BAB II
TINJAUAN

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
PERPUSTAKAAN

BAB II
T I N J A U A N

2.1. Tinjauan Umum Wilayah Palangkaraya

2.1.1. Kondisi Wilayah[1]

1. Letak wilayah

   Propinsi Kalimantan Tengah ditinjau dari segi geografis terletak didaerah khatulistiwa yaitu : 0° 44'55" lintang utara 3° 47'70" lintang selatan dan 110° 43'19" - 115°47'36" bujur timur, dengan batas wilayah propinsi Kalimantan Tengah pada :

   - Sebelah timur berbatasan dengan propinsi daerah tingkat I kalimantan Timur dan Kalimantan Selatan.
   - Sebelah barat berbatasan dengan propinsi daerah tingkat I Kalimantan Barat.
   - Sebelah utara berbatasan dengan propinsi daerah tingkat I Kalimantan Barat

---

1.BPPD Dati I Prop. Kalimantan Tengah, 1993

dan Kalimantan Timur.

- Sebelah selatan berbatasan dengan laut Jawa.

2. Topografi

Keadaan topografi Kalimantan Tengah sebagian besar merupakan dataran rendah, dengan pembagian :

- Bagian selatan, daerah pantai dan rawa dengan ketinggian 0-50 m diatas permukaan laut.
- Bagian tengah, daerah perbukitan dengan ketinggian 0-50 m diatas permukaan laut.
- Bagian utara, merupakan perbukitan dengan ketinggian lebih dari 150 m diatas permukaan laut.

2.1.2. Perubahan Pola Hidup Masyarakat Palangkaraya

1. Perkembangan penduduk[2]

Perkembangan penduduk Palangkaraya dan Kalimantan Tengah pada umumnya termasuk tertinggi untuk standar nasional dengan angka pertumbuhan yang mencapai 3,86 %.

Dari segi penyebaran, maka penduduk

2.Kantor Statistik Dati I Prop. Kalimtan Tengah, 1993

palangkaraya terkonsentrasi dan tersebar di 3 kelurahan, yaitu :

- Kelurahan Pahandut
- Kelurahan Langkai
- Kelurahan Palangka serta sebagian lagi didesa Tangkiling dan desa Bantuneng di kecamatan Bukit Batu.

Perkembangan penduduk yang ada ini, dapat dilihat pada tabel dibawah :

Tabel 2.1. Penduduk Kalimantan Tengah menurut umur, jenis kelamin dan sex ratio akhir tahun 1990.

Kelompok umur	Jenis kelamin			Sex Ratio	%
	Pria	Wanita	Jlh		
20 - 24	61624	64445	126053	95	8,98
25 - 29	64025	61028	125053	105	8,91
30 - 34	53029	48483	101512	109	7,23
35 - 39	46495	38976	85471	119	6,09
40 - 44	34620	29646	64266	117	4,58
45 - 49	26315	23841	50156	110	3,57
50 - 54	21411	17838	39249	120	2,80

Sumber : Kantor Statistik Prop. Kal-Teng

Dari tabel diatas, tampak bahwa usia-usia produktif baik pria maupun wanita, persentasenya lebih tinggi daripada usia-usia non produktif. Hal ini tidak terlepas dari keberhasilan KB yang mencapai target sebesar 109,28 % untuk seluruh

daerah daerah Kalimantan tengah.[3]

Usia-usia produktif ini, memberikan perubahan pola hidup yang berkembang dimasyarakat, mereka semakin sadar akan tingkat kebutuhan kesehatan, sehingga kesehatan masyarakat semakin baik dan mulai berkembang secara luas sesuai dengan tingkat pemahaman serta juga pendidikan warga masyarakat khususnya daerah Palangkaraya.[4]

2. Perkembangan penyakit[5]

Perkembangan penduduk Palangkaraya terutama meningkatnya usia-usia produktif yang semakin maju, baik tingkat pemahaman dan pendidikan tentang kesehatan berdampak pula merubah perkembangan penyakit yang ada. Penyakit-penyakit kedaruratan dan memerlukan perawatan yang mendesak semakin banyak terjadi, sedangkan penyakit-penyakit ringan dan epidemi semakin menurun. Penyakit-penyakit kedaruratan

---

3.Masterplan RSUD Palangkaraya, 1993.

4.Ibid

5.Ibid

tersebut, seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.2. Perkembangan penyakit kedaruratan di Kalimantan Tengah.

Pola penyakit	% 1993	% 1994
Darurat pernapasan	68,9	59,2
Darurat psikiatrik	84,3	89,5
Darurat syok	57,8	67,5
Darurat medis khusus	65,9	68,4
Kardiovaskular	17,9	20,1
Abdomen dan pelvis	3,1	14,8
Cedera wajah dan leher	2,4	2,6
Trauma serebrospinalis	67,6	64,1
Cedera ekstremitas	44,4	45,3
Kebidanan	56,9	67,8
Pediatrik khusus	54,4	52,0
Trauma suhu, listrik dan kimia	46,4	56,1

Sumber : RSUD Palangkaraya,1993

2.1.3. Keadaan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang ada di propinsi Kalimantan Tengah terdiri dari :[6]

- Dokter umum berjumlah 144 orang
- Dokter gigi berjumlah 26 orang
- Bidan Berjumlah 108 orang
- Pengatur rawat berjumlah 469 orang
- Apoteker/ass apoteker berjumlah 15 orang
- tenaga teknis berjumlah 2469 orang

Semua tenaga kesehatan ini ditempatkan diseluruh wilayah Kalimantan Tengah untuk memberikan layanan kesehatan yang merata

---

6.BPPD Dati I Prop. Kalimantan Tengah, 1993

bagi seluruh lapisan masyarakat.

2.1.4. Keberadaan dan kontekstual U.G.D

1. Unit gawat darurat pada RSUD Palangkaraya

   Keberadaan unit gawat darurat Palangkaraya, tidak terlepas dari keberadaan rumah sakit umum daerah secara keseluruhan.

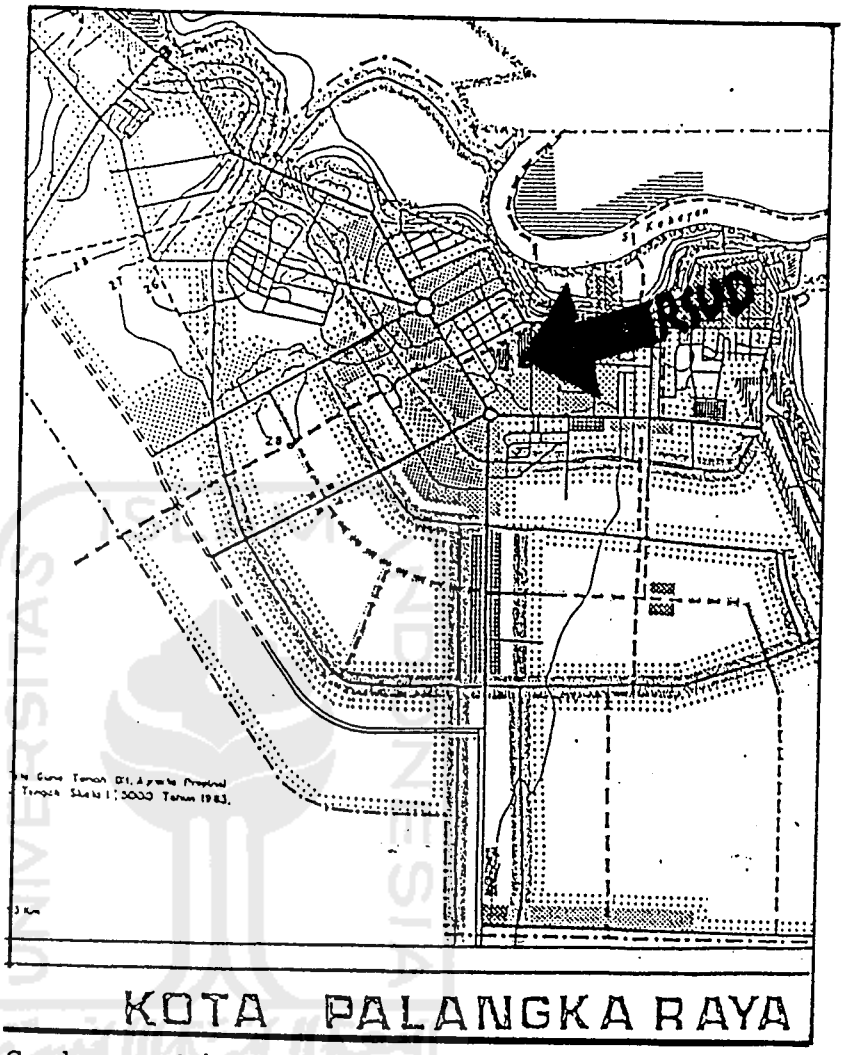
   Keberadaan unit gawat darurat ini dapat ditinjau dari beberapa segi, yaitu :[7]

   - Dari segi perencanaan kota, site yang ada memang diperuntukkan bagi site rumah sakit secara keseluruhan.
   - Dari segi sudut perencanaannya, lokasi terletak dalam satu plot site tersendiri yang terpisah dari kelompok kawasan pemukiman.
   - Dari segi pencapaian, untuk kawasan kota cukup merata, begitu juga untuk pencapaian dari arah luar kota, karena sebelah selatan pencapaiannya menyentuh langsung koridor utama kota, sehingga tidak menyulitkan proses pencapaian bagi pasien dari luar kota.

   Lihat peta dibawah ini :

7.Masterplan, op.Cit

Gambar 2.1. Rencana Umum Tata Ruang Kota.

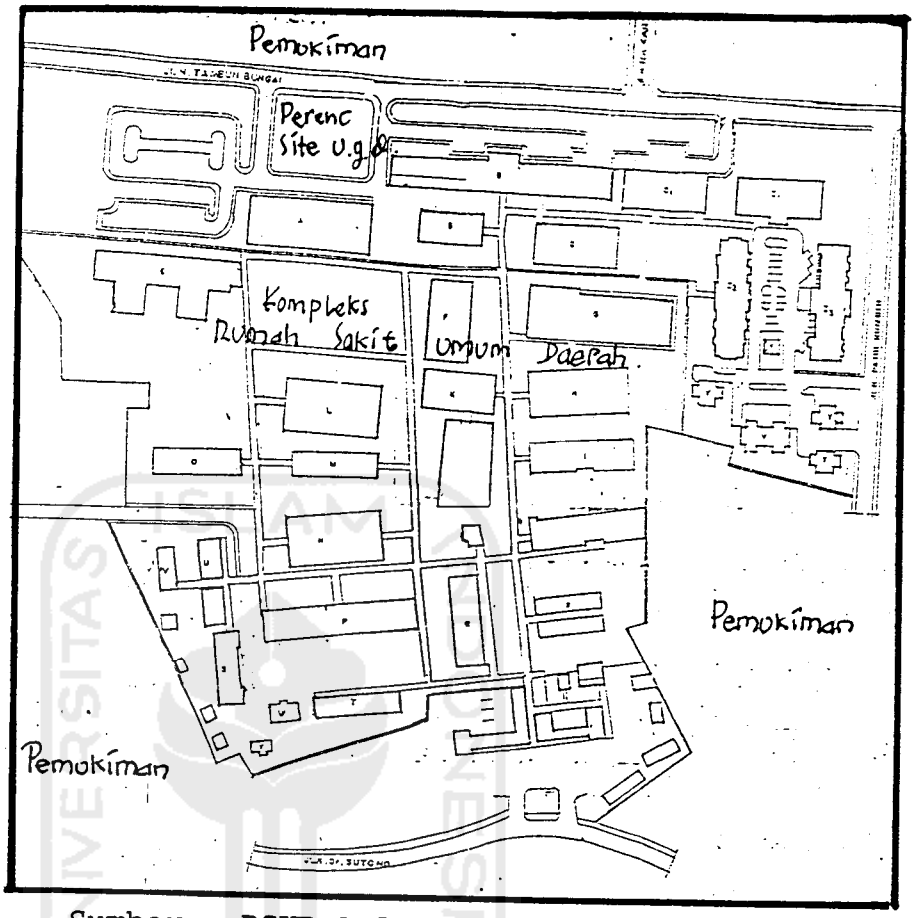


Sumber : Dinas Tata Kota Prop. Kalimantan Tengah

- Dari segi perletakan fungsi kesehatan, keberadaannya sudah terpenuhi, sehingga pada saat perluasan lokasi yang ada tidak dipindahkan , tetap pada lokasi yang sekarang.

  Lihat masterplan dibawah ini :

Gambar 2.2. Masterplan RSUD Palangka-raya



Sumber : RSUD Palangkaraya.

2. Unit Gawat Darurat dalam cakupan kota Palangkaraya

a. Perletakan dalam site

Unit gawat darurat yang ada di Palangkaraya saat ini, terletak pada massa bangunan yang diperuntukkan untukpoloklinik anak dulunya, sehingga keberadaannya sangat tidak memungkinkan untuk melayani pasien secara maksimal.

Massa bangunan terdiri dari satu lantai yang berhubungan dengan bagian-bagian poliklinik rawat jalan lainnya. Akibat perubahan dan perkembangan, sebagaimana uraian sebelumny, maka pembangunan unit gawat darurat untuk daerah palangkaraya ini sudah menjadikan suatu kebutuhan yang utama untuk mendukung keberadaan rumah sakit secara keseluruhan.

b. Kondisi fisik bangunan unit gawat darurat

- Luas bangunan

  Bangunan unit gawat darurat yang ada di RSUD Palangkaraya ini mempunyai luasan sekitar 450 m², dengan ruang-ruang yang ada yaitu :

  * Triase
  * Loket penerima pasien dengan perlengkapannya
  * Ruang tunggu keluarga
  * Firs aid
  * Ruang gips
  * Laboratorium
  * X-ray
  * Recuscitasi

* Cleanning
* Gudang
* Ruang bedah minor
* Scrub up
* Recovery
* Observasi
* Isolasi

Dari keseluruhan ruang-ruang yang ada tersebut, maka apabila kunjungan pasien yang setiap tahun semakin meningkat, perlu dikembangkan lebih lanjut sebuah unit gawat darurat trauma centre.

- Kondisi ruang pada bangunan

Kondisi ruang-ruang pada bangunan unit gawat darurat ini, belum seluruhnya dikatakan dapat memenuhi standar yang telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan R.I. untuk pengadaan unit gawat darurat. Hal ini dapat dilihat pada bagian-bagian :

* Ruang-ruang yang ada relatif sempit dan tidak fleksibel lagi untuk mengantisifasi peningkatan pasien.

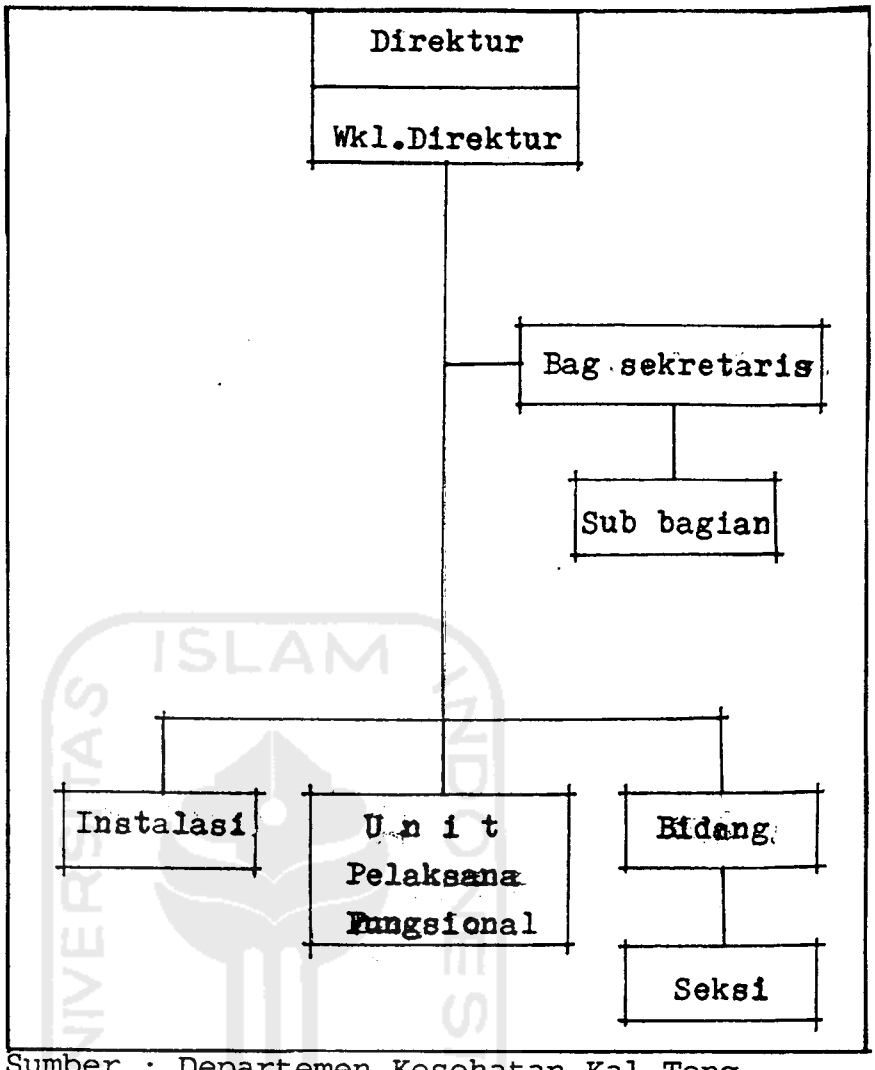
* Sirkulasi masuk bangunan tidak memenuhi persyaratan pintu masuk unit gawat darurat, karena pintu masuk dan keluar menjadi satu.
* Untuk ruang-ruang bedah dan non bedah tidak ada pemisahan yang jelas, sehingga tidak bisa dihindari lagi crossing yang terjadi pada area penderita.

Dari kondisi-kondisi yang demikian, maka untuk tahap pengembangan selanjutnya unit gawat darurat perlu dipertimbangkan penataan ruang untuk mendapatkan aksesibilitas yang aman, mudah, terjamin dan tidak mengganggu kelancaran sirkulasi yang ada.

2.1.5. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Unit Gawat Darurat

Struktur organisasi dan tata kerja unit gawat darurat ini diatur dalam S.K. MenKes R.I. Nomor 134/MenKes/S.K./IV/78 tahun 1978 sebagai berikut:

Gambar 2.3. Struktur Organisasi dan tata kerja



Sumber : Departemen Kesehatan Kal-Teng

Susunan organisasi tersebut dijabarkan sebagai berikut :

1. Direktur
   - Direktur
   - Wakil direktur pelayanan medis
   - Wakil direktur pelayanan penunjang medis dan instalasi
   - Wakil direktur pelayanan umum dan keuangan.

2. Staff

- Sekretaris
- Sub Bagian PPL
- Sub bagian tata usaha
- Sub bagian kepegawaian
- Sub bagian rumah tangga
- Sub bagian pencatatan medis

3. Bidang

- Penunjang medis
- Pelayanan medis
- Perawatan
- Pendidikan dan latihan
- Keuangan

4. Instalasi

- Farmasi
- Patologi
- Lab klinik
- Gizi
- Pemeliharaan sarana rumah sakit
- Kamar jenazah

5. UPF

- Rawat jalan
- Anastesi dan perewatan intensif
- Pelayanan darurat medis
- Radiologi
- Rehabilitasi medis

- Penyakit dalam
- Bedah
- Penyakit anak
- Penyakit paru
- Kebidanan dan penyakit kandungan
- Gizi dan mulut
- Penyakit T.H.T.
- Bedah syaraf
- Penyakit jiwa
- Penyakit syaraf
- Penyakit kulit dan kelamin

2.1.6. Tugas Satuan Organisasi Unit Gawat Darurat

Satuan tugas dari organisasi diatas adalah sebagai berikut :[8]

1. Direktur

   Mempunyai tugas memimpin, mengawasi dan mengkoordinasikan tugas-tugas gawat darurat sesuai dengan pereturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Direktur Unit Gawat Darurat

   Direktur ini dalammelaksanakan tugasnya dibantu oleh :

   - Unsur bantuan kepemimpinan pengawas :

8.S.K. MenKes R.I. Nomor 134/MenKes/S.K./IV/78, 1978

para wakil direktur.

- Unsur bantuan administrasi : kepala bagian sekretariat.
- Unsur bantuan pelaksanaan fungsional : para kepala bidang
- Unsur bantuan fungsional : kepala unit pelaksana fungsional.

3. Bagian sekretariat

Bagian ini mempunyai tugas :

- Mempersiapkan dan menyusun program lapangan mengenai kegiatan semua satuan organisasi dalam lingkungan unit gawat darurat.
- Melakukan pengelolaan pegawai, urusan dalam dan ketatausahaan.
- Melakukan ketatausahaan penderita rawat tinggal.
- Melaksanakan pencatatan medis.

4. Bidang-bidang

- Bidang penunjang medis mengkoordinasi seluruh kebutuhan :
  * Unit-unit : Unit anastesia dan perawatan intensif, pelayanan darurat medis, radiologi, pelayanan rehabilitasi medis.
  * Instalasi

- Bidang pelayanan medis, mengkoordinasikan seluruh kebutuhan unit pelaksana fungsional yang lansung/tidak langsung memperlancar pelayanan perawatan pada UPF.
- Bidang pendidikan dan latihan, bertugas mengatur dan mengkoordinasikan pendidikan dan latihan dokter, dokter ahli dan para medis, melaksanakan penataan medis dan paramedis dalam rangka sistem rujukan, melaksanakan kegiatan perpustakaan.
- Bidang keuangan, bertugas mempersiapkan dan menyusun anggaran pendapatan dan belanja, pembukuan pertanggungjawaban keuangan, melakukan tata uasaha keuangan, pengelola bendahara, pengelola penerimaan,pembukuan penyetoran ke kas negara dan pertanggungjawaban keuangan yang diperoleh dari pelayanan unit gawat darurat.

5. Unit pelaksanaan fungsional

   Melaksanakan usaha pelayanan kesehatan :

   - Promotif
   - Preventif
   - Kuratif

- Rehabilitatif
- Rujukan

6. Instalasi

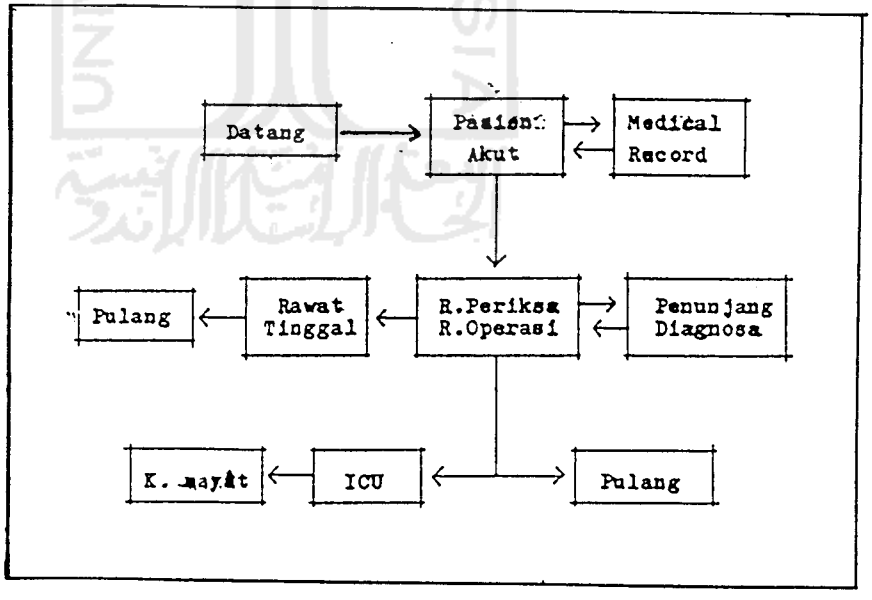
Bertugas sebagai penunjang kegiatan UPF meliputi :

- Farmasi
- Patologi
- Laboratorium
- Gizi
- Pemeliharaan unit gawat darurat
- Kamar jenazah

2.1.7. Kegiatan Emergency Pada RSUD Palangkara

Kegiatan ini meliputi :

Gambar 2.4. Kegiatan emergency



Sumber : pengamatan

2.2. Tinjauan Khusus Unit Gawat Darurat

2.2.1. Pengertian

- Salah satu unit dirumah sakit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat.[9]
- Tempat untuk menangani kasus gawat darurat di rumah sakit berupa observasi, tindakan dan upaya memonitor serta upaya penyembuhan tingkat awal yang sangat menentukan keadaan penderita.[10]
- Unit yang selalu siaga selama 24 jam untuk memberi pertolongan segera dan senantiasa siap mengatasi situasi darurat medik yang mungkin terjadi dan diperlengkapi dengan fasilitas medis, tim medis dan paramedis yang terlatih secara khusus dalam menangani keadaan mendadak/darurat.[11]

---

9. Dep. Kes R.I., Pengembangan Pelayanan Unit Gawat darudar Rumah Sakit, Jakarta, 1982, p.1

10. I.D. Snook, Jr.,Hospital : What They Are and How They Work, London, 1981, p.5

11. Brosur Eksklusif, Rumah Sakit Pusat Pertamina, 1994

2.2.2. Keberadaan Unit Gawat Darurat

Sebagaimana telah ditetapkan PerMenKes R.I. Nomor 159b/Men.Kes/Per/II/1988, bahwa :

- Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan gawat darurat.
- Pelayanan unit gawat darurat dirumah sakit dilaksanakan 24 jam perhati terus menerus dan selalu mempunyai dokter jaga.

Dari peraturan inilah, maka keberadaan unit gawat darurat harus memenuhi standart minimal yang ditentukan dalam hal menyangkut fisik bangunan, pelayanan kesehatan, perlengkapan pengobatan, ketenagaan dan administrasinya yang harus mendapat pengakuan (akreditasi) sekurang-kurangnya setiap 3 tahun sekali dan ditetapkan oleh menteri kesehatan.[12]

2.2.3. Klasifikasi Unit Gawat Darurat

Penentuan klasifikasi keberadaan unit gawat darurat, sudah ditetapkan oleh Depertemen Kesehatan R.I. yang disesuaikan dengan klasifikasi rumah sakit keseluruhan. Dengan adanya klasifikasi ini, maka unit gawat

---

12.PerMenKes R.I., op.cit., VIII : 26

darurat mempunyai sistem rujukan dalam menangani suatu medis kedaruratan sesuai dengan sistem rujukan rumah sakit yang berlaku.[13]

2.2.3. Kasus-kasus Gawat Darurat

Berbagai macam kasus-kasus yang dapat digolongkan dalam kasus-kasus gawat darurat yang perlu penanganan secara cepat dan pasti, sehingga penderita tidak akan mengalami sakit yang lebih parah.

Faktor-faktor penyebab timbulnya kasus-kasus gawat darurat ini, diantaranya adalah :[14]

- Kecelakaan didarat, laut udara
- Kecelakaan kerja
- Keracunan-keracunan
- Wabah penyakit/infeksi serti muntaber
- Asfiksi
- Penyakit-penyakit degeneratif dan keganasan
- Penyakit metabolisme

13.Departemen Kesehatan R.I., 1992

14.Dep.Kes R.I., Pedoman Pelayanan Gawat Darurat, Jakarta, 1992, p.3

- Hydrogenesis
- Bencana-bencana alam

Dalam penanganannya, kasus-kasus gawat darurat ini terbagi menjadi 2 yaitu :[15]

1. Kasus non bedah

   Kasus-kasus yang tidak memerlukan pembedahan, penanganannya cukup dengan obat-obatan. Kasus-kasus penyakit dalam, penyakit anak dan penyakit-penyakit syaraf. Digolongkan dalam kasus ini seperti :

   - Hypertensi
   - Serangan jantung
   - Diabetis
   - Coma
   - Liver

2. Kasus bedah

   Kasus-kasus yang segera dilakukan pembedahan untuk menyelamatkan penderita, seperti :

   - Luka bakar
   - Tertusuk benda tajam
   - Traumatologi
   - Kasus yang berkaitan dengan organ tubuh

15.Ibid

2.2.4. Klasifikasi Diagnosa Pasien Gawat Darurat

Dalam pengklasifikasian diagmosa ini, dibagi menjadi beberapa bagian, yaitu :[16]

1. Pasien gawat darurat

   Penderita yang berada dalam keadaan gawat dan terancam jiwanya dan atau anggota badannya apabila tidak segera ditangani secara medis.

2. Pasien gawat tidak darurat

   Penderita berada dalam keadaan gawat namun tidak perlu diambil tindakan yang segera dan cepat, seperti : leukemia, kanker stadium lanjut, tumor dan sebagainya.

3. Pasien darurat namun tidak gawat

   Penderita yang terkena musibah secara mendadak namun tidak mengancam keadaan anggota badan yang lain dan atau jiwanya, seperti : luka kena pecahan kaca, luka tersayat yang tidak terlalu dalam, jatuh dari ketinggian dan sebagainya.

4. Pasien tidak gawat dan tidak darurat

   Penderita mengalami suatu penyakit namun

16.Ibid p.2

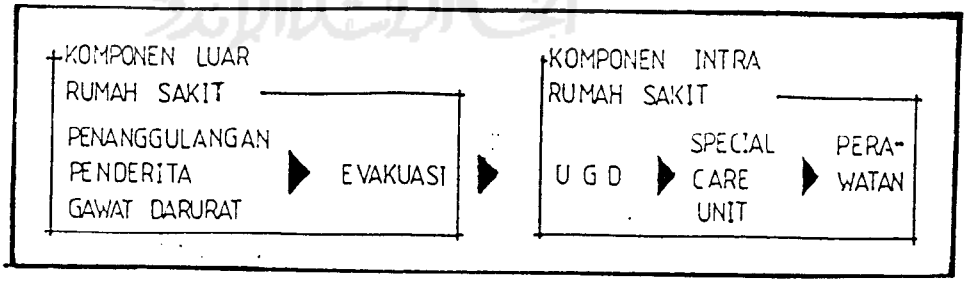
tidak terlalu gawat dan darurat, sehingga dapat diobati secara berangsur-angsur saja, seperti : penyakit kulit,influensa dan sebagainya.

2.2.5. Sistem Pelayanan Gawat Darurat

Sistem pelayanan yang ada untuk keadaan gawat darurat bukanlah hanya penyediaan rumah sakit dan tenaganya yang selalu siap dan sudah terlatih, namun juga sistem pelayanan yang mencakup koordinasi antara masyarakat dengan instansi-instansi kesehatan dan non kesehatan seperti kepolisian, tim sar dan sebagainya, sehingga tindakan dapat diambil dengan segera dan cepat.

Secara singkat sistem pelayanan ini dapat adigambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.5. Sistem pelayanan terpadu u.g.d



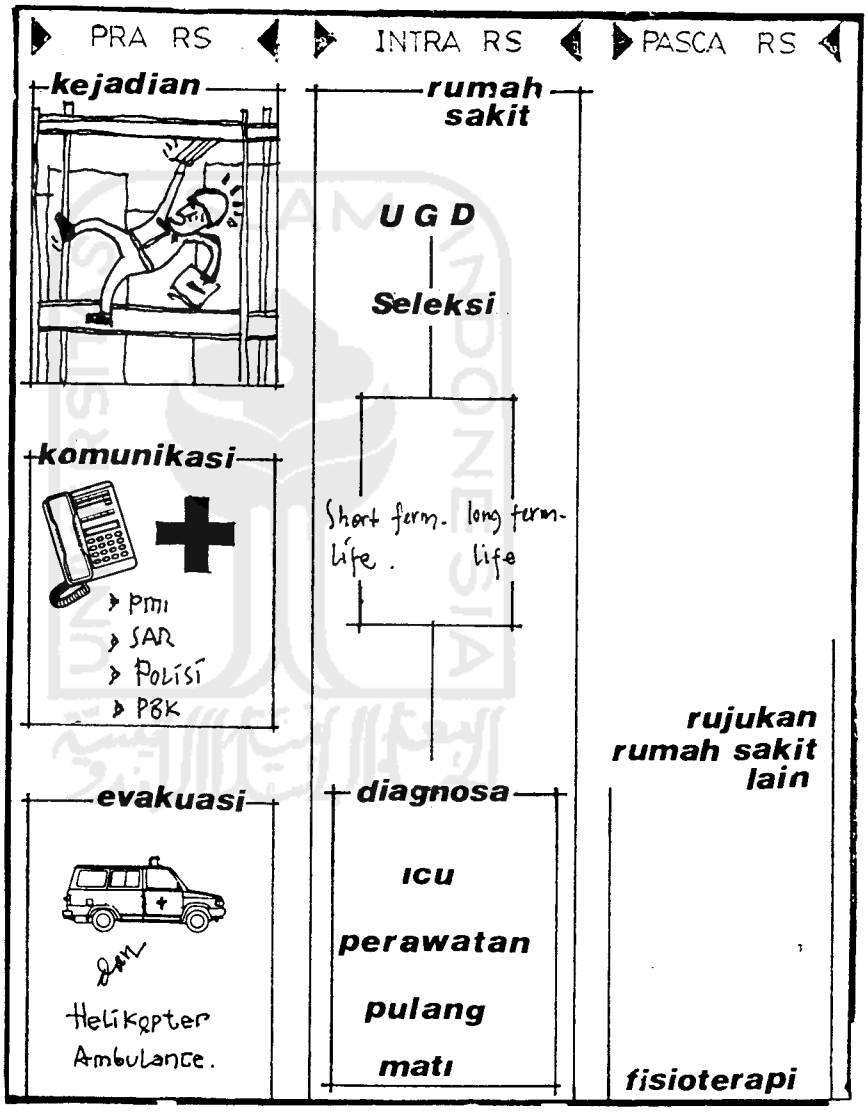
Sumber : Dep.Kes R.I.,1992

Sistem pelayanan yang terkoordinasi,

biasanya dilakukan dalam keadaan gawat darurat sebgai berikut :

1. Musibah biasa

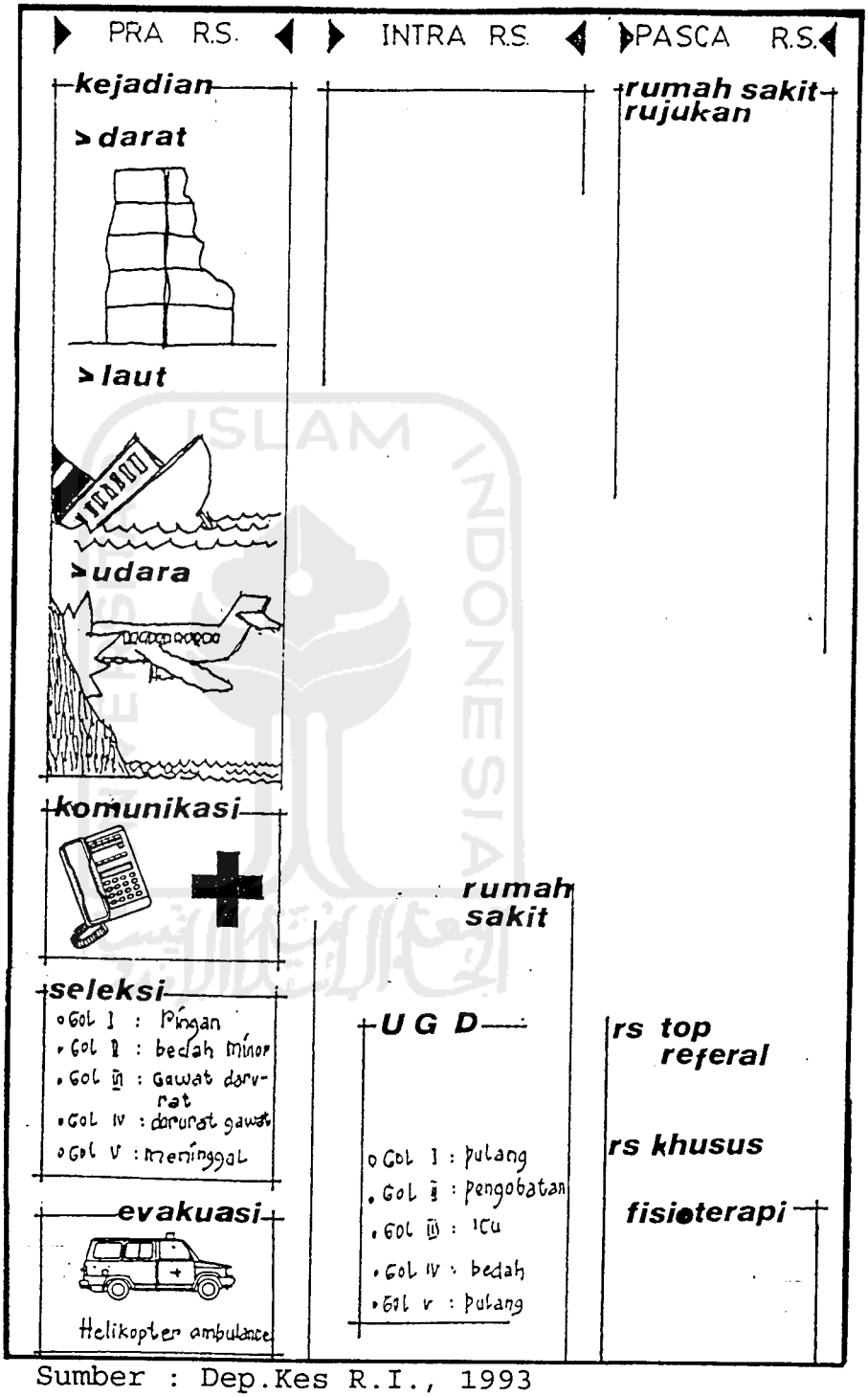
Gambar 2.6. Sistem pelayana u.g.d. musibah biasa



Sumber : Dep.Kes R.I., 1993

2. Musibah massal

Gambar 2.7. Sistem koordinasi musibah massal



Sumber : Dep.Kes R.I., 1993