

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Penelitian

Kebiasaan hidup dan keadaan sosial dari masyarakat Indonesia mengalami perubahan karena adanya perkembangan teknologi yang pesat. Hal tersebut dapat dilihat pada perubahan cara pandang masyarakat dalam menentukan tindakan yang berhubungan dengan bidang kesehatan diantaranya seperti trauma, kerusakan kulit, fraktur dan kegiatan lainnya (Baker *et al.*, 2016).

Pada dasarnya kulit memiliki fungsi sebagai pelindung dan pertahanan utama tubuh dari kejadian infeksi. Fungsi fisiologis kulit dapat terganggu akibat luka yang terjadi. Luka tersebut dapat disebabkan oleh fraktur terbuka yang memerlukan tindakan bedah untuk mencegah infeksi. Tindakan bedah dapat menyembuhkan luka secara maksimal dan mengurangi waktu penyembuhan luka (Betrán *et al.*, 2016). Infeksi pada patah tulang terbuka dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya lokasi patah tulang, keparahan patah tulang, waktu pemberian antibiotik, dan waktu operasi. Faktor-faktor tersebut dapat menimbulkan gejala infeksi seperti adanya pus luka insisi yang bukan dari organ pembedahan, ada abses, atau infeksi lain (Bezov *et al.*, 2010).

Penanganan luka yang kurang cepat, adekuat dan tidak komprehensif dapat menimbulkan berbagai komplikasi. Komplikasi yang sering terjadi pada trauma ekstremitas bawah dapat menyebabkan kerusakan jaringan bahkan kematian jaringan ekstremitas (perdarahan tidak terkontrol, sindrom kompartemen, cedera vaskuler) adalah infeksi luka. Oleh karena itu dibutuhkan penanganan luka yang efektif dan optimal dengan respon waktu yang tepat pada trauma terbuka ekstremitas bawah (Diwan *et al.*, 2018a).

*World Health Organization* mengeluarkan daftar penyakit gawat darurat yang menyumbang angka mortalitas terbanyak di dunia. Penyakit tersebut antara lain adalah stroke 75,7 juta, jantung iskemik (*ischemic heart disease*) 7,4 Juta, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) 3,1 juta, infeksi pernafasaan bawah/ *ower respiratory tract infections* (LRI/LRTI), 3,1 juta (5,5 %) kemudian penyakit kanker dengan jumlah 1,6 juta. Selain penyakit penyakit tersebut, kecelakaan atau kasus cedera menyumbang 1,2 juta angka kematian(Irawan *et al.*, 2013). Kondisi Kegawat daruratan penyakit diatas telah menjadi fokus masalah di berbagai negara di dunia tak terkecuali ASEAN.

Indonesia merupakan salah satu negara di ASEAN dengan akumulasi kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat yang tinggi. Data menunjukkan jumlah pasien yang berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat mencapai 4.402.205 pasien pada tahun 2017(Kementrian Kesehatan RI, 2019). Angka tersebut merupakan akumulasi dari 12% kunjungan Instalasi Gawat Darurat yang berasal dari rujukan RSUD yaitu 1.033 unit dan 1.319 unit RS lainnya. Kemudian, pada tahun 2018, di Jawa Tengah terdapat kunjungan pasien ke RS sebanyak 1.990.104 Pasien(Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Waktu tanggap yang tepat dan efisien memiliki peran yang besar pada pengambilan keputusan dimulai pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat hingga dipindahkan dari Instalasi Gawat Darurat. Keberhasilan waktu tanggap dibagi dalam beberapa kategori. Kategori P1 (Prioritas 1) response pelayanan dengan waktu 0-5 menit, Kategori P2 response pelayanan 45 menit, kategori P3 response time pelayanan 60 menit, kategori P4 dengan response time pelayanan 120 menit dengan meningkatkan sarana dan prasarana serta performa dari manajemen Instalasi Gawat Darurat rumah sakit sesuai standar(Mercier *et al.*, 2013).

Penelitian sebelumnya melaporkan masih adanya keterlambatan pada Response time (waktu tanggap) di beberapa rumah sakit. Data laporan dari Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr.R.D.Kandau Manado merangkum adanya keterlambatan response time tenaga medis yaitu ketika perawat menangani kasus gawat darurat dengan waktu lebih dari 5 menit. Selain itu, terdapat faktor lain yang berperan dalam mempengaruhi ketepatan waktu tanggap dalam penanganan kasus bedah dan non bedah di Instalasi Gawat Darurat antara lain adalah ketersediaan petugas triase, penempatan staf, karakteristik pasien, sketched, pengetahuan dari tenaga medis, dan keterampilan dan pengalaman petugas kesehatan (O'Connor *et al.*, 2007).

Penelitian lain di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senapati kabupaten Bantul melaporkan bahwa perawat memiliki response time (5 menit) sebanyak 8 orang (40%). Laporan lain di RSUD dr Wahidin Sudirohusodo bagian IGD bedah dan non bedah dan bedah menyatakan bahwa ketepatan response time selama 8 menit dengan rincian penanganan IGD bedah tepat waktu sebesar 67,9% dan sisanya 32,1% tidak tepat waktu (Sachs and Smiley, 2014).

Selanjutnya di RS PKU Muhammadiyah Gombong menunjukkan hasil bahwa berdasarkan triase dominan, response time pasien Instalasi Gawat Darurat pada kategori cepat yang berjumlah 77 pasien (82,8%), sedangkan triase pada kategori sedang sejumlah 16 pasien (17,2%) dengan response time satu menit (Bahari, 2019).

*Emergency Response Time* adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (*from decision to insision*) (Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/I/2630/2016).

*Pre Decision Time* merupakan waktu yang dihitung sejak pasien datang di ruang Instalasi Gawat Darurat sampai mendapatkan keputusan tindakan (DPJP Ortopedi, Spesialis Anestesi dan keluarga) sampai batas waktu maksimal 90 menit. *Emergency Response Time 2* merupakan waktu yang dihitung sejak keputusan tindakan (DPJP Ortopedi, Spesialis Anestesi dan keluarga) sampai insisi di kamar operasi sampai batas waktu maksimal 120 menit.

Triase merupakan tindakan pemilihan pasien sebelum mendapat penanganan berdasarkan tingkat trauma atau penyakit atau kegawat daruratan yang dilakukan atas pertimbangan prioritas penanganan dan sumber daya yang tersedia (Harper *et al.*, 2018). Instalasi Gawat Darurat adalah tempat yang dilakukan penanganan awal bagi pasien dengan trauma dan penyakit dengan risiko besar kehilangan nyawa. *American Hospital Association* (AHCA) menyatakan, masyarakat mengandalkan Instalasi Gawat Darurat sebagai tempat untuk mencari perawatan medis dan pengobatan baik dalam kondisi darurat mengancam jiwa atau tidak. Pada pasien tidak dalam kondisi darurat atau mengancam jiwa dan pasien kronis yang berobat ke Instalasi Gawat Darurat mengakibatkan pengurangan alokasi sumberdaya yang seharusnya dapat diarahkan pada pasien mendesak dan akut.

Berdasarkan data kunjungan pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta tahun 2018 sebanyak 4801 pasien, yang dilakukan operasi emergensi sebanyak 195 pasien dengan *pre decision time* 85,96 menit dan *Emergency Response Time 2* adalah 95,64 menit. Tahun 2019 sebanyak 4767 pasien dengan operasi emergensi sebanyak 261 pasien dengan *pre decision time* 83,2 menit dan *Emergency Response Time 2* adalah 89,89 menit.

Penanganan kasus bedah emergensi Ortopedi menggunakan Standar Prosedur Operasional *Emergency Response Time* namun belum pernah diteliti. Infeksi Daerah Operasi

pasien elektif yang ditetapkan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta di tahun 2019 adalah  $\leq 2\%$ .

Penelitian ini penting dilakukan, karena dengan mengetahui prosedur pelayanan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang tepat, masyarakat tidak perlu merasa kecemasan atau ragu terkait dengan response time (waktu tanggap) yang diberikan kepada pasien. Sedangkan bagi petugas kesehatan pengetahuan dan kemampuan ini harus benar-benar dipahami dan diaplikasikan karena berhubungan dengan nyawa seorang pasien dan fungsi ekstremitas yang harus diselamatkan.

## **B. Rumusan Masalah**

Menurut uraian latar belakang diatas maka rumusan masalahnya yaitu “Adakah pengaruh Pre Decision Time dan Emergency Response Time 2 terhadap penurunan infeksi daerah operasi pada patah tulang terbuka ekstremitas bawah derajat I-II?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Efektivitas Pre Decision Time dan Emergency Response Time 2 pada patah tulang terbuka ekstemitas bawah derajat I-II terhadap insidensi infeksi daerah operasi

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis angka kejadian insiden infeksi daerah operasi berdasarkan Standar Prosedur Operasional *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2*.
- b. Menganalisis pengaruh *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2* terhadap infeksi.
- c. Mengeksplorasi Pelaksanaan *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2*

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Dapat memberi informasi yang tepat dan akurat kepada masyarakat tentang manfaat *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2* terhadap penurunan infeksi daerah operasi pada patah tulang terbuka ekstremitas bawah derajat I-II.

### **2. Manfaat Praktis**

#### a. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan tentang efektifitas *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2* terhadap penurunan Infeksi Daerah Operasi

#### b. Bagi Pasien

Memberikan kepuasan dimana pasien mendapatkan pelayanan yang cepat dan tepat

#### c. Bagi Perawat

Memberikan bahan pertimbangan dan kajian dalam pelayanan yang cepat dan tepat tentang efektifitas waktu *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2*.

#### d. Bagi Dokter

Memberikan bahan pertimbangan dan kajian dalam pelayanan yang cepat dan tepat tentang efektifitas waktu *Pre Decision Time* dan *Emergency Response Time 2*.

#### e. Bagi Peneliti

Sebagai data awal referensi bagi Peneliti – peneliti lain untuk melakukan telaah lebih lanjut mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan Dokter Spesialis Ortopedi dan Tim dalam memberikan tindakan yang cepat dan tepat sesuai Standar Prosedur Operasional.