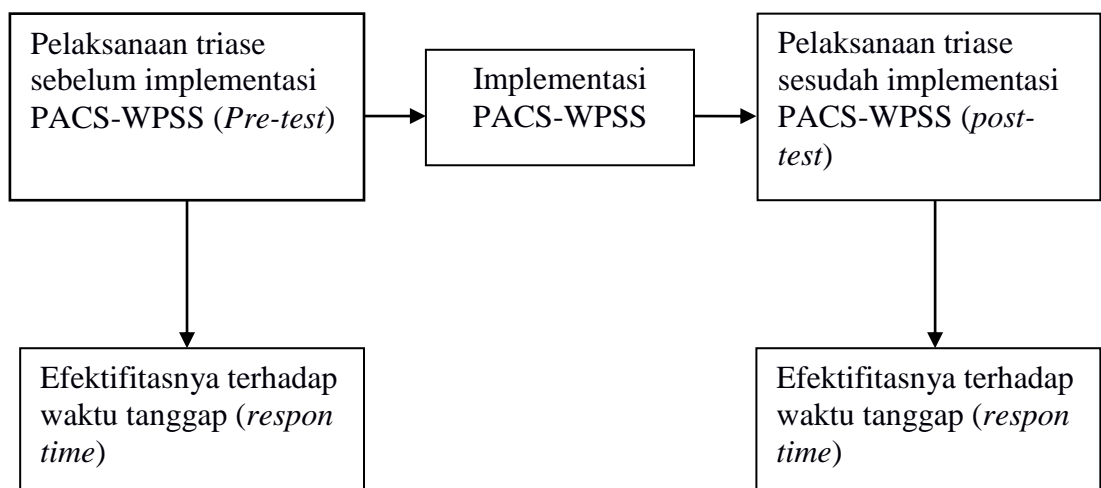
AVPU, Alert, Voice, Pain and Unconsciousness score.

C. Keaslian Penelitian

1. Hamid-Reza Khankeh, Davoud Khorasani-Zavareh, Farah Azizi-Naghdloo, Mohammad-Ali Hoseini, Mahdi Rahgozar (2013) melakukan penelitian mengenai *Triage effect on wait time of receiving treatment services and patients satisfaction in the emergency department: Example from Iran*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa triase dengan signifikan mengurangi waktu tunggu pasien dari tiba di IGD sampai mendapatkan pemeriksaan dan meningkatkan kepuasan pasien. Persamaan pada penelitian ini adalah sama-sama melakukan pengukuran waktu dari pertama pasien datang ke IGD hingga mendapatkan pemeriksaan awal. Adapun perbedaannya pada penelitian ini diukur waktu tunggu pasien sampai mendapatkan pemeriksaan awal sedangkan pada penelitian saya mengukur waktu tanggap (*response time*) tenaga kesehatan pada saat pasien datang hingga mendapatkan pemeriksaan awal.
2. Arif Darmawan (2012), melakukan penelitian mengenai Pelaksanaan Triase di Instalasi Gawat Darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah memiliki SOP dalam pelaksanaan triase yaitu menggunakan *Single Patient Triage System*. Persamaan pada penelitian ini yaitu penggunaan *response time* dalam salah satu penilaian. Sedangkan perbedaannya yaitu dipenelitian tersebut terfokus pada alur pelaksanaan triase dan kebijakan-kebijakan yang telah ditetapkan.

3. Wa Ode Nur Isnah S (2012), melakukan penelitian mengenai Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus pada Response Time 1 di Instalasi Gawat Darurat Bedah dan non Bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Hasil dari penelitian ini menunjukkan waktu tanggap (response time) penanganan kasus di IGD Bedah dan Non-Bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirhusodo. Dimana faktor-faktor yang mempengaruhi seperti tersedianya stretcher didepan pintu masuk IGD memiliki hubungan yang erat dengan ketepatan response time berdasarkan penelitian yang telah dilakukan. Persamaan dari penelitian ini adalah pada variabel pelaksanaan triase dan waktu tanggap, sedangkan perbedaan dari penelitian ini pada fokus penelitiannya yang lebih mengarah ke faktor-faktor yang mempengaruhi.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1. Kerangka Konsep