

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kegawatdaruratan merupakan kondisi dimana keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Kondisi gawatdarurat salah satunya yaitu *cardiac arrest*. Kejadian *cardiac arrest* yang semakin tinggi tingkat kematiannya menunjukkan adanya kesalahan dalam upaya penanganan pasien. Pemberian defibrilasi, melakukan observasi dan perawatan setelah terjadi serangan merupakan salah satu tahap yang harus dilakukan setelah adanya pengaktifan sistem tanggap darurat (*code blue*) (Callaway *et al.*, 2015).

Aktivasi *code blue* dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional dan ditanggapi langsung oleh personil yang telah ditunjuk untuk intervensi kasus gawat darurat yang terjadi, penggunaan kode dimaksudkan untuk menyampaikan informasi penting secara cepat dengan meminimalkan kesalahpahaman yang terjadi diantara staf rumah sakit (Eroglu *et al.*, 2014). Aktivasi sistem *code blue* di rumah sakit memiliki tujuan untuk meningkatkan kembali aktivitas jantung setelah terjadi serangan agar dapat mengurangi angka mortalitas (Callaway *et al.*, 2015). Perawat merupakan salah satu tim *code blue* primer yang bertugas melakukan resusitasi dan menjadi anggota utama yang

mengaktifkan sistem kegawatdaruratan (Wehbe-Janek *et al.*, 2012). Perawat sebagai anggota tim *code blue* memiliki peran yang sangat vital dikarenakan perawat merupakan sebagai penemu kejadian dan melakukan tindakan kegawatdaruratan pertama kali (Murat *et al.*, 2014).

Penelitian Kaykisiz *et al.*, (2017) di Turkey menunjukkan jika terjadi 95 aktivasi *code blue* dengan sebanyak 60% kasus memiliki *outcome* tidak berhasil. Penelitian Hazra *et al.*, (2022) di India selama tahun 2018-2019 terdapat 435 kasus aktivasi *code blue*, sebanyak 251 kasus (57,9%) mengalami kegagalan atau *outcome* tidak berhasil. Sahin *et al.*, (2016) dalam penelitiannya tentang evaluasi *code blue* di rumah sakit Dr. Behcet Uz Children, didapatkan bahwa waktu kedatangan tim untuk kasus *code blue* berkisar antara 1 sampai 5 menit dan rata-rata durasi waktunya adalah 73,2 detik. Tim *code blue* dengan waktu kedatangan selama 1 menit sebesar 82,4%, 2 menit sebesar 13,7%, dan 3 menit sebesar 3,9%.

Penelitian di Indonesia oleh Puspita *et al.*, (2021) menunjukkan bahwa dari 86 kasus aktivasi *code blue* sebanyak 64% kasus memiliki *outcome* pelaksanaan *code blue* yang tidak berhasil atau pasien meninggal. Penelitian di Jawa Tengah oleh Nurcholis (2021) di RSUD Kardinah Tegal menunjukkan bahwa dari 21 kejadian *code blue* masih terdapat 33.3% melaksanakan *code blue* yang kurang baik serta *outcome* pelaksanaan *code blue* sebanyak 61.9% tidak berhasil. Data RS St Elisabeth diketahui bahwa kejadian *code blue* pada tahun

2022 sebanyak 15 kasus dengan tingkat keberhasilan penanganan sebesar 66.7% dan hal ini menunjukkan bahwa masih di bawah target RS yaitu sebesar 90%.

Keberhasilan tim *code blue* dalam penanganan *cardiac arrest* dipengaruhi kemampuan seseorang untuk dapat mendeteksi dan beraksi secara cepat dan benar untuk sesegera mungkin mengembalikan denyut jantung ke dalam kondisi normal sehingga dapat mencegah terjadinya kematian otak dan kematian permanen. Kunci penanganan kondisi kegawatdaruratan adalah adanya kesinambungan dari orang yang pertama kali menemukan memiliki pengetahuan tentang BHD, pelayanan ambulans, UGD, ICU sampai pada ruangperawatan harus satu bahasa dalam memandang keadaan kegawatdaruratan (Pusponegoro, 2020). Hasil penelitian yang dilakukan Alhidayat (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat Instalansi Gawat Darurat tentang pengkajian primer terhadap tindakan *life support* di Rumah Sakit Pelamonia Makassar.

Tingginya kejadian kegagalan dalam pelaksanaan *code blue* menunjukkan jika dibutuhkan kemampuan tenaga perawat dalam melakukan *chain of survival* pada saat *cardiac arrest* terjadi secara tepat dan cepat (Ghada, 2014). Perawat diharapkan memiliki kemampuan dalam melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) karena didalamnya diajarkan teknik-teknik pertolongan pertama pada pasien dengan kasus kegawatdaruratan seperti henti jantung (Kasron, 2012).

Perawat harus mengetahui proses pengumuman *code blue* sesuai kebijakan kesehatan organisasi. Tim *code blue* harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dengan mengikuti pelatihan resusitasi kardiopulmoner dengan tujuan meningkatkan kemampuan dalam keselamatan hidup pasien (Al-Ghamdi *et al.*, 2014).

RSU St. Elisabeth Purwokerto merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang ada di Kabupaten Banyumas, sebagai rumah sakit yang menyediakan pelayanan gawat darurat dan kritis, tetapi pelaksanaan atau penerapan *code blue* baru ditetapkan pada tahun 2020. Hasil studi pendahuluan dengan melihat data struktur organisasi di RSU St. Elisabeth didapatkan data jumlah tim *code blue* sebanyak 43 orang yang terdiri dari 34 orang perawat dan 9 orang dokter, sehingga di RSU St. Elisabeth memiliki 6 area cakupan tim *code blue*. Hasil observasi di RSU St. Elisabeth selama 7 hari yang dilakukan diketahui bahwa pelaksanaan algoritma *code blue* di RSU St. Elisabeth belum berjalan secara maksimal dimana pada saat terjadi kasus kegawatdaruratan yang membutuhkan penanganan BHD lebih sering dilakukan oleh perawat yang bertugas di ruangan tempat terjadinya kasus, dan *respon time* tim *code blue* lebih dari 5 menit karena belum adanya area atau ruang khusus bagi tim *code blue*.

Sesuai uraian latar belakang, peneliti melakukan penelitian tentang “Gambaran Faktor Ketidakberhasilan Tim *Code Blue* dalam Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di RSU Santa Elisabeth Purwokerto Tahun 2023”.

B. Rumusan Masalah

Kejadian *cardiac arrest* yang semakin tinggi tingkat kematiannya menunjukkan adanya kesalahan dalam upaya penanganan pasien. Pemberian defibrilasi, melakukan observasi dan perawatan setelah terjadi serangan merupakan salah satu tahap yang harus dilakukan setelah adanya pengaktifan sistem tanggap darurat (*code blue*). Perawat sebagai anggota tim *code blue* memiliki peran yang sangat vital dikarenakan perawat merupakan sebagai penemu kejadian dan melakukan tindakan kegawatdaruratan pertama kali. Tingginya kejadian kegagalan dalam pelaksanaan *code blue* menunjukkan jika dibutuhkan kemampuan tenaga perawat dalam melakukan *chain of survival* pada saat *cardiac arrest* terjadi secara tepat dan cepat.

Pada latar belakang ini peneliti akan melakukan penelitian tentang faktor ketidakberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yang dilihat berdasarkan faktor sumber daya manusia, faktor *response time*, faktor fasilitas dan sarana, faktor standar prosedur operasional di RSU Santa Elisabeth Purwokerto tahun 2023.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran faktor ketidakberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di RSU Santa Elisabeth Purwokerto tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik perawat tim *code blue* berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama menjadi tim *code blue* di RSUD Santa Elisabeth Purwokerto tahun 2023.
- b. Mengidentifikasi faktor ketidakberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) berdasarkan faktor Sumber Daya Manusia (SDM), fasilitas, *respons time* dan Standar Prosedur Operasional (SPO) di RSUD Santa Elisabeth Purwokerto tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan teori tentang penyebab ketidakberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD).

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai gambaran bagi pihak Rumah Sakit untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan ketidakberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD) sehingga dapat dilakukan evaluasi agar menjadi lebih baik dalam proses pelayanan kegawatdaruratan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi pendidikan keperawatan diharapkan hasil yang didapat dalam penelitian ini dapat memberikan informasi tambahan bagi pendidikan keperawatan khususnya pada mata kuliah keperawatan gawat darurat tentang pentingnya keberhasilan tim *Code Blue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD).

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan, sumber informasi, dan sebagai data tambahan yang terkait dengan faktor yang berhubungan dengan ketidakberhasilan tim *CodeBlue* dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar (BHD).

STIKES BETHESDA YAKKUM

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1 Keaslian Penelitian

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Puspita <i>et al.</i> , (2021)	Pelaksanaan Sistem <i>Code Blue</i> di RSA UGM dan Dampaknya Terhadap Pembiayaan	Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif. Peneliti mengambil data dengan metode <i>total sampling</i> . Data diperoleh dari lembar <i>code blue</i> dan rekam medis pasien yang memperoleh tindakan <i>code blue</i> pada periode Januari–Desember 2018. Data dikumpulkan, ditelaah, dan disajikan dalam bentuk tabel sebagai gambaran pelaksanaan sistem <i>code blue</i> . Peneliti melakukan simulasi diagnosis (diagnosis penelitian) dengan melengkapi diagnosis <i>cardiac arrest</i> dan <i>respiratory arrest</i> kedalam sistem Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan secara <i>offline</i> . Hasil simulasi kemudian dibandingkan antara klaim	Hasil dari total 86 pasien yang dilakukan panggilan <i>code blue</i> di RSA UGM, diperoleh 36% pasien mampu dicegah kegawatannya dan dikembalikan sirkulasi darahnya, hal ini melebihi konsensus <i>American Heart Assosiation (AHA)</i> sebesar 18%. Dari data diperoleh bahwa dari pasien yang mendapatkan pelayanan tim <i>code blue</i> , didapatkan bahwa 100% pasien tidak tertulis diagnosis <i>cardiac arrest</i> (I46.9) atau <i>respiratory arrest</i> (R09.2) sebagai landasan diagnosis diaktifkannya tim <i>code blue</i> . Terdapat efisiensi klaim pembiayaan pada beberapa pasien yang mengalami perbaikan	Persamaan dalam penelitian ini terletak pada desain penelitian deskriptif, sama-sama menggunakan teknik sampel <i>total sampling</i> , sama-sama menggunakan instrument lembar observasi dan analisis data menggunakan analisis univariat	Perbedaan terletak pada sampel yaitu penelitian sebelumnya menggunakan perawat di ruang rawat inap sedangkan penelitian ini menggunakan sampel perawat tim <i>code blue</i> , variabel peneliti sebelumnya adalah kejadian <i>code blue</i> sedangkan penelitian ini meneliti tentang kemampuan perawat tim <i>code blue</i> dalam melakukan BHD,

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			BPJS Kesehatan yang sudah ada	setelah dilakukan simulasi diagnosis dengan ditambahkan diagnosis <i>cardiac arrest</i> (I46.9) dan atau <i>respiratory arrest</i> (R09.2).		
2.	Nurcholis <i>et al.</i> , (2021)	Gambaran Pelaksanaan <i>Code Blue</i> Di RSUD Kardinah	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan <i>Accidental Sampling</i> dengan jumlah sampel yakni 21 kejadian <i>Code Blue</i>	Gambaran Pelaksanaan <i>Code Blue</i> Di RSUD Kardinah	Persamaan dalam penelitian ini terletak pada desain penelitian deskriptif, dan analisis data menggunakan analisis univariat	Perbedaan terletak pada sampel yaitu penelitian sebelumnya menggunakan perawat di ruang rawat inap sedangkan penelitian ini menggunakan sampel perawat tim <i>code blue</i> , variabel peneliti sebelumnya adalah pengetahuan tentang <i>code blue</i> sedangkan penelitian ini meneliti tentang kemampuan perawat tim <i>code blue</i> dalam melakukan BHD, dan instrument penelitian sebelumnya menggunakan kuesioner dan penelitian ini menggunakan lembar observasi
3.	Kaykisiz <i>et al.</i> , (2017)	" <i>Code Blue</i> " in <i>Theory Versus Daily Practice: Data from a Secondary Care</i>	Desain penelitian studi cross-sectional, laporan kode biru dari rumah sakit perawatan sekunder dicari	Hasil secara total, kode biru diaktifkan pada 123 kejadian. Kode biru sebagian besar telah	Persamaan dalam penelitian ini terletak pada desain penelitian	Perbedaan terletak pada variabel peneliti sebelumnya adalah pelaksanaan <i>code blue</i>

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
		<i>Hospital Short title: "Code Blue" in a State Hospital.</i>	secara retrospektif dari formulir yang direkam, dan survei terstruktur yang dikelola sendiri dengan staf kesehatan dikembangkan untuk menentukan tingkat pengetahuan mengenai kode blue	diaktifkan dari layanan (n=43). Dua puluh dua pasien dirawat di rumah sakit; 34 pasien telah dirawat di ICU; 19 pasien telah meninggal; dan 20 pasien sisanya telah dieksternasikan. Waktu respons keseluruhan adalah <3 menit dalam semua kasus kode biru. Secara total, 120 anggota staf berpartisipasi dalam survei terstruktur yang dikelola sendiri. Secara keseluruhan, 38 peserta teridentifikasi dalam kelompok sedang dan 82 dalam kelompok kesadaran memadai. Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik demografi dan status kesadaran mengenai sistem code blue ($p>0,05$)	deskriptif, sampel sama-sama perawat anggota tim <i>code blue</i> , instrument sama-sama menggunakan lembar observasi dan analisis data menggunakan analisis univariat	sedangkan penelitian ini meneliti tentang kemampuan perawat tim <i>code blue</i> dalam melakukan BHD
4	Hazra et al., (2022)	<i>Code blue: Predictors of survival</i>	Metode studi kohort retrospektif ini mencakup semua pasien di atas usia 15 tahun yang memiliki	Hasil penelitian ini melibatkan 435 pasien dengan dominasi laki-laki sebanyak 299	Persamaan dalam penelitian ini terletak pada	Perbedaan terletak pada desain yaitu peneliti sebelumnya menggunakan desain retrospektif

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			kode biru yang dinyatakan di UGD antara bulan Januari 2018 dan Juni 2019. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengembalian berkelanjutan sirkulasi spontan (ROSC) dan mortalitas dianalisis menggunakan statistik deskriptif-analitik dan regresi logistik	(69%). Usia rata-rata adalah 54,5 (SD - 16,5) tahun. Resusitasi tidak dicoba untuk 18 pasien karena sifat terminal dari penyakit yang mendasarinya. Mayoritas adalah henti jantung di rumah sakit (74%). Ritme nonshockable termasuk aktivitas listrik tanpa denyut (PEA) (85,5%) dan kasus asistol (14,5%). Ritme yang dapat dikejutkan, yaitu, takikardia ventrikel tanpa denyut/fibrilasi ventrikel tercatat hanya pada 10% (43/417) kasus. ROSC dicapai pada 184 (44,1%) pasien, di antaranya 56 (13,4%) dipulangkan hidup-hidup dari rumah sakit. Analisis regresi logistik multivariat menunjukkan CPR >10 menit (rasio odds [OR]: 13,58; 95% CI: 8,39-22,01; P <0,001) dan jenis kelamin	masalah <i>code blue</i>	sedangkan penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Sampel peneliti sebelumnya adalah pasien dengan <i>cardiac arrest</i> sedangkan dalam penelitian ini sampel adalah perawat tim <i>code blue</i> dan analisis data penelitian sebelumnya menggunakan <i>chi square</i> dan penelitian ini menggunakan analisis distribusi frekuensi

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				perempuan (OR: 1,89; 95% CI: 1,13-3,17; P = 0,016) menjadi faktor risiko independen untuk kegagalan mencapai ROSC di UGD		
5	Sahin <i>et al.</i> , (2016)	<i>Code Blue evaluation in children's hospital</i>	Metode studi klinis retrospektif ini mengevaluasi usia dan jenis kelamin kasus, waktu kedatangan tim Code Blue, tanggal dan waktu Panggilan Code Blue, alasan Panggilan Code Blue, dan verifikasi yang diperoleh dari formulir Code Blue rumah sakit tertanggal antara Januari 2014 dan Januari 2015. Data dari 139 formulir kasus Code Blue diselidiki dan dibagi menjadi dua kelompok: sebelum dan sesudah pendidikan yang masing-masing berisi 88 dan 51 kasus	Hasil gangguan konversi (26% hingga 13%, P<0,01), sinkop (21,5% hingga 19,5%, P<0,01), kejang (17% hingga 13,7%, P<0,01), hipoglikemia (4,5% hingga 3,9%, P<0,01), kecemasan (4,5% hingga 1,9%, P<0,01), trauma kepala akibat sinkop (4,5% hingga 0%), serangan jantung (1,1% hingga 0%), kesulitan pernapasan (2,2% hingga 1,9%, P<0,01), kecurigaan infark miokard (2,2% hingga 1,9%, P<0,01), jatuh dari tangga (2,2% hingga 0%) dan kasus agitasi (1,1% hingga 0%) berkurang, namun kasus hipertensi menurun. meningkat	Persamaan dalam penelitian ini terletak pada masalah <i>code blue</i>	Perbedaan terletak pada desain yaitu peneliti sebelumnya menggunakan desain retrospektif sedangkan penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Sampel peneliti sebelumnya adalah pasien dengan <i>cardiac arrest</i> sedangkan dalam penelitian ini sampel adalah perawat tim <i>code blue</i> dan analisis data penelitian sebelumnya menggunakan <i>chi square</i> dan penelitian ini menggunakan analisis distribusi frekuensi

No	Nama (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				secara dramatis (3,4% menjadi 29,4%, $P < 0,01$) karena pendidikan staf rumah sakit. Koefisien korelasi Pearson sebelum dan sesudah pendidikan adalah 0,837. Sekitar 97,8% dari kasus Code Blue adalah panggilan palsu dengan perempuan lebih besar dari laki-laki ($P < 0,01$)		

STIKES BETHESDA WALKUM