

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penanganan gawat darurat dan kritis merupakan seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat dan memerlukan penanganan yang haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini dikarenakan pada kondisi tertentu pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja (Sutawijaya, 2009). Pasien kritis adalah pasien dengan perburukan patofisiologi yang cepat yang dapat menyebabkan kematian. Ruangan untuk mengatasi pasien kritis di rumah sakit terdiri dari: Unit Gawat Darurat (UGD), unit perawatan intensif (ICU) , unit perawatan intensif koroner atau Intensive Care Coronary Unit (ICCU). Ruangan-ruangan tersebut adalah unit perawatan gawat darurat dan kritis dimana perburukan patofisiologi dapat terjadi secara cepat yang dapat berakhir dengan kematian.

Dalam karakteristik keperawatan gawat darurat dan kritis dapat di jelaskan bahwa salah satu indikator keberhasilan penanganan gawat darurat adalah kecepatan atau *time respon* memberikan pertolongan dan ketenangan pelayanan kesehatan (Hyzy, 2010) . Keberhasilan waktu tanggap sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan (Maatilu, Mulyadi, & Malara, 2014). Oleh karena itu, setiap rumah sakit di buatlah suatu sistem yang mana sistem tersebut menangani keadaan gawat darurat dan kritis. Sistem respon cepat tersebut biasa disebut dengan istilah *Code Blue*, *Code Blue* adalah sistem manajemen darurat yang dibentuk untuk menangani kasus yang

membutuhkan intervensi medis darurat (Sahin, Ozdinc, Yoldas, Goktay, & Dorak, 2016). Pelaksanaan *Code Blue* Indonesia telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Menyatakan bahwa dalam pelayanan gawat darurat rumah sakit harus menyediakan tim pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS dengan waktu tanggap pelayanan gawat darurat sebesar ≤ 5 menit setelah pasien datang (Kemenkes, 2009).

Data kunjungan tahun 2007 mencapai 4.402.205 pasien (13,3 %) dari total seluruh kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit Umum 1.033 unit dari 1.319 unit Rumah Sakit yang ada. Jumlah yang signifikan ini kemudian memerlukan perhatian yang cukup besar dengan pelayanan pasien gawat darurat (Keputusan Menteri Kesehatan, 2009 dalam Ira R., 2017). Pada tahun 2012 di Jawa Tengah di dapat data kunjungan pasien ke rumah sakit sebanyak 1.990.104 pasien. Kabupaten Kebumen jumlah kunjungan pasien ke Rumah sakit 492.479 baik rawat jalan dan rawat inap, sedangkan kunjungan puskesmas di kabupaten Kebumen 998.142 (Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2015 dalam Ira R., 2017). Keterlambatan penanganan pada pasien di Instalasi Gawat Darurat dapat mengakibatkan kecacatan atau kematian yang mana menurut Maatilu (2014) dalam penelitiannya membuktikan waktu tanggap perawat pada penanganan pasien gawat darurat yang memanjang dapat menurunkan usaha penyelamatan pasien dan terjadinya perburukan kondisi pasien (Ira R., 2017)

Penelitian yang dilakukan oleh Wa Ode Nur Isnah Sabriyati di instalasi gawat darurat bedah dan non-bedah RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo penelitian menunjukkan bahwa ketepatan waktu tanggap 8 menit dengan penanganan kasus IGD bedah yaitu 67,9% tepat waktu dan 32,1% tidak tepat. Pada IGD non-bedah yaitu 82,1% tepat dan 17,9% tidak tepat. Penelitian yang dilakukan oleh Noor (2009) *response time* pada penanganan pasien IGD RSUP persahabatan didapatkan waktu tanggap 7.45 menit. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Achmad (2012) di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul menunjukkan bahwa perawat mempunyai waktu tanggap cepat (5menit) sebanyak 8 orang (40%). Penelitian yang dilakukan oleh Maatilu (2014) *response time* pada penanganan pasien gawat darurat di IGD RSUP PROF. Dr.R.D. Kandou Manado didapatkan *response time* perawat dalam penanganan kasus gawat darurat rata-rata lambat (>5 menit) . Pada kenyataannya kecepatan dari *respon time* jika terjadi alarm *Code Blue* masih kurang dari ketentuan yang telah dibuat oleh Kementerian Kesehatan yaitu ≤ 5 menit setelah pasien datang (Kemenkes, 2009).

Hasil studi pendahuluan yang di lakukan di berbagai rumah sakit di Surabaya dan Gresik yang di laksanakan pada bulan Oktober 2018 - Maret 2019 menunjukkan hasil bahwasanya kecepatan *Respon Time* jika terjadi alarm *Code Blue* adalah sekitar 7-10 menit dari awal mulai alarm *Code Blue* hingga tim sampai pada posisi pasien. Hal ini di sebabkan karena adanya ketidak tahuan tim *Code Blue* yang bertugas, kurangnya respon dari petugas *Code Blue* serta jarak klien dengan masing-masing ruangan perawat yang bertugas di tim *Code Blue*. Sedangkan studi Pendahuluan yang di lakukan bersamaan dengan

praktik Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang pada bulan April-Mei di dapatkan bahwasanya waktu pencapaian *Team Blue* dengan Titik Pasien sekitar 5-8 menit, hal ini di akibatkan karena kurangnya respon perawat , jarak perawat dengan tempat kejadian serta terlambatnya alarm *Code Blue*.

Oleh karena uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan identifikasi terhadap kecepatan *Response Time Code Blue Team* dalam *Code Blue Alarm* Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang?.

1.2 Pertanyaan Peneliti

Bagaimana kecepatan *Response Time Code Blue Team* dalam *Code Blue Alarm* Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang?

1.3 Objektif

Mengidentifikasi kecepatan *Response Time Code Blue Team* dalam *Code Blue Alarm* Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang?

1.4 Manfaat Penelitian

1.1.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan sebagai acuan pengembangan teori tentang *Code Blue Alarm* di Rumah Sakit.

1.1.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan (FIK UMSurabaya)

Dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa FIK UMSurabaya tentang *Response Time Code Blue* Rumah sakit, serta dapat di gunakan sebagai acuan pengembang penelitian selanjutnya terkait *Code Blue*.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat di gunakan sebagai acuan perbaikan sistem dan kecepatan tanggap respon jika terjadi *Code Blue* serta pembaharuan kebijakan tentang *Code Blue* di rumah sakit

3. Bagi *Team Code Blue*

Dapat di gunakan sebagai acuan evaluasi kinerja Team *Code Blue* di rumah sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai acuan penelitian untuk melanjutkan penelitian tentang *Code Blue* dan *Team Code Blue* di Rumah sakit.

