

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting dalam pencegahan terjadinya kematian dan kecacatan korban (Rudi et al., 2016). Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dan membutuhkan pertolongan pertama. Pelayanan gawat darurat berlangsung selama 24 jam dalam sehari dan diberikan kepada klien yg membutuhkan waktu segera untuk menyelamatkan hidup (Hadiansyah et al., 2019).

Salah satu kasus yang dapat mengancam jiwa pada masa sekarang yang menjadi masalah kesehatan global yaitu Corona virus Disease (Covid-19) yang mana ialah penyakit yang melibatkan pemapasan dengan tingkat keparahan yang (He et al., 2020). Berhubungan dengan cara penularannya, virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2 ini dapat menular secara kontak langsung dari manusia ke manusia dan kontak secara tidak langsung melalui udara atau droplet (Lotfi et al., 2020).

Total kasus Covid-19 secara global terkonfirmasi sebanyak 8.248.185 kasus hingga 17 Juni 2020. Pasien yang telah sembuh sebanyak 4.298.972 kasus dan pasien meninggal dunia sebanyak 445.144 kasus. Rincian negara dan jumlah kasus diantaranya Amerika Serikat 2.207.399 kasus konfirmasi dengan 199.114 kematian dan sembuh 899.254 orang, Brasil 928.798 kasus,

dengan 45.456 Kematian dan 464.774 sembuh. Rusia 545.458 kasus dengan 7.284 meninggal dan 294.306 sembuh (WHO, 2020).

Indonesia menjadi salah satu negara positif virus corona (Covid-19). Kasus pertama yang terjadi di Indonesia dialami oleh dua warga Depok, Jawa Barat. Hal tersebut diumumkan langsung oleh Presiden Joko Widodo di Istana Kepresidenan, Jakarta pada hari senin, 2 maret 2020. Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki kasus Covid-19 dengan jumlah kasus terkonfirmasi sebanyak 40.400 kasus terhitung hingga tanggal 17 Juni 2020. Jumlah ini mengalami penambahan sebanyak 1.106 kasus, bila dibanding data terakhir pada hari sebelumnya. Angka kesembuhan pasien Covid-19 di Indonesia mengalami peningkatan yaitu 15.703 orang dinyatakan sembuh (Kemenkes RI, 2020). Di Provinsi Kepulauan Riau kasus Covid-19 per 28 Januari 2022 terdapat 53.961 kasus konfirmasi, 52.160 kasus konfirmasi sembuh, dan terdapat kasus konfirmasi aktif sebanyak 42, samapai saat ini tercatat sebanyak 1.759 korban meninggal dunia dikarenakan Covid-19 (Gugus Tugas COVID-19 Kepri, 2021).

Tanda-tanda umum terinfeksi virus ini adalah demam tinggi ($>38^{\circ}\text{C}$), batuk, sesak napas, gangguan pernafasan, dan hingga kesulitan bernafas. Secara umum semua orang dapat rentan terinfeksi Covid-19 terutama jika berada di Rumah Sakit. Adapun kasus pasien suspek Covid-19 terjadi penyebaran yang besar berada pada tempat pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) (Atmojo et al., 2020)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman PSBB. Pelaksanaan PSBB dilakukan hampir di kota-kota besar di Indonesia, kegiatan PSBB adalah untuk menegaskan kembali tentang pembatasan-pembatasan aktivitas sosial orang per orang yang sangat memungkinkan terjadinya penularan dengan waktu penerapan bervariasi tergantung jumlah kasus infeksi. Masyarakat juga dihimbau untuk tidak bepergian termasuk ke fasilitas kesehatan kecuali jika sangat memerlukannya. Pada masa pembatasan ini, fasilitas layanan kesehatan pun mengurangi layanan kesehatan untuk pasien umum (pasien non COVID-19) agar fokus dalam memberikan layanan pandemi COVID-19 serta untuk mengurangi risiko penularan di fasilitas kesehatan.

Dengan adanya kasus pandemic COVID-19 maka Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan berbagai macam regulasi seperti pada pelayanan IGD yang mana memberikan layanan pada pasien COVID-19 dan non COVID-19 dengan menerapkan prosedur skrining, triase dan tata laksana kasus. Pada proses pelayanan kesehatan terjadi perubahan standar operasional dan kebijakan terutama dalam penerimaan pasien yang datang ke rumah sakit. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu pintu masuk pasien ke RS dan ramai serta rentan terjadi penyebaran COVID-19 antara pasien ke pasien lain, maupun antara pasien dan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2020).

Hal ini mendorong agar dipertimbangkan pelaksanaan suatu prosedur tetap (protap) dalam penerimaan pasien terutama di IGD. Salah satu aturan dengan pemanfaatan teknologi antara lain: pembatasan akses masuk ke RS dengan menggunakan pendaftaran secara online, telemedicine dalam proses komunikasi,

screening, triage COVID-19/Non COVID-19 dan perawatan, penggunaan uang elektronik serta rekam medik elektronik dan lainnya. Selain itu, petugas kesehatan wajib melaksanakan universal precaution untuk mencegah penyebaran COVID-19 (Kemenkes, 2020).

Kondisi pandemi COVID-19 berdampak pada tingginya kunjungan pasien ke Rumah Sakit. Salah satu tempat yang mengalami peningkatan jumlah kunjungan pasien selama pandemi adalah ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD). Meningkatnya jumlah kunjungan pasien ke IGD di masa pandemi ini memiliki dampak yang tinggi bagi perawat (Prihandhani & Hakim, 2020).

Perawat IGD adalah tenaga kesehatan yang paling sering terlibat secara langsung dan kontak dengan pasien yang memiliki risiko tertular virus COVID-19. Adanya risiko tertular penyakit tersebut dapat menimbulkan ketakutan dan keengganan pada perawat untuk kontak dan merawat pasien COVID-19, bahkan dapat menjadi alasan bagi perawat untuk meninggalkan pekerjaannya (Utama & Dianty, 2020).

Kesiapsiagaan perawat menjadi faktor yang perlu diperhatikan dalam menghadapi pandemi COVID-19. Berdasarkan arahan dari Kemenkes RI tenaga kesehatan harus mengutamakan keamanan dirinya terlebih dahulu seperti pencegahan transmisi virus, menjaga kebersihan tangan, dan menggunakan APD (sarung tangan, masker N95, masker bedah, kaca mata pelindung, dan gaun pelindung) kemudian melakukan indentifikasi pasien untuk merujuk pasien COVID-19 sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) setiap rumah sakit (Fadhilaeni, 2020).

Ruang lingkup praktik dalam penanganan gawat darurat terdiri dari beberapa tahap mulai dari waktu observasi yang cukup lama, pemeriksaan diagnostik secara kompleks, dan peningkatan perawatan kritis serta perawatan intensif di IGD. Kondisi tersebut dapat memicu IGD menjadi padat dan terasa sesak setiap harinya karena terkadang satu pasien menghabiskan lebih banyak waktu di IGD untuk menerima perawatan definitif dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya sebagai prosedur sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan (McKenna et al., 2019).

Dalam beberapa dekade terakhir, peningkatan frekuensi kunjungan IGD terjadi secara signifikan di seluruh dunia (Tam HL, 2018). Berbagai laporan dari IGD menyatakan adanya kepadatan (*overcrowding*) menyebabkan perlu adanya metode yang efektif dan efisien dalam penanganan pasien (Shital et al, 2015). Hal ini menyebabkan IGD mempunyai tekanan dan tanggung jawab besar dalam pengelolaan perawatan pasien (Wolf et al, 2018). Ketepatan dalam menentukan kriteria triase dapat memperbaiki prosedur pasien yang datang ke IGD, menjaga sumber daya unit agar dapat fokus menangani kasus yang benar-benar gawat, dan mengalihkan kasus tidak gawat darurat ke fasilitas kesehatan yang sesuai (Soontorn et al., 2018).

Tekanan dan tanggung jawab besar akan mempengaruhi kinerja semua petugas kesehatan di IGD (Sherafat et al., 2019). Selain itu, fasilitas yang kurang memadai seperti bed pasien, alat-alat kesehatan yang kurang, jumlah petugas yang kurang memadai serta kecakapan petugas dalam menangani kasus pasien akan sangat berpengaruh dalam keberhasilan perawatan di IGD (Ali et al, 2013).

Beberapa penyebab lain dari kepadatan di IGD adalah kurangnya staf/tenaga, tempat tidur pasien rawat inap belum memadai dan permintaan jumlah pasien pengguna IGD yang meningkat (Chang et al., 2018; Higginson & Boyle, 2018; Martin, Bergs, Eerdeken, Depaire, & Verelst, 2018; McKenna et al., 2019; Zocchi MS, McClelland MS, 2015). Kepadatan juga sering terjadi akibat lama rawat atau lama tinggal (Length of Stay/LOS) pasien yang sehari-hari dimana seharusnya hanya sehari menjadi tiga hari (Bekmezian & Chung, 2012; Huang, Thind, Dreyer, & Zaric, 2010; Krall, Cornelius, & Addison, 2014; L et al., 2012; White et al., 2013).

Oleh karena itu perlu di lihat dan diketahui keseimbangan proporsi organisasi kesehatan di setiap instalasi dan dihubungkan dengan jumlah kunjungan pasien dalam suatu waktu untuk meminimalisir adanya kepadatan pasien di IGD (Kundiman et al., 2019). Jika terdapat ketidakseimbangan antara ketersediaan disetiap instalasi dengan jumlah kunjungan pasien maka berdampak pada bertambahnya masa waktu tunggu pasien di IGD, sehingga hal tersebut dapat menimbulkan penumpukan atau kepadatan penduduk yang disebut dengan Overcrowded (Firdaus, 2017; Nurmansyah et al., 2014)

Sebuah aplikasi telah dikembangkan dalam mengatasi kepadatan di IGD melalui pengukuran tingkat kepadatan di IGD sehingga hasil dari pengukuran tersebut dapat menentukan rencana selanjutnya yang akan dilaksanakan. Pengukuran kepadatan di rumah sakit biasanya dilakukan dengan menghitung secara keseluruhan RS, padahal setiap dari unit RS memiliki kepadatan yang berbeda sehingga butuh alat ukur yang objektif dan akurat serta

valid untuk digunakan pada setiap unit pelayanan. Terdapat alat pengukur kepadatan IGD yaitu National Emergency Department *Overcrowding* Scale (NEDOCS) dan Community Emergency Department *Overcrowding* Scale (CEDOCS). CEDOCS dikembangkan secara khusus dengan mempertimbangkan departemen darurat komunitas (Weiss et al., 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti data awal yang diambil pada tahun 2019 sebelum pandemic, di IGD RSUD Muhammad Sani sebanyak 20.651 kunjungan, namun sejak merebaknya wabah Covid 19 pada tahun 2020 terjadi peningkatan kunjungan yaitu sebanyak 27.584 kunjungan, jika diperhatikan dari data awal terlihat bahwa ada sedikit peningkatan kunjungan IGD saat pandemic. IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana, sehingga sudah menjadi hal yang biasa jika IGD merupakan tempat tersibuk dan terpadat di dalam RS.

Di IGD RSUD Muhammad Sani memiliki SOP yang mengatur mengenai pelayanan di IGD seperti waktu pelayanan pasien tidak boleh lebih dari 5 menit, prosedur pasien rawat inap, dan lama proses pasien dari awal masuk sampai ke rawat inap. Meskipun ada SOP yang mengatur itu semua namun dalam prakteknya masih terdapat beberapa yang masih tidak sesuai dengan SOP tersebut yang disebabkan beberapa factor seperti kunjungan yang melebihi kapasitas, selesainya hasil laboratorium yang lama, DPJP yang sulit dihubungi, dan masalah ruangan yang penuh atau sibuk.

Selama ini belum ada alat ukur maupun alat observasi yang digunakan untuk mengukur kepadatan IGD, kepadatan IGD hanya dapat dirasakan dengan pengalaman saja terutama oleh perawat pelaksana yang bekerja di IGD RSUD Muhammad Sani. Saat kunjungan IGD ramai dengan kasus yang bervariasi dan tidak sebanding dengan jumlah perawat yang berjaga di IGD dapat terjadi berbagai macam hal yang dapat terjadi pada saat IGD sedang ramai yaitu waktu tanggap pasien yang melebihi lima menit dan waktu yang lama pindahnya pasien ke ruang rawat inap yang menyebabkan kekecewaan pada pasien dan keluarga pasien yang sedang menunggu.

Masalah yang disebutkan diatas adalah masalah keamanan pasien utama terkait dengan pasien yang mengalami perburukan kondisi, peningkatan lama rawat inap, keterlambatan untuk triase dan perawatan, yang dapat mengancam keselamatan pasien. Hal ini seharusnya menjadi perhatian besar berbagai pihak ditinjau dari IGD sebagai salah satu gerbang masuk pasien. Oleh karena itu, pada penelitian ini peneliti akan melakukan penelitian untuk mengukur kepadatan IGD sebelum dan saat Pandemi COVID-19 menggunakan CEDOCS Score dan mencoba menganalisa faktor apa saja yang menyebabkan kepadatan di IGD RSUD Muhammad Sani.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimanakah perbedaan kepadatan IGD sebelum dan saat pandemi menggunakan CEDOCS Score di RSUD Muhammad Sani ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kepadatan IGD dari tahun 2019 sampai dengan 2021 menggunakan CEDOCS Score di IGD RSUD Muhammad Sani.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik dan kepadatan IGD RSUD Muhammad Sani dengan menggunakan CEDOCS Score pada tahun 2019.
- b. Untuk mengetahui karakteristik dan kepadatan IGD RSUD Muhammad Sani dengan menggunakan CEDOCS Score pada tahun 2020
- c. Untuk mengetahui karakteristik dan kepadatan IGD RSUD Muhammad Sani dengan menggunakan CEDOCS Score pada tahun 2021

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Mahasiswa Keperawatan,

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam memberikan informasi tentang kepadatan pada pelayanan di IGD dengan menggunakan rumus CEDOCS score dengan kondisi yang ada.

2. Bagi RSUD Muhammad Sani

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan atau cara untuk menganalisis kepadatan IGD RSUD Muhammad Sani sehingga dengan hasil analisis menggunakan CEDOCS score pihak RSUD Muhammad Sani dapat mengoptimalkan pelayanan yang ada di IGD RSUD Muhammad Sani.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dan dapat memberikan manfaat dalam memperbanyak referensi tentang kepadatan pada pelayanan IGD.

E. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Di IGD RSUD Muhammad Sani memiliki SOP yang mengatur mengenai pelayanan di IGD namun dalam prakteknya masih terdapat beberapa yang masih tidak sesuai dengan SOP tersebut yang disebabkan beberapa factor seperti kunjungan yang melebihi kapasitas, selesainya hasil laboratorium yang lama, DPJP yang sulit dihubungi, dan masalah ruangan yang penuh atau sibuk. Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan kepadatan IGD pada tahun 2019 yaitu sebelum pandemi dan saat pandemic pada tahun 2020 dan tahun 2021 dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif. Pengumpulan data dilakukan di RSUD Muhammad Sani dengan menggunakan data pasien pada tahun 2019, 2020, dan 2021 dan penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2022 sampai dengan Februari 2022.

F. PENELITIAN TERKAIT

1. Perbedaan Kepadatan Igd Sebelum Dan Pada Saat Pandemi Dengan Menggunakan Nedoc Score Di Rumah Sakit Kota Makassar

Penelitian yang dilakukan oleh Rosmini Rasimin (2020) yang bertujuan membandingkan kepadatan yang terjadi di IGD sebelum dan pada saat pandemi di Rumah sakit Kota Makassar. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif

komparatif, yang di lakukan pada lima rumah sakit yang ada di Kota Makassar. Pengumpulan data untuk data saat pandemi menggunakan lembar kuesioner dan penilaian kepadatan diukur menggunakan lembar observasi berupa lembar pemeriksaan NEDOC Score yang dinilai setiap hari, sedangkan pengumpulan data untuk data sebelum pandemi dilakukan studi dokumentasi, yang masing-masing berlangsung selama satu bulan.

Data di analisis menggunakan Uji Spearman, Uji Chy Square dan uji Mann-Whitney. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari lima rumah sakit didapatkan score NEDOC yang paling tinggi sebelum pandemi adalah 168.77, sedangkan saat pandemi adalah 164.74. Terlihat adanya selisih antara skor kepadatan sebelum pandemi dan saat pandemi, yakni sebelum pandemi kepadatan lebih tinggi, hal ini menunjukkan adanya perbedaan kepadatan sebelum dan saat pandemi COVID-19, yakni terjadi penurunan kepadatan berdasarkan NEDOC Score.

2. Mengevaluasi Kerumunan Departemen Darurat Komunitas: Studi Skala Kepadatan Departemen Emergensi Komunitas (The Community ED *Overcrowding Scale* (CEDOCS)

Penelitian yang dilakukan oleh Steven et. al (2014). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi variabel valid yang berkorelasi dengan kepadatan departemen emergensi dan menentukan model yang dapat digunakan untuk mencerminkan derajat secara akurat kepadatan departemen emergensi. pengambilan sampel diterapkan untuk pengambilan sampel kenyamanan dari 13 rumah sakit di California yang dilakukan pada tanggal

4/6/2011 sampai dengan tanggal 5/1/2011. Hasil penelitian sebanyak 2.006 kumpulan data dikumpulkan untuk masing-masing rumah sakit yang berpartisipasi. Total dari 1.628 entri waktu untuk rumah sakit dimasukkan dalam penelitian ini. UGD rumah sakit memiliki sensus mulai dari 18.000 menjadi 98.000. Evaluasi penuh diselesaikan pada 1489 dataset. Dua puluh variabel adalah dipertimbangkan untuk model lengkap dengan 7 dihapus karena multi-kolinieritas. 13 variabel yang tersisa merupakan model penuh dan menjelaskan 50,5% dari variabilitas dalam variabel hasil. Lima prediktor ditemukan untuk mewakili 92% dari variabilitas diwakili oleh model penuh.

3. Kepadatan dan Hubungannya Dengan Hasil Pasien di Departemen Darurat Volume Menengah-Rendah

Penelitian yang dilakukan oleh Phillips et al., (2017) yang bertujuan untuk menilai ED *crowding* di median-rendah pengaturan volume dan mengevaluasi hubungan dengan hasil perawatan pasien. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi prospektif single-center dari 14 November sampai 14 Desember 2016. Kepadatan departemen emergensi diukur setiap 2 jam dengan tiga alat estimasi yang berbeda yaitu NEDOCS, CEDOCS dan SONET dikategorikan di bawah enam tingkat kepadatan yang berbeda (tidak sibuk, sibuk, sangat sibuk, penuh sesak, sangat penuh sesak, dan berbahaya).

Hasil penelitian ini terdiri dari 2.557 pasien yang median ED LOS adalah 150 menit. Sekitar 2% pasien tiba dalam waktu 2 jam interval yang dianggap penuh sesak terlepas dari alat *crowding* yang digunakan. Rasio

waktu berkisar antara 1,09 hingga 1,48 untuk NEDOCS, 1,25 - 1,56 untuk CEDOCS, dan 1,26 - 1,72 untuk SONET. Kepadatan jarang terjadi di UGD penelitian dengan volume tahunan rata-rata rendah dan mungkin bukan penanda yang berharga untuk laporan kepadatan departemen emergensi. Peringatan kepadatan harus dimulai selama status sangat sibuk dalam pengaturan departemen emergensi.

