

**PROFIL PASIEN DI GAWAT DARURAT MEDIK ANAK  
DI RSUD DR. SOETOMO SURABAYA 2011**

*(Profile of Patients At Pediatric Emergency Services Soetomo Hospital Surabaya)*

**Ira Dharmawati,\* Arina Setyaningtyas,\* Neurinda Permata Kusumastuti\***

\*Departemen Ilmu Kesehatan Anak RSUD Dr. Soetomo Universitas Airlangga Surabaya,  
Jl. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo 6–8 Surabaya  
E-mail: iradharmawati@yahoo.com

**ABSTRACT**

**Introduction:** *Installation service system at the Emergency Department (ED) Soetomo Hospital is a coordinated and integrated system under one roof. Include emergency medical and emergency surgery in a very important component of health services at each hospital. The information published on the patient profile and the usefulness of emergency care services in developing countries and developed countries is still very rare. This study aimed to describe the characteristic of patients attending the ED at Soetomo hospital Surabaya.* **Method:** *This study was a retrospective study. The profile of patients visiting the ED for 1 year were recorded and presented descriptively.* **Result:** *The total number of patients visiting the hospital was 5,835, with a monthly average of 486 patients. The children at the age of 1–5 years presented the largest age group (33.6%). The main diagnosis was respiratory tract infection (31%), diarrhea (17%), followed by seizure (12.4%). The overall mortality rate was 1.7%.* **Discussion:** *Respiratory tract infection in children at the age of 1–5 years still count as a major problem at Soetomo Hospital Surabaya.*

*Keywords: pediatric, emergency department, mortality*

**PENDAHULUAN**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah sarana penunjang kegiatan pelayanan kegawatdaruratan dari berbagai disiplin ilmu di rumah sakit. Sebagai pusat rujukan (*top referral system*) untuk Jawa Timur dan Indonesia Timur, RSUD Dr. Soetomo juga mempunyai IGD yang dilengkapi dengan fasilitas rawat inap sehingga lebih dikenal dengan nama Instalasi Rawat Darurat (IRD). Sistem pelayanan di IRD merupakan sistem yang terkoordinir dan terpadu di bawah satu atap serta memberikan pelayanan kegawatdaruratan medik dan bedah secara optimal dengan cepat, tepat dan cermat yang berkualitas untuk *life saving* dan *life support*. Pelayanan penderita gawat darurat di IRD dilaksanakan memakai sistem *triage* yang memilah penderita berdasarkan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan dengan menggunakan label warna yaitu: penderita sangat gawat/mengancam jiwa (biru), penderita gawat darurat (merah), penderita darurat tetapi

tidak gawat (kuning) dan bukan penderita gawat (hijau).

Penderita anak dengan kegawatdaruratan medik yang dibawa ke IRD akan ditangani sesuai dengan tingkat kegawatannya. Label warna biru ditangani di kamar resusitasi, label warna merah ditangani di kamar periksa medik kesehatan anak, label kuning ditangani di kamar terima atau di kamar periksa medik kesehatan anak, dan label hijau ditangani di kamar periksa jaga depan. Diharapkan dengan sistem tersebut pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif dan efisien serta akan meningkatkan kualitas dari pelayanan kesehatan di IRD. Kenyataannya, sejak diresmikan (tahun 1995) sampai dengan saat ini belum pernah ada informasi yang terpublikasi tentang analisis data pelayanan gawat darurat penderita anak dan data angka kematian penderita anak dengan kegawatdaruratan medik di IRD. Analisa data tersebut sangat diperlukan untuk mengidentifikasi kegagalan dan keberhasilan

pelayanan, serta dapat dibandingkan dengan pelayanan di tempat lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi karakteristik dan keluaran, serta gambaran epidemiologi dari penderita anak dengan kegawatdaruratan medik yang datang ke IRD RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Harapan dari penelitian ini adalah dengan mengetahui angka kejadian dan profil klinis pasien anak yang datang ke IRD RSUD Dr. Soetomo maka diharapkan dapat tercapai pelayanan keperawatan yang komprehensif.

**BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif dari pasien yang terdaftar mengunjungi IRD anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai bulan Januari–Desember 2011.

Penelitian ini dilakukan di IRD anak RSUD Dr. Soetomo melayani anak mulai 0–15 tahun, 24 jam sehari, dan 7 hari dalam 1 minggu. Pasien pertama kali diperiksa oleh dokter Peserta Program Pendidikan Spesialis (PPDS) senior yang stase di IRD pagi dan

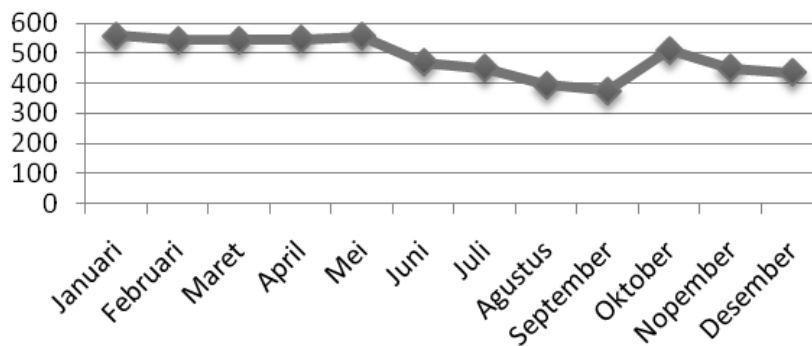
sore. IRD RSUD Dr. Soetomo melayani pemeriksaan laboratorium, radiologi dan dapat dilakukan terapi nebulisasi, *suction*, tranfusi komponen darah, dan berbagai macam terapi injeksi (baik *intra muscular* maupun *intra venous*) yang dibutuhkan untuk terapi kegawatdaruratan.

Data didapat dari lembar rekam medik. Rekam medik diperiksa dahulu untuk mengetahui kelengkapan dan keakuratannya. Data yang diambil adalah karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, karakteristik klinis meliputi gejala, diagnosis dan keluaran dalam 24 jam pertama, dan keluaran termasuk yang dipulangkan dari IRD, masuk rumah sakit untuk rawat inap maupun kematian.

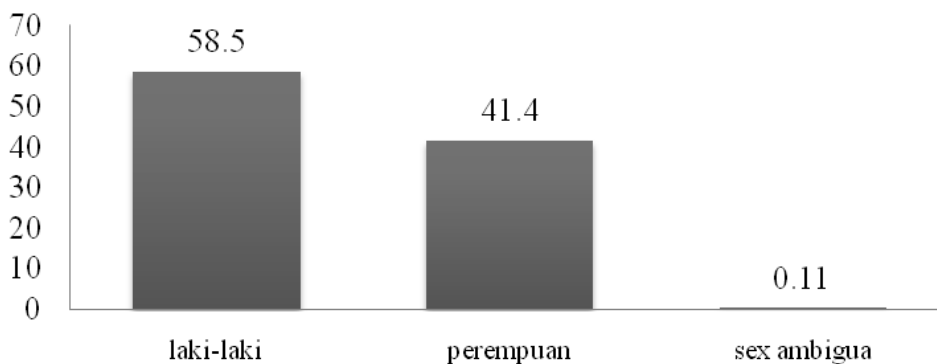
Data ditabulasi dan dianalisa menggunakan frekuensi dan persentase dengan SPSS versi 16.0.

**HASIL**

Penelitian dilaksanakan selama 1 tahun dengan jumlah pasien yang datang ke IRD



Gambar 1. Distribusi jumlah pasien yang datang setiap bulan



Gambar 2. Karakteristik jenis kelamin pasien

anak adalah 5.835. Gambar 1 menunjukkan distribusi pasien yang datang setiap bulan selama satu tahun. Rerata jumlah pasien yang datang ke Instalasi Rawat Darurat setiap bulan adalah 486 dengan jumlah tertinggi pada Januari (n-559) dan terendah September (n-374).

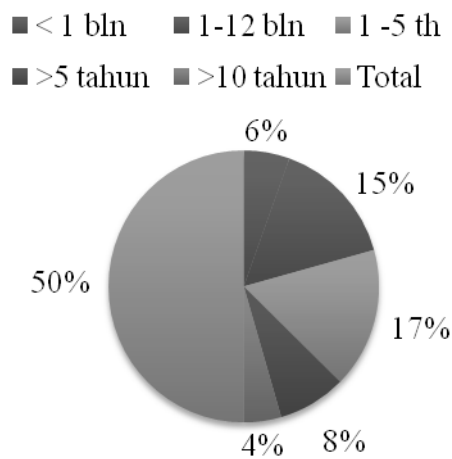
Kelompok usia terbanyak adalah anak-anak prasekolah (usia 1 tahun sampai 5 tahun) sebesar 1.956 (33,5%) (gambar 3). Kelompok neonatus sebanyak 10,9%, kelompok bayi usia 29 hari-1 tahun berjumlah 30,4%, kelompok anak usia 5–10 tahun sebesar 16,3%, dan kelompok anak > 10 tahun sebesar 8,9%. Di antara 5.835 subyek, 3.445 (58,5%) adalah laki-laki.

Jumlah pasien yang terbanyak dirawat dengan kasus respirologi yaitu infeksi saluran napas sebesar 31%, kasus onkologi 19,9%, diare 17,4%, kejang 13,5%, kasus neonatus

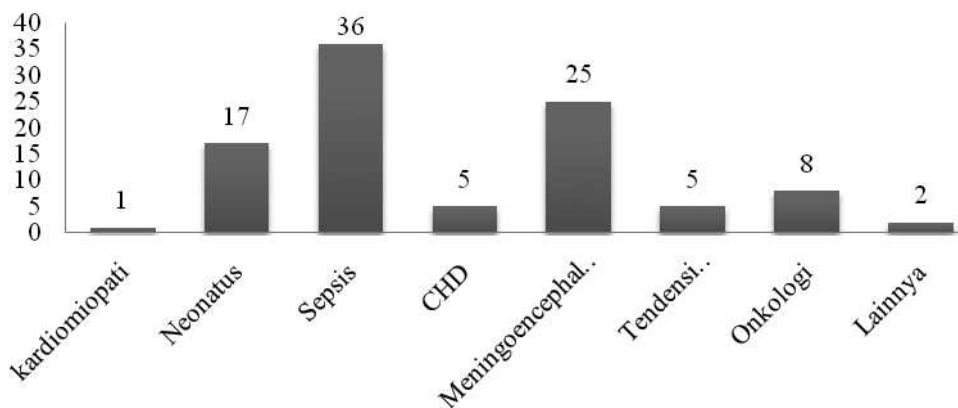
sebesar 8,4%, infeksi dengue 6,5%. Kelainan infeksi saluran nafas (n-1811) terbanyak adalah infeksi saluran pernapasan atas 54,2% (n-975), disusul kemudian pneumonia 25,7% (n-462) dan asma bronkial 14,2% (n-256). Kasus lainnya adalah aspirasi benda asing 0,22% (n-4), bronkiolitis 2,5% (n-46), dan TB paru 2,7% (n-49).

Kasus gastroenterologi terdapat 1039 pasien dengan infeksi saluran pencernaan, 1000 pasien (96,2%) diare akut, 10 pasien (0,002%) konstipasi, 10 pasien (0,002%) nyeri perut berulang, dan 19 pasien (0,018%) dengan gastritis. Gangguan pencernaan lain seperti obstruksi usus 1,8% (n-88).

Pada kelompok kasus neurologis, kejang merupakan gejala yang paling sering yaitu sekitar 95% (n-724) dari 762 kasus. Kelompok ini mencakup epilepsi, kejang demam dan



Gambar 3. Distribusi jumlah pasien berdasarkan usia



Gambar 4. Gambaran diagnosis pasien yang meninggal dalam 24 jam pertama

Tabel 1. Distribusi pasien berdasarkan 10 penyakit terbanyak

	< 1 bln	1–12 bln	1–5 th	> 5 tahun	> 10 tahun	Total
ISPA	50	588	725	307	141	1811
Diare	47	532	349	55	17	1000
Kejang	11	263	335	88	27	724
Kasus Neonatus	445	22	16	5	2	490
Infeksi Dengue	5	37	120	132	83	377
Onkologi	6	33	56	56	34	185
PJB	19	52	41	28	18	158
Kasus Bedah	19	41	12	11	5	88
ISK	0	22	29	16	9	76
Hemofilia	3	6	16	16	28	69

status epileptikus serta penyakit lainnya yang mempunyai gejala klinis kejang (meningitis, ensefalitis).

Kasus lainnya adalah abses otak, sindrom Guillian Barre, lesi ruang intrakranial, paraplegia dan lain-lain.

Neonatus sebanyak 490 kasus, 1,8% (n-9) kasus dengan sepsis neonatorum, 2,8% (n-14) ikterus neonatorum, 3,4% (n-7) kelainan bawaan, 3,2% (n-16) kasus dengan bayi berat badan lahir rendah atau prematur, dan lain-lainnya.

Kasus onkologi terdapat 185 kasus, 49,7% (n-92) dengan leukemia. Ada 158 kasus (2,7%) dengan penyakit jantung bawaan dan 88 kasus (1,5%) dengan kasus bedah.

Tidak lebih dari 24 jam 64,2% (n-3.748) pasien sudah dipindahkan dan dirawat di bangsal anak, 30,5% (n-1.778) dipulangkan dari instalasi rawat darurat, 3,6% (n-210) pulang atas keinginannya sendiri dan 1,7% (n-99) anak-anak meninggal dalam waktu 24 jam. Gambar 5. menunjukkan diagnosis utama pasien yang meninggal dalam waktu 24 jam pertama penatalaksanaan. Kasus kematian terbanyak adalah sepsis dengan gagal nafas sebesar 35,3% (n-35) dan meningoencephalitis 25,3% (n-25). Kematian pada kelompok neonatus sebesar 17,2% (n-17).

## PEMBAHASAN

Profil karakteristik pasien yang datang ke IRD diperlukan perencanaan dan evaluasi yang tepat dalam upaya peningkatan aspek integral dari pelayanan kesehatan (Bazaar, et al., 2012; McCarthy PL, 2008).

Penelitian ini menggambarkan karakteristik pasien yang datang ke IRD RSUD Dr. Soetomo selama 1 tahun. Jumlah kunjungan pasien ke IRD RSUD Dr. Soetomo selama masa studi adalah 5.835 pasien. Studi yang lain, Tunisia melaporkan total 45.000 pasien anak yang datang ke IRD dalam 1 tahun (Matoussi, et al., 2007). Jumlah pasien yang besar dapat menunjukkan bahwa tidak semua pasien yang datang benar-benar dalam keadaan gawat darurat, tetapi mereka membutuhkan pelayanan primer. Hal ini bisa disebabkan karena akses yang mudah ke pelayanan gawat darurat dan tersedia 24 jam. Anak-anak pada kelompok usia 1–5 tahun merupakan jumlah terbesar dari kunjungan ke IRD (33,6%). Hal ini tidak sesuai dengan studi yang dilakukan di Turki, di mana kelompok neonatus dan bayi menyumbang jumlah terbesar dari kunjungan ke IRD (47%) dan Amerika Serikat (57,7%) (Karabocuoglu, et al., 1995; Alpern, et al., 2006).

Infeksi saluran nafas merupakan hampir setengah dari semua pasien yang datang ke IRD, diikuti kemudian dengan diare, kasus-kasus neonatologi dan neurologi. Hal ini konsisten dengan pola morbiditas pada anak yang dirawat di sebagian besar rumah sakit lain. Hampir 40% pasien yang datang ke IRD mengalami infeksi saluran pernafasan atas. Hal ini menggambarkan penggunaan yang tidak tepat pelayanan gawat darurat untuk kasus yang tidak gawat darurat, sehingga diperlukan pendidikan tenaga kesehatan dan masyarakat tentang pengelolaan pasien di pusat kesehatan primer agar dapat menurunkan beban kerja di IRD. Kejang, meningitis dan meningoensefalitis adalah kasus neurologi

yang banyak dijumpai sepanjang tahun (Salaria, 2003; Health, 1999).

Pada studi kami, sebagian besar pasien adalah anak laki-laki (58,5%). Hal ini sesuai dengan studi di India yang menunjukkan laki-laki lebih besar (73%) (Salaria, 2003). Dalam waktu tidak lebih dari 24 jam 64,2% pasien sudah bisa dipindahkan untuk dirawat di bangsal anak. Studi ini tidak sebanding dengan studi di Australia di mana hanya 24% pasien (Acworth, et al., 2009) dan di Amerika Serikat 12% pasien (McCaig, dan Burt, 2003). Hal ini mungkin disebabkan karena di Australia dan Amerika untuk keadaan yang masih awal atau ringan sudah dibawa ketempat pelayanan kesehatan, termasuk tempat pelayanan gawatdarurat rumahsakit. Kasus kematian dalam waktu 24 jam pertama sebesar 1,7% kasus. Hal ini sesuai dengan penelitian di India, di mana kasus kematian yang terjadi berkisar 2% (Singhi, Jain dan Gupta, 2003).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Studi ini menunjukkan bahwa anak-anak usia 1–5 tahun adalah kelompok terbesar yang datang ke IRD dan infeksi saluran napas merupakan infeksi terbanyak.

### Saran

Perlu dilakukan penelitian secara berkesinambungan untuk menyusun perencanaan dan evaluasi yang tepat dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

## KEPUSTAKAAN

Acworth J., Babl F., Borland M., et al. 2009. Patterns of presentation to the Australian and New Zeland Pediatric Emergency Research Network. *Emerg Med Australas*, 21: 59–66.

- Alpern, ER., Stanley, RM., Gorelick, MH., et al. 2006. Epidemiology of a pediatric emergency medicine research network: the PECARN Core Data Project. *Pediatr Emerg Care*, 22: 689–99.
- Bazaar, HM., Salma El Houchi, Hanaa Ibrahim Rady. 2012. Profile of patients visiting the pediatric emergency aervice in an Egyptian University Jospital. *Pediatremer Care*, 28: 148–52.
- Burt, CW., Middleton, KR. 2007. Factors associated with ability to treat pediatric emergencies in US hospitals. *Pediatr Emerg Care*, 23: 681–9.
- Health, BW., Coffey, JS., Malone, P., et al. 2000. Pediatric Office emergencies and emergency preparedness in a small rural state. *Pediatrcls*, 106: 1391–6.
- Karabocuoglu, M., Kartoglu, U., Molzan, J, et al. 1995. Analysis of patients admitted to the emergency unit of a university children's hospital in Turkey. *Turk Pediatr*, 37: 209–16.
- Matoussi, N., Fitouri, Z., Maaroufi, N., et al. 2007. Epidemiologic profile and management pediatric medical emergencies consultants of Tunisian child's hospital, *Tunis Med*, 85, 843–8.
- McCarthy, PL. 2008. Evaluation of the sick child in the office and clinic. In: Kliegman, RM., Behrman, RE., Jenson, HB., et al., eds. *Nelson Text Book of Pediatrics*. 18<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Co, pp. 60: 363.
- McCaig, LF, Burt, C., W. 2003. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2001 emergency department summary*. *Adv Data*, 335: 1–29.
- Salaria, M, Singhi, SC. 2003. Profile of patients attending pediatric emergency service at Chandigarh, *Indian J Pediatr*, 70: 621–4.
- Singhi, S., Jain, V., Gupta, G. 2003. Pediatric emergencies at a tertiary care hospital in India. *J Trop Pediatr*, 49: 207–11.