

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kardiovaskular menempati urutan pertama penyumbang terbesar kematian di Dunia, *World Health Organization* (2015) menyatakan 37% mortalitas Indonesia merupakan penyakit kardiovaskular. Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa prevalensi pasien yang mengalami penyakit jantung pada tahun 2018 di Indonesia mencapai 1,5 % dengan kisaran 1.017.290 orang, bila dispesifikasikan berdasarkan diagnosis sebesar 1,5% atau 15 dari 1.000 orang penduduk Indonesia mengalami jantung koroner, 0,13% dengan kisaran 229.696 orang (gagal jantung). Disamping itu, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki prevalensi 2,0% dengan kisaran 14.602 orang. Tingkat keparahan penyakit kardiovaskular yang tidak tertangani dan tidak terpantau dapat berujung pada insiden *cardiac arrest* (WHO, 2015).

DR. Dr. Anwar Santoso, SpJP(K), FIHA dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (2016) menyatakan bahwa insiden *cardiac arrest* di Indonesia mencapai 300.000 hingga 350.000 kasus tiap tahunnya. Data yang tersaji memperlihatkan bahwa tingginya insiden *cardiac arrest* pertahun menjadikan Indonesia sebagai negara yang rentan terhadap kejadian tersebut (FIHA, 2016).

Kemudian, data yang diperoleh dari RISKESDAS wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memperlihatkan bahwa Profil Kesehatan masyarakat DIY (2018) terdapat sebanyak 11.319 kasus penyakit jantung dengan menempati urutan 4 dari 10 penyebab kematian terbesar (RISKESDAS, 2018).

Keselamatan pasien merupakan tujuan dari upaya pencegahan terhadap bahaya kegawatan yang mengancam diri pasien di area rumah sakit. Hal ini menjadi bagian penting dalam upaya pemberian intervensi pertolongan pada pasien dengan *cardiac arrest*. Data yang diterima dari Institute for Healthcare Improvement (IHI) berdasarkan insiden kegawatan di seluruh rumah sakit Inggris menunjukkan bahwa terdapat 50 insiden kegawatan untuk setiap 100 pasien yang menjalani perawatan intensif (IHI, 2018). Kompleksitas intervensi yang diterapkan pada kondisi kegawatan tersebut yang mendapatkan perawatan intensif harus terjamin efektifitas dan efisiensinya, sesuai dengan filosofi kegawatan “*Time Saving it’s Live Saving*” (IHI, 2018).

Efektifitas dan efisiensi bergantung pada waktu pemberian intervensi CPR (*Cardio Pulmonary Resuscitation*) yang menjadi elemen vital pada keberhasilan sebuah intervensi. Henti jantung dan henti nafas selama 4-6 menit pada pasien dapat berujung pada kegagalan intervensi dan menjadi penyebab kematian pasien (IHI, 2018). Keberhasilan intervensi yang diberikan pada saat pasien mengalami kasus kegawatan seperti *cardiac arrest*

di pengaruhi oleh beberapa faktor yang meliputi keterpaduan sistem *code blue*, tim *code blue* sekunder, serta sarana dan prasarana (MD, Myra H. Wyckoff, 2015).

Keterpaduan sistem *code blue* sebagai salah satu indikator penting terkait dengan kualitas Kesehatan layanan dan merupakan standar penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan kelangsungan hidup dari 20% pasien yang menderita serangan jantung di sebuah rumah sakit telah di izinkan untuk pulang. Pada studi yang telah dilakukan menggunakan database *cardiac arrest* Nasional Inggris, dan 22,628 anamnesa dari 144 rumah sakit diperiksa, yang merupakan bagian dari pasien dilakukan melalui panggilan *code blue* memperlihatkan bahwa 1,6 kasus *cardiac arrest* terjadi di setiap 1 .000 kasus rawat inap, dan tingkat debit ditemukan 18,4% (Mehmet, 2020).

Hasil dari 16 studi yang dilakukan oleh *The American Heart Association* (AHA) berdasarkan database yang mencakup 358 rumah sakit antara 2000 dan 2009, serta melibatkan kasus *cardiac arrest* dikembangkan di dalam rumah sakit, diputuskan bahwa 4,02 kasus terjadi untuk setiap 1.000 rawat inap kasus dan tingkat debit adalah 18,8%. Hal ini menjadi dasar rumah sakit terakreditasi wajib menerapkan sistem *code blue*, yang merupakan strategi pencegahan kejadian *cardiac arrest*, aktivasi *emergency* dan resusitasi kegawatdaruratan (AHA,2020).

Kode darurat rumah sakit ini digunakan di seluruh dunia untuk memperingatkan staf tentang berbagai situasi darurat sebagai upaya

mengurangi kematian di rumah sakit. Sistem *code blue* adalah sistem komunikasi yang menjamin kecepatan penanganan dan resusitasi yang efektif untuk pasien dalam pernapasan atau serangan jantung, penerapan sistem *code blue* di rumah sakit menjadi suatu keharusan karena berhubungan langsung dengan akreditasi rumah sakit pada aspek layanan kegawatdaruratan. Sistem *code blue* menjadi salah satu penilaian bagi sebuah rumah sakit dalam meraih akreditasi (AHA,2020).

Code blue umumnya digunakan untuk menunjukkan pasien yang membutuhkan resusitasi atau membutuhkan perhatian medis segera, paling sering sebagai akibat dari gangguan pernapasan atau serangan jantung. Kemungkinan kelangsungan hidup pasien cardiac arrest lebih tinggi ketika mendapatkan intervensi dini dan cepat seperti kualitas dan durasi resusitasi kardiopulmonari dan perawatan lanjutan (Mehmet, 2020).

Penegasan pentingnya pembentukan tim *code blue* rumah sakit tertuang dalam beberapa undang undang sebagaimana berikut: Undang-undang Kesehatan nomor 36 tahun 2009 Pasal 32 Ayat (1) Dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Ayat (2) Dalam keadaan darurat Fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah dan swasta dilarang menolak pasien dan atau meminta uang muka (Ngada, 2019)

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam Bab II Pasal 4, setiap orang berhak atas kesehatan, dalam penjelasannya hak untuk memperoleh kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan, agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pasal ini mengatakan setiap individu dan masyarakat berhak atas nilai nilai kesehatan serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan paripurna (Ngada, 2019).

Kemudian, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pembukaan poin (b) bahwa “setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip-prinsip non diskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional” (Ngada, 2019).

Profesi kesehatan (tenaga kesehatan) seperti perawat dan profesi kesehatan lainnya serta tenaga medis (dokter) mempunyai tanggung jawab moral untuk memberikan pertolongan pada kasus-kasus kegawatan darurat, Yang disebut Tenaga Kesehatan dalam Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 Ayat (6): “Setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan”. Pasal ini mempertegas bahwa petugas kesehatan wajib melakukan

upaya kesehatan termasuk dalam pelayanan gawat darurat yang terjadi baik dalam keadaan sehari-hari maupun dalam keadaan bencana (Ngada, 2019).

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping memiliki type C dengan status akreditasi tingkat paripurna. Hal ini mendorong pihak rumah sakit harus memberikan pelayanan yang prima, terpercaya, dan berkualitas terutama dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan. Sistem *code blue* sebagai bagian vital dalam pelayanan tersebut kemudian resmi dibentuk panduan *code blue* pada Oktober 2016 dengan surat keputusan Nomor: 2116/SK.3.2/X/2016. Audit internal sistem *code blue* melalui kumpulan lembaran hasil penanganan pasien saat *code blue* teraktivasi baru di mulai pada tahun 2018 secara manual ataupun digital.

Tim *code blue* yang di bentuk inilah yang nanti nya menjadi standar penanganan kegawatan di rumah sakit tersebut. Komponen yang terpenting dalam tim *code blue* meliputi sistem, sumberdaya manusia sebagai unit pelaksana dari sistem, dan sarana prasarana mulai alat aktivasi, alat-alat medis standar, alat penunjang sampai sarana dokumentasi baik manual maupun digital.

1.2 Perumusan Masalah

Atas dasar peninjauan pada permasalahan yang muncul pada pemaparan uraian latar belakang diatas, maka penulis mengangkat sebuah rumusan masalah terkait “Bagaimana gambaran faktor yang terlibat dalam keberhasilan

tim code blue pada penanganan *cardiac arrest* di RS PKU Muhammadiyah Gamping?”

1.3 Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan tim *code blue* dalam penanganan *cardiac arrest* di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

b. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui:

1. Mengetahui jumlah kematian yang terkonfirmasi setelah penanganan *cardiac arrest* di RS PKU Muhammadiyah Gamping
2. Mengetahui jumlah Return of Spontaneous Circulation (ROSC) setelah penanganan *cardiac arrest* di RS PKU Muhammadiyah Gamping.
3. Mengetahui *respond time* di RS PKU Muhammadiyah Gamping.
4. Mengetahui kelengkapan sarana prasarana yang digunakan pada penanganan *cardiac arrest* di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

1. Keperawatan

Hasil dari penelitian ini diharapkan mampu menjadi acuan kurikulum pembelajaran ilmu keperawatan yang dapat meningkatkan efektivitas dan pemahaman mahasiswa mengenai faktor-faktor keberhasilan Tim *code blue* dalam penanganan *cardiac arrest* di Rumah Sakit. Hal ini menjadi rujukan atau *evidences based nursing* yang dapat meningkatkan pengembangan keahlian perawat sebagai anggota tim *code blue* dalam penanganan kegawatan *cardiac arrest*.

2. Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan bagi instansi rumah sakit dalam memperbaiki dan mengoptimisasi kinerja tim *code blue* maupun pada pengembangan sistem *code blue*.

1.5 Penelitian Terkait

Referensi penelitian yang dapat menjadi acuan perbandingan dalam melakukan penelitian ini diantaranya yaitu:

1. Eylem Kuday Kaykisiz, dkk (2017) melakukan penelitian mengenai “*code blue in theory versus daily practice: data from a secondary care hospital*” dengan objek penelitian adalah sistem *code blue* dan *staff code blue*. Metode yang digunakan dalam penelitian ini merupakan survei dan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumentasi penelitian yang digunakan adalah laporan *code blue* dari tim sekunder rumah sakit yang di telusuri secara retrospektif berupa kuisisioner

pengetahuan. Disamping itu, pertanyaan yang disusun oleh para penyelidik juga sudah berdasarkan pada pedoman American Heart Association (AHA) tahun 2015 dengan nilai maksimum 10. Setiap jawaban diberikan satu titik yang memberikan total 10 poin untuk survei. Peserta dengan 0 – 5 poin kemudian diklasifikasikan ke dalam kelompok kesadaran yang lemah; responden yang memiliki 6 – 8 poin diklasifikasikan menjadi kelompok moderat; dan responden yang memiliki 9 – 10 poin dikategorikan ke dalam kelompok kesadaran yang memadai atau cukup. Perbedaan penelitian ini sendiri terletak pada instrumen yang digunakan, pada penelitian ini tidak digunakan kuisioner guna mengukur pengetahuan mengenai *code blue*.

2. Al Afik (2019) melakukan penelitian mengenai “*the relationship between response time and patient survival with emergency treatment by the code blue team*” dengan objek penelitian adalah 74 pasien yang menerima penanganan dari tim *code blue* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta periode November 2015 – Juli 2017. Metoda yang digunakan adalah kuantitatif dengan deskriptif dan korelasi untuk menggambarkan hubungan antara *respond time* dengan tingkat survival pasien yang mendapatkan penanganan kegawatdaruratan oleh tim *code blue*. Instrument yang digunakan berasal dari rekam medis pasien serta di analisis menggunakan *spearment rho test*. Hasil yang didapatkan menyatakan bahwa *respond time* yang muncul saat panggilan

kegawatan yang diterima tim code blue 6,09 menit dengan tingkat survival pasien 82,4 % meninggal dan 17,6% yang tersebar di intensive unit. Perbedaan penelitian terletak tempat penelitian serta dalam penelitian ini menambahkan 2 variabel yang berbeda.

3. Vishwanath, dkk. (2019) melakukan penelitian mengenai “*review of code blue*”. Metoda yang digunakan dalam penelitian ini merupakan survei dan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumentasi penelitian yang digunakan adalah laporan *code blue* dari tim sekunder rumah sakit yang di telusuri secara retrospektif dan survei terstruktur yang dikelola sendiri dengan staf kesehatan hingga kemudian dikembangkan untuk menentukan tingkat pengetahuan mengenai *code blue*. Perbedaan pada penelitian kali ini terletak pada instrumen yang di gunakan, pada penelitian ini tidak menggunakan kuisioner pengetahuan mengenai *code blue*.
4. Atif Bayramoglu, dkk (2013) melakukan penelitian mengenai “*patient-staff safety application: the evaluation of code blue reports*” dengan objek penelitian tim *code blue* yang berjumlah lima orang dengan cakupan dokter, perawat, teknisi anestesi, petugas tandu dan penjaga keamanan di rumah sakit, catatan panggilan yang dibuat oleh BCS Callvision. Metoda penelitian di gunakan pendekatan secara retrospektif dari 2010 Mei sampai akhir Januari 2011. Perbedaan penelitian terletak pada instrumen dan variabel yang di gunakan, kemudian pada penelitian

ini sendiri terdapat penambahan variable lain yang dirasa dapat mendukung tujuan penelitian.