

Tingkat Ketergantungan dan Lama Perawatan Pasien Rawat Observasi di IGD

Erlan Nurmansyah¹, F. Sri Susilaningsih², Setiawan²
¹RS Sekarwangi, ²Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
E-mail: n_erlan@yahoo.com

Abstrak

Ketidakseimbangan jumlah pasien dan ketersediaan ruang rawat dapat berakibat pada memanjangnya masa rawat pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Hal tersebut berdampak pada bertambahnya aktivitas dan beban kerja perawat selama pasien menunggu ketersediaan ruang rawat inap di ruang IGD. Berdasarkan situasi tersebut, penting untuk mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien selama periode rawat observasi dan rata-rata waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi selama pasien menjadi tanggung jawab perawat IGD. Penelitian deskriptif dilakukan melalui observasi terhadap pasien yang menjalani rawat observasi di IGD dan intervensi keperawatan yang diterima, serta jumlah waktu yang dipergunakan dalam perawatan tersebut. Teknik *consecutive sampling* dipergunakan untuk menetapkan pasien sebagai sampel penelitian dan sebanyak 74 pasien rawat observasi dilibatkan dalam penelitian ini. Data dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebaran tingkat ketergantungan pasien rawat observasi adalah ketergantungan minimal (37,84%), sedang (25,68%), agak berat (24,32%), dan maksimal (12,16%). Rata-rata waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi 19 menit/perawat/shift dan total waktu 3,72 jam perhari. Implikasi penelitian bagi rumah sakit yaitu perlu dilakukan evaluasi terhadap adanya peningkatan beban kerja perawat IGD dan perencanaan kebutuhan ruang *transient* di luar IGD.

Kata kunci: Beban kerja perawat, gawat darurat, ketergantungan pasien.

The Level of Dependency and Length of Care during The Observation period in Emergency Room

Abstract

An imbalances between number of patients being admitted in Emergency Department (ED) and the availability of beds in it's department have an impact on the length of stay of patient who actually have to be discharged from ED. This problem will affect to the additional nurses activity and the workload, as these pastient should wait to the availability of rooms for the inpatient care in the transient rooms. Based on this situation, it is important to identify the level of dependency of patient during the observation period in transient rooms, and the time consumption for delivering nursing care service, since it's being the responsibility of ED nurses. This data was collected through observations and analyzed with descriptive analysis (percentage). Consecutive sampling technique was administered 74 patients who receives nusing service in this transient room involved in this study. The results of this study obtained that distribution of level dependency of observed patients was minimal dependency (37.84%), medium (25.68%), (24.32%) is higher dependency, and maximal dependency (12.16%). The average time consumption for nursing care delivery is 19 minutes/nurses/shift, and the total time consumption is 3,72 hours/day. The implication of this study is for the Hospital need to evaluate the additional workload of the ED nurses, and need to plan the availability of transient room out side the ED.

Key words: Nursing workload, emergency, patient dependency.

Pendahuluan

Pelayanan kasus gawat darurat di rumah sakit saat ini semakin meningkat sebagai akibat dari modernisasi, hasil pembangunan, sarana angkutan, kepadatan penduduk, lingkungan pemukiman, dan kemajuan teknologi (Depkes RI, 2011). Kondisi tersebut mengakibatkan peningkatan pada berbagai penyakit meliputi penyakit infeksi, penyakit akut *degeneratif*, kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, bencana, dan kejadian lainnya yang akan berdampak pada meningkatnya permintaan (*demand*) jasa layanan rumah sakit (RS) salah satunya pelayanan instalansi gawat darurat (IGD). Ketidakseimbangan antara proporsi pasien dan ketersediaan ruang rawat inap berdampak pada bertambahnya masa rawat pasien dan kesemerawutan (*overcrowding*) di IGD. Asplin, dkk., (2003) menyatakan bahwa fenomena *overcrowding* disebabkan karena ketidakseimbangan antara *supply* (ketersediaan) dan *demand* (permintaan). *The College Of Emergency Medicine (2012)* menyimpulkan beberapa penyebab terjadinya *overcrowding* di ruang IGD yaitu prosedur pelayanan, respon dari tim rawat inap, tata letak, kapasitas jumlah tempat tidur (*beds*), jumlah pasien, jumlah dan kemampuan staf IGD.

Overcrowding di ruang IGD menyebabkan banyak kejadian yang merugikan seperti yang diungkapkan *The College Of Emergency Medicine (2012)* diantaranya meningkatnya beban kerja, kelelahan staf, kecemasan pasien, *medical error*, *inefficiency*, terabaikannya *patient safety*, dan terhambatnya pelayanan. *Australasian College For Emergency (2004)* menyimpulkan dampak dari *overcrowding* yaitu terganggunya kehormatan dan *privacy* pasien sebab ruang IGD dirancang sebagai ruangan terbuka. Menurut Olshaker (2009), *overcrowding* dapat berpotensi meningkatnya rujukan, menurunkannya kepuasan pasien, buruknya hasil akhir perawatan pasien dan frustrasi pada pasien, keluarga serta petugas di IGD.

Beberapa uraian diatas dapat disimpulkan bahwa keterbatasan sarana dan prasarana RS diantaranya seperti *beds* rawat inap, sumber daya manusia, dan alat kesehatan merupakan faktor yang dapat menyebabkan terjadinya

overcrowding dikarenakan memanjangnya *length of stay* (LOS) akibat tertahannya akses ruang rawat inap. Hal tersebut akan berdampak pada meningkatnya beban kerja staf di IGD seperti yang diungkapkan Richardson, Kelly, dan Kerr (2009) dalam *executive summary*nya yang menyatakan bahwa 1/3 beban kerja staf di IGD dihabiskan untuk pelayanan pasien yang menunggu ruang rawat inap. Depkes RI (2005) mengklasifikasikan ketergantungan pasien sesuai kebutuhan terhadap asuhan keperawatan meliputi tingkat ketergantungan minimal, sedang, agak berat, dan maksimal.

Ketergantungan seorang pasien dan rata-rata waktu pelayanan keperawatan berbeda-beda dan bervariasi sesuai dengan kebutuhan asuhan keperawatan pasien. Penelitian Jus (2008) terhadap 171 pasien di IGD RS swasta X di Jakarta Utara menghasilkan kesimpulan bahwa terdapat perbedaan rata-rata waktu perawatan pasien berusia ≥ 65 tahun (60 menit) dengan pasien ≤ 21 tahun (38 menit), total durasi pada pelayanan pasien cenderung memanjang seiring bertambahnya usia pasien. Hasil penelitian Ernawati dan Nursalam (2011) di RS Negara Bali mendapatkan standar beban kerja keperawatan di ruang kasus bedah membutuhkan 237.864,96 jam/tahun, diruangan penyakit dalam dan saraf membutuhkan 240.311,17 jam/tahun dan disimpulkan bahwa perbedaan standar beban kerja salah satunya karena perbedaan tingkat ketergantungan pasien.

RS X adalah rumah sakit dengan status kelas C yang menjadi rujukan di wilayah Sukabumi. Kunjungan pasien IGD secara umum fluktuatif, pada tahun 2013 kunjungan IGD mengalami kenaikan kurang lebih 20 % dari tahun 2012. Dari kunjungan tahun 2012 (21.000 pasien), rata-rata 18% (3.780 pasien) harus dirujuk, dan dari 3.780 pasien, 40% (1.512 pasien) dirujuk oleh karena tempat perawatan penuh. RS X belum memiliki ruangan *observation unit* sehingga apabila ruang rawat inap penuh dan pasien menolak dirujuk, perawatan lanjutan dilakukan di IGD. Pasien yang tinggal ≥ 6 jam tersebut di kategorikan sebagai pasien rawat observasi. Tahun 2013 sampai dengan bulan Oktober, pasien rawat observasi setiap bulannya rata-rata 290 pasien (Medical Record, 2013). Kondisi tersebut mengharuskan perawat IGD

memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien rawat observasi disamping tugas pokok sebagai perawat IGD yang harus selalu siap tanggap terhadap pasien baru dengan kondisi yang tidak menentu dan bervariasi.

Studi pendahuluan melalui wawancara dengan kepala ruangan dan tiga perawat didapatkan informasi bahwa pelayanan terhadap pasien yang *true emergency* (benar-benar gawat) dirasakan belum maksimal sebagai akibat ruang IGD menjadi tempat rawat sementara. Disamping itu, waktu kerja perawat juga sebagian digunakan untuk pelayanan pada pasien rawat observasi yang tertahan mendapat ruang rawat inap. Wawancara dengan tiga pasien rawat observasi didapatkan informasi bahwa dua pasien mengatakan cemas dan terganggu bila datang pasien baru. Sementara satu pasien mengatakan takut bila ada pasien baru yang gawat dan pasien korban kecelakaan. Selain itu, ketiga pasien mengatakan tidak nyaman karena IGD yang ramai dan terbuka. Menelaah kondisi tersebut, perlu dilakukan identifikasi tingkat ketergantungan pasien rawat observasi dan rata-rata waktu yang digunakan oleh perawat untuk memberikan perawatan pasien rawat observasi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit X Sukabumi.

Metode Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan metode pengumpulan data, yaitu menggunakan metode observasi yang bertujuan untuk menggambarkan antara tingkat ketergantungan pasien rawat observasi dan rata-rata waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi (Setiadi, 2013). Teknik sampling yang digunakan adalah pendekatan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sampai jumlah sampel terpenuhi (Setiadi, 2013). Sampel penelitian yaitu pasien yang berada di IGD ≥ 6 jam berjumlah 74 pasien didapatkan dari rata-rata populasi pasien berstatus rawat observasi per bulan 290 pasien dengan derajat penyimpangan 10%. Target sampel tercapai dalam lima hari pengamatan yaitu

mulai tanggal 16 Desember 2013 sampai tanggal 20 Desember 2013 bertempat di IGD RS X Sukabumi.

Instrumen data dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar observasi. Untuk menentukan kategori ketergantungan pasien rawat observasi merujuk pada panduan tingkat ketergantungan pasien terhadap asuhan keperawatan dari Depkes RI (2011) yang meliputi kategori ketergantungan minimal, sedang, agak berat dan maksimal.

Proses pengumpulan data dibantu oleh satu koordinator observer dan lima tenaga bantu observer. Pelaksanaan observasi pada *shift* pagi dan sore dilakukan oleh masing-masing dua orang sedangkan untuk *shift* malam dilakukan oleh satu orang tenaga *observer*. Antisipasi untuk meminimalisir bias pada pengumpulan data, yaitu telah dilakukan pelatihan kepada tenaga bantu observer dengan metode ceramah dan diskusi selanjutnya secara bersama-sama peneliti dan tenaga bantu observer mempraktekan cara menentukan sampel penelitian, menentukan tingkat ketergantungan pasien, dan mencatat penggunaan waktu perawatan pasien. Setelah didapatkan pasien berstatus rawat observasi, *observer* melakukan pengamatan, menceklist kebutuhan asuhan keperawatan pasien pada lembar observasi yang telah tersedia, dan diakhiri dengan menentukan jenis klasifikasi ketergantungan pasien dengan merujuk ke panduan Depkes RI (2011) tentang pengklasifikasian ketergantungan pasien.

Penghitungan waktu perawatan pasien rawat observasi pada penelitian ini digunakan alat bantu yaitu *stopwacth*. Waktu dimulai atau dihitung sejak perawat mempersiapkan alat atau bahan untuk tindakan keperawatan. Kemudian, *stopwacth* dihentikan setelah perawat selesai membereskan alat dan bahan yang telah dipakai. Selanjutnya, *stopwacth* dikembalikan ke angka nol. Analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Tujuan dari analisis univariat ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Sugiyono, 2011). Setelah dilakukan pengolahan data, masing-masing kategori ketergantungan pasien kemudian dianalisis dan dikelompokkan untuk dihitung nilai distribusi persentasenya. Untuk mengetahui

distribusi persentase setiap tingkat ketergantungan pasien didapatkan dengan membagi kelompok kategori ketergantungan tertentu dengan total pasien dikalikan seratus persen sehingga diperoleh persentase masing-masing kategori ketergantungan pasien. Sementara untuk mengetahui rata-rata waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi didapatkan dari penjumlahan seluruh waktu pelayanan keperawatan pasien rawat observasi dibagi dengan total pasien rawat observasi. Untuk menghitung rata-rata waktu perawat jaga IGD yang terpakai untuk perawatan pasien rawat observasi diketahui dengan membagi rata-rata dari penggunaan waktu dengan rata-rata perawat jaga selama pengamatan.

Penelitian telah mendapatkan ijin dari RS X melalui Diklat RS. Responden telah diberikan *informed consent* dan penjelasan terkait judul, manfaat dan tujuan penelitian. Responden menyatakan tidak keberatan dan bersedia ikut serta dalam proses penelitian secara sukarela.

Hasil Penelitian

Jumlah perawat jaga IGD dan pasien rawat observasi selama pengamatan selengkapnya dapat dilihat pada tabel 1 dan 2.

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata perawat jaga di ruang IGD adalah 11,6 orang/hari dengan pembulatan 12 orang dan rata-rata per *shift* adalah empat orang. Rata-rata pasien rawat observasi 14,8 pasien/hari

dengan pembulatan 15 orang perhari. Hasil pengamatan selama lima hari didapatkan bahwa distribusi tingkat ketergantungan dan status keluar pasien rawat observasi di IGD RS X.

Pada tabel 2, kategori ketergantungan pasien rawat observasi yang terbanyak adalah ketergantungan minimal yaitu 28 orang (37,84%), 21 pasien diantaranya dipulangkan. Angka kematian pada pasien rawat observasi di IGD yaitu empat orang dan keseluruhan berasal dari ketergantungan maksimal. Gambaran waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi di ruang IGD berbeda setiap kategorinya sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien terhadap asuhan keperawatan.

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa pasien yang sedang dirawat observasi mendapatkan perawatan di ruang IGD rata-rata selama 19,3 menit dengan pembulatan 19 menit. Penggunaan waktu perawatan yang terendah yaitu selama 1,0 menit dan waktu perawatan terlama yaitu 57,0 menit. Hasil pengamatan juga mendapatkan data terkait rata-rata lama tinggal pasien rawat observasi di ruang IGD selengkapnya terdapat pada tabel 4.

Pada tabel 4 dapat diketahui bahwa rata-rata lama tinggal pasien yang berstatus rawat observasi di IGD RS X adalah 442,09 menit dengan pembulatan 442 menit. Tabel 5 menunjukkan bahwa rata-rata waktu perawat jaga yang terpakai selama 19,3 menit dengan pembulatan 19 menit setiap perawat setiap *shift*, dan rata-rata total waktu yang digunakan untuk pelayanan keperawatan pada pasien

Tabel 1 Distribusi Rata-Rata Perawat Jaga dan Pasien Rawat Observasi di IGD RS X Selama Pengamatan 16–20 Desember 2013

Hari/ Tanggal	Jumlah Perawat Jaga Per <i>Shift</i> dan 24 Jam				Jumlah Pasien Rawat Observasi Per <i>Shift</i> dan 24 Jam			
	Pagi	Sore	Malam	24 Jam	Pagi	Sore	Malam	24 Jam
Senin, 16-12 2013	4	4	4	12	4	5	6	15
Selasa, 17-12-2013	4	4	4	12	5	2	7	14
Rabu, 18-12-2013	4	3	4	11	9	7	4	20
Kamis, 19-12-2013	4	4	3	11	2	7	4	13
Jum'at, 20-12-2013	5	4	3	12	6	5	1	12
Jumlah	21	19	18	58	26	26	22	74
Rata-rata	4,2	3,8	3,6	11,6	5,2	5,2	4,4	14,8

Tabel 2 Distribusi Tingkat Ketergantungan dan Status Keluar Pasien Rawat Observasi di IGD RS X Selama Pengamatan 16–20 Desember 2013

Kategori	Jumlah Sampel	(%)	Rawat	Rujuk	Pulang	Meninggal	Pulang Paksa
Ketergantungan Minimal	28	37,84	6	1	21	-	-
Ketergantungan Sedang	19	25,68	18	1	-	-	-
Ketergantungan Agak Berat	18	24,32	16	1	-	-	1
Ketergantungan Maksimal	9	12,16	5	-	-	4	-

rawat observasi setiap harinya adalah selama 223,4 menit atau dikonversikan kedalam satuan jam menjadi 3,72 jam (3 jam 43 menit).

Pembahasan

Distribusi rata-rata perawat jaga dan pasien rawat observasi di IGD, dalam hasil penelitian ini didapatkan bahwa rata-rata perawat jaga adalah 12 orang setiap harinya atau empat orang untuk setiap *shift*nya (Tabel 1). Bila dibandingkan dengan rata-rata kunjungan pasien baru IGD per hari pada tahun 2013 sebanyak 70 pasien maka didapatkan rasio perbandingan perawat dengan pasien adalah 1:6 setiap *shift*nya. Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa rata-rata pasien yang di rawat observasi yaitu 15 pasien per hari. Selain harus memberikan pelayanan pada pasien baru, perawat juga harus memberikan pelayanan rujukan, pemulangan pada pasien dan pelayanan pada pasien rawat observasi yaitu pasien yang tertahan aksesnya untuk mendapatkan ruang rawat inap, sehingga dibutuhkan kesesuaian rasio perawat dan pasien melalui perencanaan dan pengelolaan tenaga perawatan yang baik di ruang IGD.

Jennings (2008, dalam Jones, 2010) berpendapat bahwa pengelolaan staf di ruang IGD merupakan suatu pekerjaan yang tidak

mudah disebabkan karena tidak menentukannya jumlah dan kondisi pasien yang datang ke ruang IGD. Kecukupan rasio perbandingan antara perawat dengan pasien merupakan faktor yang sangat penting agar pelayanan tercapai optimal. Pada penelitian Aiken, dkk., (2010) menyimpulkan bahwa kesesuaian rasio perawat diprediksi berhubungan dengan maksimalnya pelayanan perawatan pasien. Sementara pada penelitian Needleman, dkk., (2011) dalam *study retrospective observational* dapat disimpulkan bahwa untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien perlu mencocokkan jumlah staf keperawatan dengan kebutuhan perawatan pasien.

Hasil penelitian ini terlihat pula bahwa tertahannya pasien di ruang IGD disebabkan karena beberapa faktor, diantaranya adalah terbatasnya persediaan *beds* di ruang rawat inap dan fasilitas penunjang seperti regulator oksigen di ruang rawat inap. Dalam hal faktor yang terkait dengan keterbatasan *beds*, ternyata hasil ini sesuai dengan *executive summary* Richardson, Kelly, dan Kerr (2009) yang melakukan *single survey* terhadap 94 IGD di Australia dan menyimpulkan bahwa setengah dari pasien IGD menunggu ruang rawat inap. Sementara *British Columbia Medical Association* (2010) menyimpulkan bahwa kurangnya aksesibilitas untuk rawat inap tepat waktu disebabkan karena kurangnya ketersediaan *beds*, kurangnya

Tabel 3 Rata-Rata Waktu Perawatan Pasien Rawat Observasi Berdasarkan Tingkat Ketergantungan dan Total Sampel (n=74) di IGD RS X

Kategori	Jumlah Sampel	Mean (menit)	Terendah (menit)	Tertinggi (menit)
Minimal	28	7,3	1,0	19,0
Sedang	19	12,0	2,0	36,0
Agak Berat	18	25,1	11,0	44,0
Maksimal	9	33,0	7,0	57,0

Tabel 4 Rata-Rata Lama Tinggal Pasien Rawat Observasi di IGD RS X Berdasarkan Tingkat Ketergantungan dan Total Sampel (n=74) Selama Pengamatan 16–20 Desember 2013

Kategori	Jumlah Sampel	Mean (menit)	Terendah (menit)	Tertinggi (menit)
Minimal	28	367,86	120	1.63
Sedang	19	428,42	90	1.65
Agak Berat	18	708,61	110	1925
Maksimal	9	168,89	40	520

tenaga staf, dan lama tinggal pasien rawat inap serta kompleksitas kondisi pasien.

Faktor lain yang menyebabkan tertahannya pasien adalah kurang tersedianya fasilitas penunjang seperti regulator oksigen di ruang rawat inap. Penjelasan perawat menyatakan bahwa pasien harus menunggu di IGD akibat kurangnya persediaan regulator oksigen di ruang rawat inap, padahal pasien yang akan dirawat dengan keluhan sesak jumlahnya banyak. Data rekam medis di IGD mencatat pasien dengan keluhan pernapasan masuk ke dalam kategori lima besar kunjungan RS. Terbatasnya persediaan regulator oksigen dapat menghambat akses pasien yang akan di rawat inap dan memerlukan bantuan oksigen, sehingga ketersediaan sarana termasuk didalamnya pengadaan alat kesehatan harus berorientasi pada kondisi di pelayanan. Hasil tersebut mendukung penelitian British Columbia Medical Association (2010) yang menyimpulkan bahwa kurang ketersediaannya layanan yang berbasis masyarakat, integritas dan koordinasi yang buruk di RS akan berdampak pada terhambatnya aksesibilitas pasien untuk mendapatkan ruang rawat inap.

Pada beberapa temuan diatas menunjukkan bahwa terhambatnya akses pasien untuk mendapatkan ruang rawat inap merupakan masalah yang komprehensif

bagi RS, sehingga perlu penanganan yang terintegrasi dengan sistem pelayanan RS secara keseluruhan, hal ini seperti yang telah diungkapkan oleh Richardson (dalam Forero, McCarthy, & Hillman, 2011) yang berpendapat bahwa harus ada transparansi dan kebebasan dalam mengakses data agar memahami sistem pelayanan rumah sakit sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat maksimal. Selanjutnya Richardson (dalam Forero dkk, 2011) juga menyatakan bahwa proses tersebut termasuk didalamnya adalah penelitian, kebijakan, dan birokrasi.

Mengenai distribusi tingkat ketergantungan dan status keluar pasien rawat observasi di ruang IGD pada penelitian ini didapatkan bahwa kategori ketergantungan pasien rawat observasi yang paling banyak adalah pasien dengan ketergantungan minimal sebanyak 28 pasien (37.84%). Dari 28 pasien dengan ketergantungan minimal, sebanyak 21 pasien dipulangkan setelah dilakukan perawatan observasi di IGD. Jenis penyakit pada pasien rawat observasi dengan jenis ketergantungan minimal tergolong kedalam penyakit ringan diantaranya adalah keluhan yang berhubungan dengan masalah pencernaan seperti gastritis, gastroenteritis, dan pasien-pasien dengan dehidrasi ringan yang disertai mual muntah. Masalah pernapasan yang sering terjadi

Tabel 5 Waktu Perawat IGD Yang Terpakai Untuk Perawatan Pasien Rawat Observasi di IGD RS X Selama Pengamatan 16–20 Desember 2013

Hari/Tanggal	Perawat Jaga	Waktu Yang Digunakan (menit)	Rata-Rata (menit)
Senin, 16-12-2013	12	160	13,3
Selasa, 17-12-2013	12	198	16,5
Rabu, 18-12-2013	11	294	26,7
Kamis, 19-12-2013	11	252	22,9
Jum'at, 20-12-2013	12	213	17,8
Rata-Rata	11,6	223,4	19,3

diantaranya adalah asma, *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD), dan infeksi paru.

Banyaknya pasien yang dilakukan rawat observasi dengan jenis tingkat ketergantungan minimal di IGD dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas pelayanan pada IGD level I yang penyelenggaraannya dilaksanakan oleh puskesmas yang memiliki fasilitas pelayanan perawatan. Belum maksimalnya pelayanan IGD level I baik secara kualitas maupun kuantitas menyebabkan banyaknya kunjungan pasien ke ruang IGD dengan Level II (RS) termasuk diantaranya adalah pasien-pasien dengan kategori sakit ringan dan ketergantungan minimal. Berry dan Curry (2012) menyimpulkan bahwa banyaknya pasien rawat observasi di IGD disebabkan karena tertahannya akses untuk mendapatkan ruang rawat inap diakibatkan salah satunya adalah karena kurang tersedianya pelayanan di komunitas dan buruknya integrasi serta koordinasi antara rumah sakit dengan unit di komunitas. Sementara Cameron, Joseph, dan McCarthy (2009) menyimpulkan bahwa peningkatan pelayanan di komunitas serta integrasi dan koordinasi pelayanan kesehatan merupakan sebuah solusi untuk mengurangi tingginya permintaan dan dapat memecahkan masalah tertahannya pasien di IGD.

Data lain yang didapat dalam penelitian ini, yaitu tingginya angka kematian pada pasien rawat observasi. Salah satu faktor penting penyebab tingginya angka kematian adalah beratnya kondisi pasien saat dibawa ke IGD. Faktor lain yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kematian diantaranya adalah lingkungan IGD, ketersediaan dan kompetensi staf, serta perlengkapan medis. Penelitian Aiken, dkk., (2011) menyimpulkan bahwa usaha untuk menyelamatkan nyawa pada lingkungan kerja yang buruk akibat *overcrowding* dan hampir tidak mungkin berhasil.

Lingkungan ruang IGD yang *overcrowding* disebabkan karena terdapatnya pasien yang banyak, pengantar pasien yang belum tertata dengan baik, dan pintu IGD yang bisa diakses oleh pengunjung umum serta belum adanya ruangan khusus untuk pasien rawat observasi memperberat penanganan pada pasien kritis. Selain menangani pasien kritis, staf IGD juga harus melayani pasien baru dan pasien lainnya. Hasil penelitian ini mendukung

penelitian Needleman, dkk., (2011) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan antara banyaknya pasien baru, pasien yang akan pindah ke ruang rawat, dan pasien yang akan dipulangkan dengan risiko peningkatan kematian. Hal ini dapat disebabkan dikarenakan meningkatnya penggunaan waktu staf untuk pelayanan semua pasien tersebut.

Penelitian Forero, McCarthy, dan Hillman (2011) menyimpulkan bahwa risiko kematian meningkat 20%–30% pada lingkungan yang *overcrowding* akibat dari tertahannya pasien. Sementara Singer, et al (2011) menyimpulkan bahwa lamanya pemindahan pasien dari IGD ke rawat inap berhubungan dengan tingginya rata-rata angka kematian. Kileoyne dan Dowling (2007, dalam *College of Nurse of Ontario*, 2009) berpendapat bahwa bekerja pada lingkungan dengan kondisi yang *crowded* akibat tertahannya akses pasien dapat mengakibatkan ketidakberdayaan dan kejenuhan staf serta konflik moral. Selain beratnya penyakit dan kondisi lingkungan, faktor lain yang berisiko meningkatkan angka kematian adalah kompetensi dan jumlah staf. Kompetensi staf dalam penanganan kasus kritis dipengaruhi oleh pengalaman dan pelatihan yang telah diterima. Penelitian Neily, dkk., (2010) menyimpulkan bahwa program pelatihan dapat menurunkan 0.5 kali (95% CI 0.2–1.0) angka kematian per seribu prosedur. Sementara Departemen Kesehatan RI (2011) mensyaratkan bahwa tenaga medis dan keperawatan harus mampu melakukan teknik pertolongan bantuan hidup dasar.

Faktor lain selain kompetensi staf yang dapat berisiko meningkatkan angka kematian adalah tidak maksimalnya penanganan pada pasien kritis juga terlihat dari banyaknya prosedur yang tidak dikerjakan dengan maksimal akibat terbatasnya jumlah staf. Hal tersebut dikarenakan pada saat yang sama staf IGD harus memberikan pelayanan pada pasien lainnya. Hasil ini mendukung penelitian Needleman, dkk., (2011) dalam *study retrospective observational* yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara jumlah staf dibawah level dengan peningkatan angka kematian. Hal yang sama diungkapkan Aiken, dkk., (2010) yang berpendapat bahwa kesesuaian rasio perawat diprediksi berhubungan dengan penurunan angka kematian.

Hasil penelitian mengenai waktu perawatan pasien rawat observasi didapatkan bahwa rata-rata waktu perawatan pasien rawat observasi di IGD adalah 19 menit per pasien. Apabila dibandingkan dengan rata-rata lama tinggal di IGD (tabel 4) maka dapat diketahui bahwa pasien yang dirawat observasi mendapatkan pelayanan keperawatan rata-rata 19 menit selama 7,37 jam pasien berada di ruang IGD berstatus rawat observasi. Hasil pengamatan peneliti didapatkan data bahwa terdapat beberapa kebutuhan perawatan pasien yang tidak dapat diberikan oleh perawat, diantaranya adalah mengatur posisi, mengganti pakaian, memberikan terapi oral, dan evaluasi tanda-tanda vital. Tindakan mandiri keperawatan tersebut dilakukan oleh portir atau dokter jaga karena pada saat yang bersamaan perawat IGD sedang melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang bukan kategori rawat observasi dan atau pasien baru IGD. Selain itu, staf keperawatan di IGD juga melakukan tindakan yang terkategori tidak diperkenankan diantaranya tindakan penjahitan yang memerlukan waktu cukup lama. Hal tersebut menyebabkan waktu untuk pemberian pelayanan keperawatan menjadi tersita. Pada penelitian Al-Kandari dan Thomas (2009) menyimpulkan bahwa terdapat korelasi antara tidak komplintnya kegiatan keperawatan selama *shift* dengan peningkatan jumlah dan ketergantungan pasien pada *shift* tersebut.

Faktor lain yang menyebabkan minimnya pemberian asuhan keperawatan pada pasien rawat observasi adalah kelelahan dan kejenuhan perawat dalam menghadapi berulangnya situasi IGD dengan banyaknya pasien rawat observasi dan lingkungan yang *overcrowding*. Hal tersebut dapat berdampak pada turunnya kepedulian perawat untuk memberikan pelayanan maksimal pada pasien seperti yang diungkapkan oleh Kileoyne dan Dowling (2007, dalam *College of Nurse of Ontario*, 2009) bahwa kekurangan ruangan, ketidakberdayaan, dan kejenuhan staf yang disebabkan oleh *overcrowding* menyebabkan konflik moral, pasien tidak dirawat atau diobati dengan rasa hormat dan bermartabat serta tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pasien. Sementara menurut *College of Nurse of Ontario* (2009) berpendapat bahwa perawat sulit untuk menegakan standar prosedur pada

situasi yang *overcrowding*. Secara umum Richardson, dkk., (2009) berkesimpulan bahwa berlebihnya pasien yang menunggu ruang perawatan di IGD akan mengurangi kualitas pelayanan keperawatan dan hasil akhir pasien yang buruk.

Faktor lainnya adalah anggapan bahwa pasien rawat observasi hanya menjadi tugas tambahan sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan berfokus pada apa yang diminta tidak berdasarkan pada kebutuhan pasien yang komprehensif. Menurut *Victorian Government Department of Human Service* (2009) untuk mensukseskan implementasi pelayanan pada pasien rawat observasi harus adanya kejelasan visi dari staf, sistem organisasi, dan proses pemberian pelayanan yang baik serta evaluasi yang adekuat.

Kecenderungan lain belum maksimalnya pelayanan pada pasien rawat observasi di ruang IGD juga berkaitan dengan fungsi supervisi. Tidak berjalannya fungsi supervisi seperti fungsi bimbingan, pengarahan, pengendalian, motivasi, dan evaluasi dalam kegiatan pelayanan keperawatan sehari-hari dapat menyebabkan ketidakjelasan kontrol tugas pokok dan fungsi. Keadaan tersebut menyebabkan tidak adanya manajemen kondisi *overcrowding* yang pada gilirannya masalah pasien dan dampak yang ditimbulkan sebagian besar hanya diselesaikan oleh bagian IGD. Richardson dan Mountain (2009) menyebutkan bahwa faktor di luar IGD merupakan penyebab dan sekaligus bisa menjadi bagian pemecahan masalah kondisi *overcrowding* di IGD.

Lama tinggal pasien rawat observasi di IGD adalah rata-rata 442 menit/7,37 jam. Maksud lama tinggal dalam penelitian ini adalah lamanya pasien berada di IGD sejak berstatus sebagai pasien rawat observasi yaitu pasien yang berada di IGD ≥ 6 jam sebelum masuk rawat inap, dirujuk, meninggal, dan atau dipulangkan. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa *length of stay* pasien berada di IGD adalah 13,37 jam terhitung sejak pasien masuk ke IGD. Penelitian ini mendukung penelitian *British Columbia Medical Association* (2010, dalam Berry & Curry, 2012) yang mendapatkan hasil bahwa satu pertiga pasien menunggu 10 jam untuk mendapatkan pelayanan rawat inap.

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan

bertambahnya *length of stay* di IGD adalah tertahannya pasien untuk mendapatkan ruang rawat inap akibat terbatasnya persediaan *beds*, hal tersebut sependapat dengan Richardson (2009) dalam *executive summary*nya yang mendapatkan data bahwa 51% dari 38 RS melaporkan memiliki pasien yang menunggu ruang rawat inap lebih dari 12 jam. Penelitian ini juga mendukung penelitian Foster, Stiell, dan Wells (dalam Paul, Reddy, & DeFlicht, 2010) yang menyimpulkan bahwa faktor terbesar yang berkorelasi dengan *length of stay* IGD adalah terbatasnya *beds* rawat inap yang dapat mengakibatkan terjadinya kondisi *overcrowding* di IGD.

Faktor lain yang dapat mengakibatkan tertahannya pasien dan bertambahnya *length of stay* di ruang IGD ialah tertundanya proses pemulangan pasien. Faktor yang berhubungan dengan proses pemulangan pasien di ruang rawat inap adalah ketersediaan sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang dimaksud adalah ketersediaan dan tingginya aktifitas staf di ruang perawatan. Apabila terjadi kondisi yang menunjukkan adanya keterbatasan sumber daya manusia di ruangan perawatan maka pengelolaan pemulangan pasien baru dilakukan menjelang sore. *American College of Emergency Physicians* (2008, dalam Djokovic, 2012) menyimpulkan bahwa solusi untuk jangka pendek terhadap penyelesaian *access block* rawat inap adalah diperlukannya jiwa kepemimpinan dari setiap aspek RS untuk dapat memulangkan pasien sebelum jam 12 siang, proses tersebut termasuk didalamnya keterlibatan dokter, perawat, farmasi, radiologi, lab, pelayanan kamar dan lain-lain.

Hasil penelitian terhadap waktu perawat jaga yang terpakai untuk melakukan pelayanan keperawatan pasien rawat observasi adalah rata-rata selama 19 menit setiap perawat dalam setiap *shift*nya. Yang dimaksud dengan waktu perawat yang terpakai untuk pelayanan pasien rawat observasi adalah waktu staf keperawatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan keperawatan pada pasien yang berada di IGD ≥ 6 jam berstatus sebagai pasien rawat observasi. Dari penelitian juga didapatkan rata-rata total waktu yang digunakan untuk memberikan pelayanan keperawatan pada pasien rawat observasi di IGD setiap harinya adalah 223

menit per hari atau 3,72 jam (3 jam 43 menit).

Penggunaan waktu untuk pelayanan rawat observasi akan mengurangi waktu kerja staf perawat di IGD untuk memberikan pelayanan terhadap pasien baru IGD dan pasien diluar kategori rawat observasi. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Richardson (2009, dalam Forero., dkk., 2011) yang menyimpulkan bahwa 40% bahkan lebih waktu staf digunakan untuk memberikan perawatan terhadap pasien rawat observasi yang sedang menunggu ruang rawat inap di IGD. Data terkait penggunaan waktu staf perawat IGD untuk pelayanan pasien rawat observasi merupakan input untuk evaluasi kebutuhan tenaga keperawatan di ruang IGD yang memiliki pasien dengan kategori rawat observasi seperti yang diungkapkan Depkes RI (2011) bahwa untuk pemberian pelayanan keperawatan di ruang observasi *intermediate*, setiap RS harus mempertimbangkan untuk menambah jumlah tenaga perawat dengan mengacu pada penghitungan kebutuhan tenaga perawat di ruang rawat inap. Hal ini sangat penting agar tidak terjadi penurunan kualitas pelayanan keperawatan di ruang IGD karena bertambahnya beban kerja staf perawat dapat menyebabkan terhambatnya ketepatan waktu tanggap terhadap penanganan kasus IGD.

Simpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pasien rawat observasi di IGD Rumah Sakit X Sukabumi yang memiliki tingkat ketergantungan minimal lebih banyak dari pada pasien yang memiliki ketergantungan sedang, berat, dan maksimal. Adapun waktu yang digunakan untuk perawatan pasien rawat observasi rata-rata 19 menit per perawat per shift dan total rata-rata 3,72 jam per hari, sehingga kondisi tersebut berisiko dapat meningkatkan beban kerja perawat. Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan bagi manajemen RS untuk mengevaluasi peningkatan beban kerja dan pengalokasian kebutuhan tenaga perawat di IGD serta pertimbangan kebutuhan ruang *transient (observation unit)* agar pelayanan di IGD lebih maksimal. Selain itu, penelitian ini menjadi data dasar penelitian lebih lanjut

untuk mengetahui kebutuhan tenaga perawat di IGD.

Daftar Pustaka

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., & Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research, 45*(4), 904–921.

Al-Kandari, F., & Thomas, D. (2009). Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 18*(24), 3430–3440.

Asplin, Brent, R., Magid, J. D., ... & Camaro, A., C. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine, 42*(2), 173–180. doi: 10.1067/mem.2003.302.

Australasian College For Emergency. (2004). *Access block and overcrowding in emergency room*. Diakses dari http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf.

Berry, L., & Curry, P. (2012). *Nursing workload and patient care: Understanding the value of nurses, the effects of excessive workload, and how nurse patient ratios and dynamic staffing models can help*. Canadian Federation of Nurses Unions.

British Columbia Medical Association. 2010. *Emergency department overcrowding*. Diakses dari http://www.nursingcenter.com/Inc/pdfjournal?AID=1197439&an=00152193-201108000-00001&Journal_ID=&Issue_ID=.

Cameron, P. A., Joseph, A. P., & McCarthy, S. M. (2009). Access block can be managed. *Medical Journal of Australia, 190*(7), 364.

College of Nurses of Ontario. 2009. *Nursing in temporary location: Listening to Ontario's nurses*. Diakses dari <http://www.cno.org/Global/docs/policy/NursingInTheHallsAugust2009.pdf>.

Departemen Kesehatan RI. (2011). *Standar pelayanan keperawatan gawat darurat di rumah sakit*. Jakarta.

Djokovic, M. (2012). *Increased emergency department boarding times*. Diakses dari http://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone.

Ernawati., Nursalam., & Djuari. (2011). Kebutuhan riil tenaga perawat dengan metode *workload indicator staff need* (WISN). Diakses dari <http://journal.lib.unair.ac.id/index.php/JN/article/download/588/588>.

Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Crit Care, 15*(2), 216.

Jones, T. L. (2010. July). A holistic framework for nursing time: Implications for theory, practice, and research. In *Nursing forum, 45*(3), 185–196. Blackwell Publishing Inc.

Jus, E. (2008). Faktor influencing length of stay in the emergency department in a private hospital in North Jakarta. *Universa Medica, 27*(4), 165–173.

Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2009). *Standar instalasi gawat darurat rumah sakit. No 856*. Jakarta.

Medical record. (2013). *Data medical record RS X. Sukabumi*.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine, 364*(11), 1037–1045.

Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., Berger, D. H., ... & Bagian, J. P. (2010). Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *Jama, 304*(15), 1693–1700.

Olshaker, J. S. (2009). Managing emergency department overcrowding. *Emergency*

medicine clinics of North America, 27(4), 593–603.

Paul, S. A., Reddy, M. C., & DeFlicht, C. J. (2010). A systematic review of simulation studies investigating emergency department overcrowding. *Simulation*, 86(8–9), 559–571.

Richardson, D., Kelly, A. M., & Kerr, D. (2009). Prevalence of access block in Australia 2004–2008. *Emergency Medicine Australasia*, 21(6), 472–478.

Setiadi. (2013). *Konsep dan praktek penulisan Riset keperawatan*. (Edisi ke-2). Yogyakarta: Graha Ilmu.

Singer, A. J., Thode Jr, H. C., Viccellio, P., & Pines, J. M. (2011). The association between length of emergency department boarding and mortality. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1324–1329.

Sugiyono. (2011). *Statistik untuk penelitian*. (Cetakan ke-18). Bandung: Alfabeta.

The College Of Emergency Medicine. (2012). *Crowding in emergency departments. Revised Edition*. Diakses dari <http://www.Collemergencymed.ac.uk>.

Victorian Government Department of Health Service. (2009). *Observation medicine guidelines*. Diakses dari www.health.vic.gov.au/emergency.