

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Pelayanan Gawat Darurat**

Konsep pelayanan gawat darurat adalah Sesuatu mencakup proses pra-rumah sakit dan di rumah sakit melalui pengkajian, implementasi, evaluasi dan dokumentasi dimana asuhan keperawatan dapat dilakukan untuk mencegah kondisi yang mengancam jiwa dan menstabilkan pasien kritis untuk rujukan (Marlika, 2025). Layanan darurat memerlukan perawatan terpadu untuk perawatan multidisiplin dan multiprofesional.

Struktur mengacu pada keberadaan komponen-komponen dengan hubungan yang sama dan pengaruh yang setara, memiliki nilai kendali (output) dan efek yang diharapkan (hasil). Suatu struktur yang mempunyai karakteristik yang baik harus dapat diukur melalui proses evaluasi atau umpan balik yang berkesinambungan (Fathonah, 2023)

##### **1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD).**

Keperawatan kegawat daruratan merupakan suatu kegiatan *emergency* yang dilakukan perawat yang profesional dan yang mempunyai kompetensi dalam asuhan keperawatan dan yang diberikan perawat dapat berupa asuhan keluarga, komunitas dan individu dalam suatu keadaan yang dapat mengancam kehidupan. Keadaan kegawat daruratan dapat terjadi secara tiba tiba dan dapat mempengaruhi kehidupan dan dapat juga berupa kecacatan. Kegawat daruratan dapat terjadi dimana saja dan segala usia, jika keadaan seperti itu terjadi maka perawat yang mempunyai kompetensi untuk dapat melakukan memberi bantuan kegawat daruratan (*emergency*) yang berupa ancaman dalam kehidupan (Marlika, 2025).

Yang menjadi kriteria kegawat daruratan adalah keadaan yang dialami dengan terganggunya jalan nafas oleh benda asing (chocking), asma berat. Kegawat daruratan medis yang terjadi jika udara di dalam pleura setiap

kali bernafas, massif hematototak karena adanya darah yang terkumpul dengan cepat di dalam rongga pleura lebih dari 1500 cc, emfisema, fraktur lailchest, fracture iga. Terganggunya sirkulasi syok (hipovolemik, kardiogenik, anafilaksis, sepsis, neurogenik).

Pasien yang di temukan dalam kegawat daruratan terbagi menjadi tiga bagian beberapa klasifikasi (Fathonah, 2023), antara lain:

- a. Keadaan yang gawat dan darurat Adalah suatu keadaan yang trauma, kecelakaan, kasus tenggelam, chocking, cardiac attact, akan terjadi kecacatan ataukematian jika tidak segera diberikan pertolongan.
- b. Keadaan gawat dan tidak darurat Adalah suatu keadaan yang dalam kegawatan namun tidak darurat, misalnya luka kombosio derajat II. patah tulang tanpa syok.
- c. Keadaan darurat dan tidak gawat.
- d. Keadaan tidak darurat dan tidak gawat.

Pada situasi kunjungan yang padat dan datang secara bersamaan, apabila tidak dilakukan penanganan dengan sistem *management triage* yang tepat makanya hal ini dampak yang negatif bagi pasien (Ose, 2021).

Tingginya angka gawat darurat dan kebutuhan mereka untuk segera ditangani, maka keterlambatan dalam menangani pasien tidak hanya menyebabkan ketidakpuasan terhadap pelayanan rumah sakit. Dampak yang terjadi jika terjadi. ketidakseimbangan antara jumlah perawat dengan pasien dan tempat tidur, akan terjadi beberapa diantaranya banyak pasien yang akan semakin buruk dan timbulnya kematian pada pasien (Ose, 2021)

## 2. Alur pelayanan di IGD

Alur Pelayanan di ruang IGD memiliki perbedaan pada rawat inap, prioritas yang pertama tidaklah pasien yang paling awal datang, Namun dengan tingkatan keparahannya (*acuity*) penyakit yang sedang diderita, dengan kesempatan lanjutannya hidup mereka dilalui dengan intervensi medis yang cepat dan tepat. Proses penapisan ini dapat disebut sebagai jalan triage (Fathonah, 2023). Prosedur tindakan triage di IGD, Yakni: Triage akan dilaksanakan sampai 24 jam, dan berkesambungan Prioritas: Menentukan

yang akan di prioritaskan mengenai pelayanan serta pemindahan yang akan dipacu dengan tingkat ancaman jiwa yang ada. Keadaan Triase dapat dibagikan menurut pewarnaan yang sudah dibuat (Fathonah, 2023):

- 0: Hitam (meninggal dunia).
- 1 Merah Life threatening – kritis.
  - a. Pertolongan sesegera mungkin.
  - b. Adanya pendarahan, trauma abdomen berat, cardiac arrest, respiratory insufficiency.
- 2: kuning Serius
  - a. Dapat ditolong di pelayanan Kesehatan.
  - b. Fraktur tertutup.
  - c. Trauma jaringan lunak, tanpa pendarahan.
  - d. Luka bakar <40%.
- 3 Hijau – Minimal

Luka Ringan. Prioritas tindakan yang harus segera dilakukan adalah:

Perubahan tersebut adalah:

- a. Hypertensi.
- b. Hypotensi.
- c. Distritmia Jantung
- d. Distress pernafasan.
- e. Gangguan kesadaran.
- f. Nyeri pada daerah dada.
- g. Nyeri hebat dengan segala diagnose.
- h. Pendarahan yang terlalu banyak.
- i. Keracunan.
- j. Luka bakar dengan obat kimia.
- k. Tenggelam.
- l. Perilaku yang dapat membahayakan.

Setelah melewati proses triage pasien dapat pindah ke ruang resusitasi/bedah/medik supaya didapatkannya layanan selanjutnya (Ismail, 2017)

### 3. Ruang lingkup pelayanan gawat darurat.

Kini dapat dibagi oleh 4 bagian antara lain (Fathonah, 2023):

- a. Pelayanan kegawat daruratan level 1 yang berada di RS merupakan pelayanan kegawat daruratan 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, dengan menetapkan diagnose untuk menyelamatkan jiwa korban atau pasien, untuk mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dilakukan rujukan.
- b. Pelayanan keperawatan gawat darurat level II di RS merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan kegawat daruratan, dengan menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan yang dirasakan oleh pasien sebelum dilakukan rujukan untuk melakukan upaya penanggulangan kasus kegawat daruratan.
- c. Pelayanan keperawatan gawat darurat level III di RS yang merupakan pelayanan 24 jam yang diberikan dengan kasus kasus seperti anak, kebidanan, bedah dan penyakit dalam.

## 2.2 Rumah Sakit

Terdapat banyak perubahan terhadap Standar Akreditasi Joint Commission International untuk Rumah Sakit Termasuk Standar untuk Rumah Sakit Pendidikan, Edisi Ke-7. Sangat direkomendasikan untuk melakukan tinjauan menyeluruh (The Joint Commission, 2020). Perubahan besar terhadap edisi ke-7 ini meliputi hal-hal berikut:

1. Memperluas persyaratan dalam bab —Sasaran Keselamatan Pasien Internasional (IPSG) mengenai keselamatan terkait obat look-alike/sound-alike atau LASA (IPSG.3.1) dan elektrolit pekat (IPSG.3.2) serta menambahkan persyaratan baru terkait penggunaan bundel intervensi berbasis-bukti (IPSG.5.1).
2. Menggabungkan bab —Hak Pasien dan Keluarga (PFR) dan —Edukasi Pasien dan Keluarga (PFE) menjadi satu bab baru, —Perawatan yang Berfokus pada Pasien (PCC) serta menambahkan satu standar baru untuk

mengukur, menganalisis, dan meningkatkan pengalaman pasien dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien (PCC.3).

3. Menambahkan standar ke bab —Perawatan Pasien (COP) mengenai manajemen sistem alarm (COP.3.1), manajemen pasien yang berisiko bunuh diri atau melukai diri (COP.3.5), dan manajemen laser (COP.4 dan COP.4.1).
4. Menambahkan standar baru pada bab —Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PCI) mengenai kebersihan lingkungan (PCI.7); kebersihan binatu, linen, dan baju jaga (scrubs) (PCI.7.1); serta mengenai perlindungan pasien dan staf dari patogen yang menular melalui darah (PCI.8.1).
5. Memberi penekanan bahwa bab —Manajemen dan Keselamatan Fasilitas (FMS) memiliki delapan area program manajemen dan Keselamatan Fasilitas yang harus dibuatkan dokumen tertulisnya, yakni: keselamatan, keamanan, bahan dan limbah berbahaya, penanganan kebakaran, peralatan medis, sistem utilitas, penanggulangan keadaan darurat, serta konstruksi dan renovasi—serta menambahkan ketentuan baru mengenai pemantauan masing-masing area ini.
6. Menambahkan appendiks baru mengenai —Tindakan Sementara dalam bab FMS terkait keselamatan penghuni gedung selama konstruksi, pemeliharaan, ataupun jika terjadi kerusakan atau sedang dilakukan perbaikan (dicantumkan dalam FMS.8.3).
7. Memperbarui dan menambahkan referensi berbasis-bukti untuk mendukung standar baru dan revisi standar di seluruh buku standar.
8. Memindahkan standar dan melakukan referensi-silang di seluruh buku standar dari elemen penilaian dan standar ke bagian maksud dan tujuan, serta merevisi sesuai kebutuhan agar sesuai dengan penomoran dan revisi edisi ke-7.
9. Menyelesaikan proyek untuk menyelaraskan glosarium untuk semua program akreditasi dan sertifikasi JCI.

Pendidikan yang disusun pertama kali dipublikasi pada tahun 2012 karena disadari bahwa rumah sakit yang demikian membutuhkan sumber daya yang

husus untuk menjalankan pendidikan profesi kesehatan dan penelitian dengan subjek manusia di komunitas dan negara tempat rumah sakit tersebut berada.

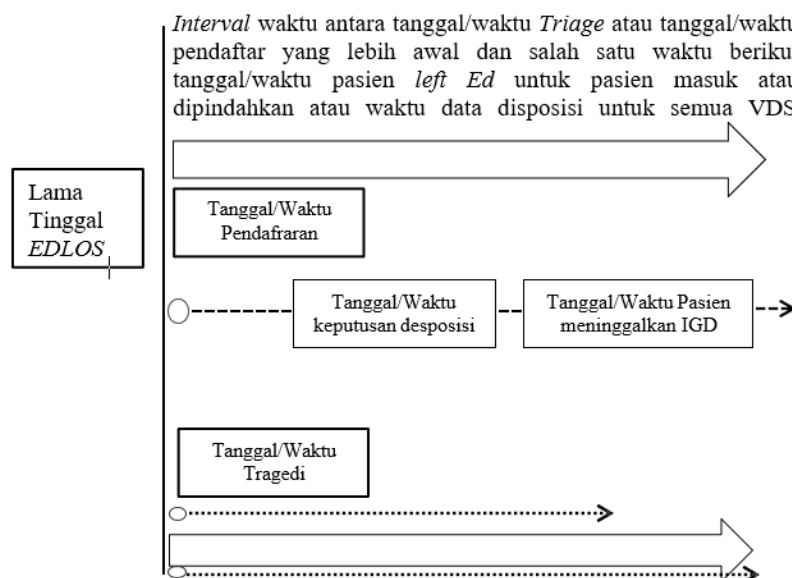
### 2.3 *Length of Stay (LOS)* Di IGD

#### 1. Pengertian *Length of Stay (LOS)*

*Length of Stay (LOS)* adalah waktu yang lama pada pasien berada di area khusus di sebuah rumah sakit. *Emergency Department Length of Stay (EDLOS)* didefinisikan sebagai lama waktu pasien di IGD, dimulai dengan pendaftaran sampai secara fisik pasien pergi meninggalkan IGD (H. Purba, 2023).

*Emergency Department Length of Stay (EDLOS)* adalah *interval* antara waktu pendaftaran atau waktu triage dengan waktu pasien secara fisik meninggalkan IGD untuk pasien rawat inap/MRS atau sampai waktu disposisi untuk pasien pulang/KRS (Safira, 2025) .

**Bagan 2.1. Skema *Emergency Department Length of Stay (EDLOS)* Tentang *Length of stay* pasien non-bedah di Instalasi Gawat Darurat RSUD KHZ Musthafa Kabupaten Tasikmalaya**



*EDLOS* Yakni indikator yang Bernilai mulai dengan proses penanganan pasien di IGD, Maka dari itu *EDLOS (Emergency Departemen Length of stay)* Dipakai sebagai indikator kunci pertimbangan efesiensi dalam meningkatkan kinerja operasional dan klinis (Safira, 2025). Penelitian oleh

Habibi (2023), dievaluasikannya *LOS* juga faktor yang mempengaruhinya, serta didapatnya *LOS* disambungkan menjadi waktu kedatangan, *triage*, waktu review/konsultasi, waktu pemeriksaan laboratorium dan waktu disposisi fisik (waktu tunggu transfer ke tempat tidur rawat inap).

## 2. Faktor yang berhubungan *length of stay* di IGD

Penemuan (Safira, 2025) melafalkan faktor yang dapat memicu *length of stay* di IGD memanjang dapat dipengaruhi oleh Durasi dalam pertimbangan pertama oleh dokter, Durasi lama pada hasil laboratorium, lamanya pemeriksaan diagnostic serta lamanya penanganan pindah pada pasien ke rawat inap. Sebagai referensi menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadi lamanya tinggal pasien di IGD, yakni :

dalam penanganan pasien dikarenakan pasien yang memiliki tingkat kegawatan lebih tinggi lebih di prioritaskan penanganannya.

### a. Waktu Assessment

Saat pasien tiba secara bersamaan akan memberikan resiko terjadi pengumpulan pasien di IGD sehingga dapat meningkatkan lama tinggal pasien di IGD. melafalkan *length of stay* di IGD bisa terjadi dikarenakan banyaknya pasien yang tiba di waktu yang sama dibandingkan dengantenaga medis yang tersedia di IGD. Tibanya pasien di waktu yang bersamaan juga banyak beresiko penumpukan pasien serta dapat berdampak pada penanganan pasien, kurangnya anggota perawat untuk penanganan pasien, dan perawatan pada pasien tidak maksimal. Keadaan kegawatan pasien pada (Shaaban R, 2019) dijelaskan bahwa keadaan pasien didasarkan keakutannya yang mempengaruhi jumlah dan kondisi saat ini. Triase memiliki tujuan untuk Menentukan pasien berlantaskan jenis kegawatannya dan prioritas pasien yang paling diutamakan menyangkut kecacatan atau keselamatan pasien. Hasil triase ini dapat mempengaruhi lama waktu yang di butuhkan pasien di IGD.

Pemeriksaan diagnostik dapat berkontribusi dalam memanjangnya

*length of stay* pasien di IGD. Studi di Amerika dan Perancis didapatkan bahwa pasien yang melakukan pemeriksaan diagnostik (pemeriksaan CT scan, USG, X-ray, tes darah) memiliki lama waktu tinggal di IGD lebih lama dibanding pasien yang tidak melakukan pemeriksaan, hal ini dikarenakan pasien harus menunggu hasil dari pemeriksaan tersebut dan harus menunggu giliran untuk dilakukan pemeriksaan diagnostik.

b. Waktu review dan konsultasi

Setelah hasil diagnostik pasien didapatkan, maka dilakukan Analisis dan konsultasi pada dokter untuk memberikan keputusan pasien dalam penanganan tindak lanjut. Berdasarkan (Safira, 2025) mengatakan pasien yang memerlukan konsultasi dokter spesialis memiliki waktu lebih lama dibanding pasien yang tidak memerlukan konsultasi. Evaluasi berulang, adanya konsultasi bertingkat dan mendalam yang harus dilalui pada kondisi pasien di IGD, menjadi dominan akan menyebabkan memanjangnya waktu tinggal pasien pada fase konsultasi.

c. Waktu *transfer* pasien ke rawat inap

*Transfer* pasien ke rawat inap dilakukan apabila adanya keputusan akhir dari dokter di IGD. Terlambatkan pemindahan pasien ke rawat inap dapat menjadi faktor lamanya pasien di IGD. Menurut Jimenez dkk 2018 Kurangnya bed di rawat inap menyebabkan lama tinggal pasien di IGD memanjang dikarenakan terlambatnya dipindahkan ke rawat inap. Menurut (Safira, 2025) mengatakan kurangnya sumber daya dan tenaga kesehatan dapat menyebabkan keterlambatan pasien untuk dipindahkan ke rawat inap.

d. Waktu *Length of stay*

*Length of stay* adalah waktu menunggu pasien dengan waktu keseluruhan melewati Assessment, review dan konsultasi, dan *transfer* pasien ke rawat inap.

## 2.4 Pasien Non Bedah

1. Definisi pasien non bedah

Non Bedah merupakan kategori cabang dari ilmu medis yang membantu pasien dalam penyembuhan luka atau penyakit tanpa tindak lanjut melalui operasi. Pasien non bedah merupakan pasien yang dikategorikan penyakitnya dalam pengobatannya tidak diperlukan tindakan bedah (operasi). Pasien yang datang ke IGD umumnya lebih dominan kategori pasien non bedah (Günther et al., 2021).

2. Kategori pasien non bedah

Beberapa contoh kasus pasien non bedah yaitu hipertensi, vertigo, nyeri perut, cidera kepala ringan, tuberculosis, anemia, vomitus, asma, demam berdarah, shock, peradangan lambung, demam tinggi, beberapa kategori penyakit syaraf, histeria, demam tifoid, malaria, diare, penyakit jantung coroner, dan lain sebagainya (Günther et al., 2021).