



JOURNAL OF Qualitative Health Research
& Case Studies Reports

ISSN 28079094 (Print)

ISSN 28078489 (Online)



INFORMASI ARTIKEL

Received: August, 22, 2025

Revised: October, 27, 2025

Available: October, 27, 2025

at : <https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/qlt>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani

Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

Abstract

Background: Hypertensive crises account for 27.5% of all emergency cases, with 1-2 cases per 100,000 patients considered a hypertensive emergency. Blood pressure >180/120 mmHg requires a gradual reduction of >10-15% within the first hour, reaching 160/100 mmHg within 2-6 hours to prevent breathless hyperfusion in target organs. Therefore, a rapid response time is required to prevent target organ damage. Implementing the modified Emergency Severity Index (ESI) accelerates the response time through assessment and categorization of emergency room patients.

Purpose: To understand the impact of the implementation of the modified Emergency Severity Index (ESI) on the outcomes of nursing care for hypertensive emergency patients.

Method: This case report study included patients with blood pressure >180/120 mmHg and evidence of target organ damage. The ESI Emergency Department triage assessment form from Cibabat Regional Hospital was used as a research instrument to assess the implementation of ESI on the outcomes of hypertensive emergency patient management. Nursing care began upon patient arrival in the Emergency Department and lasted for 6 hours.

Results:

Conclusion: Accurate response time supports the success of nursing care for hypertensive emergency patients. Understanding the ESI triage process, and teamwork are essential to achieving the stated objectives.

Keywords: Nursing Care; Emergency Severity Index (ESI); Hypertensive Emergency; Implementation; Response Time.

Pendahuluan: Krisis hipertensi mengambil 27.5% keseluruhan kasus emergensi 1-2 kasus per 100.000 pasien. Kondisi tekanan darah >180/120 mmHg memerlukan penurunan tekanan darah bertahap >10-15% dalam 1 jam pertama dan 160/100 mmHg dalam 2-6 jam untuk mencegah *breakthrough hyperfusion* pada organ target. Sehingga diperlukan *response time* yang cepat untuk mencegah kerusakan organ. Target implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI) memberikan percepatan *response time* melalui pengkajian kondisi dan pengkategorian pasien IGD.

Tujuan: Untuk memahami gambaran implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana asuhan keperawatan pasien hipertensi emergensi.

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

Metode: Penelitian *case report* atau studi kasus dengan kriteria inklusi pasien tekanan >180/120 mmHg disertai dengan adanya bukti kerusakan organ target. Form asesmen triase UGD ESI RSUD Cibabat digunakan sebagai instrumen penelitian.

Hasil: Asuhan keperawatan yang diberikan memperoleh hasil bahwa kesadaran meningkat delirium GCS 10 (E3 V2 M5), tekanan darah membaik 152/107 mmHg, pola nafas regular, RR 24x/menit, penggunaan otot bantu nafas menurun, dan *kedalaman nafas membaik*. Masalah *ketidakseimbangan kadar glukosa darah tidak teratasi* dikarenakan pasien tidak *melakukan implementasi* dan dirujuk ke rumah sakit lain untuk menerima perawatan intensif.

Simpulan: Adanya ketepatan *respon time* yang menunjang keberhasilan asuhan keperawatan pasien hipertensi emergensi dalam proses pemahaman proses triase ESI dan kerjasama tim.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan; *Emergency Severity Index* (ESI); Hipertensi Emergensi; Implementasi; *Response Time*.

PENDAHULUAN

Keseluruhan kasus emergensi di IGD sebesar 27.5% adalah kasus pada krisis hipertensi, prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2018 dari jumlah penduduk 260 juta jiwa 34.4% adalah penderita hipertensi 1-2 pasien mengalami krisis hipertensi dan 1-2 kasus per 100.000 pasien. Krisis hipertensi adalah jenis hipertensi emergensi (Nurkhalis, 2015). Hipertensi emergensi adalah peningkatan tekanan darah yang berat >180/120 mmHg disertai bukti kerusakan organ target yang akut (Kinanti, Maria, Diba, & Widani, 2024). Kondisi hipertensi emergensi terjadi ketika ketidakmampuan kontrol *endothelium* terhadap *tonus vaskuler* sehingga terjadi *breakthrough hyperperfusion* pada organ target. Hal ini menimbulkan kerusakan organ target meliputi (otak, jantung, retina atau ginjal) dengan prevalensi paling banyak didapatkan pada otak dengan prevalensi *infark serebral* 24.5%, *ensefalopati* 16.3%, dan *stroke* 4.5%, prevalensi jantung *acute pulmonary edema* 22.5%, *acute congestive heart failure* 14.3%, dan *acute coronary ischemia* 12%, *renal* <10% dan *vaskuler* 4,5 % (Darmareja, Utami, Anggraeni, Zahra, Isnainyah, & Mawaddah, 2024).

Hipertensi emergensi memerlukan penurunan tekanan darah secepat mungkin (dalam menit hingga 2 jam) untuk mencegah atau mengurangi kerusakan organ target. Upaya penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi emergensi

menggunakan obat intravena untuk menurunkan tekanan darah secara cepat (Ismayati, Endarti, & Rahmawati, 2023). Target penurunan tekanan darah dibedakan dengan melihat ada atau tidaknya kondisi yang memaksa/*compelling condition* (*diseksi aorta*, *preeklamsia* berat atau *eklamsia* dan *krisis pheochromocytoma*) (Panggabean, 2023).

Apabila tidak ada target penurunan tekanan darah sistolik dalam satu jam pertama diturunkan 10-15%, dilanjutkan penurunan tekanan darah 160/100 mmHg dalam 2 jam, dan mencapai tekanan darah normal dalam 24 jam, pengendalian penurunan tekanan darah harus benar-benar terkontrol dengan mempertimbangkan manfaat yang dicapai dan efek *hipoperfusi* yang terjadi (Nurkhalis, 2015). Penanganan medik dan harapan hidup pasien sangat dipengaruhi oleh *time saving is life saving* atau *golden time*, secara umum penanganan yang cepat dan tepat mengurangi 30% terjadinya kematian (Hania, Budiharto, & Yulanda, 2020).

Response time perlu dilakukan mulai dari pasien datang ke unit gawat darurat hingga mendapatkan penanganan sesuai keadaan klinis. Waktu tanggap yang baik pada semua jenis pasien IGD adalah <5 menit, hal ini sesuai dengan peraturan Kemenkes RI Nomor 856 tahun 2009 bahwa pasien gawat darurat ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di UGD (Astuti, Sutrisno, & Rahmawati, 2023). Terdapat 1.016 pasien

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

mempunyai *response time* >8 menit yang meninggal, dari jumlah 7.760 pasien, *response time* <8 menit akan mengurangi resiko kematian.

Proses triase menentukan *response time* pasien UGD mendapatkan tingkat perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klinis pada waktu yang tepat (Ariyani & Rosidawati, 2020). Awalnya triase pengelompokan pasien dikategorikan dalam 3 level (*emergent, urgent, non urgent*) akan tetapi peneliti menentukan triage 5 level lebih reliabel, valid, dan efektif sehingga banyak digunakan diseluruh dunia diantaranya PACS (*Patient Acuity Category*), ATS (*Australian Triage Scale*), CTAS (*Canadian Triage and Acuity Scale*), MTS (*Manchester Triage Scale*) dan ESI (*Emergency Severity Index*) (Rachma, 2023).

Emergency Severity Index (ESI) adalah satu sistem triase yang digunakan di Indonesia yang terdiri dari lima tingkat yang dikembangkan oleh dua Dokter Departemen Emergensi dari Amerika Serikat Richard dan Devid Eitel (Minggawati, Faried, & Priambodo, 2020). Sistem triase *Emergency Severity Index* (ESI) memberikan perencanaan yang baik melalui pemeriksaan cepat terhadap kondisi klinis dan perhitungan kebutuhan akan sumber daya, mempertimbangkan tanda vital, skala nyeri 1-10, terdapat *tools* sendiri untuk pasien anak, perawat, dan dokter lebih mudah melihat keparahan pasien dikarenakan pengkategorian pasien dibagi 5 level (Bahari, Suwaryo, & Setyaningsih, 2019).

Hasil penelitian sebelumnya mengatakan ada peningkatan *response time* yaitu 6.46-8.92 menit dalam waktu rata-rata *response time* konvensional (Bahari et al., 2019). Percepatan tatalaksana diberikan melalui adanya implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI) yang mempercepat proses kategori triase pasien IGD untuk melakukan implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien hipertensi emergensi di IGD RS.

METODE

Penelitian yang digunakan dalam kasus ini adalah deskriptif dengan design *case report* atau studi kasus untuk mengembangkan teori yang menjelaskan hubungan antara peristiwa, serta untuk mengambil tindakan dalam mengendalikan peristiwa. Penelitian dilakukan di IGD RSUD Cibabat pada tanggal 20 Februari 2025 menggunakan metode wawancara dan observasi kepada satu subjek yaitu Ny. G. Intervensi berfokus pada asuhan keperawatan pasien hipertensi emergensi berupa implementasi ESI yang dilakukan sebelum asuhan keperawatan dimulai.

Implementasi *Emergency Severity Index* (ESI) dilakukan dengan mengkaji kondisi pasien dan mengkategorikan prioritas perawatan dalam instrumen triase. Pengumpulan data menggunakan alat pemeriksaan fisik antara lain *tensimeter, stetoskop, oksimeter, thermometer*, dan SOP assessment ESI RSUD Cibabat, serta telah mencakup implementasi penurunan tekanan darah pasien hipertensi emergensi.

HASIL

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.G melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang memperoleh hasil bahwa pasien datang dengan kondisi penurunan kesadaran *somnolen*, gangguan *airway snoring*, pola nafas ireguler (cepat dan tidak teratur), tekanan darah 204/122 mmHg, nadi 137x/menit, CRT> 2 detik, GCS 8 (E2 V2 M4), respon pupil isokor dengan laterisasi kesan ke kanan, pemeriksaan penunjang *CT-Scan* menunjukkan hasil terdapat *Hematoma Diffuse*.

Hasil wawancara kepada keluarga pasien mengatakan bahwa sebelum mengalami penurunan kesadaran pasien mengeluh nyeri kepala yang hebat disertai dengan rasa mual dan muntah. Keluarga pasien mengungkapkan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun lamanya tanpa mengkonsumsi obat *antihipertensi* secara teratur serta riwayat diabetes melitus yang baru-baru diketahui. Hasil data didapatkan

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

melalui implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI).

Pasien tiba di IGD RSUD Cibabat pada pukul 12.07 WIB pengkajian dan penetapan kategori triase dilakukan dalam waktu 3 menit dengan kategori ESI level 1 dan ditetapkan tiga masalah keperawatan yakni penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola nafas tidak efektif, dan ketidakseimbangan kadar glukosa darah. Intervensi manajemen peningkatan tekanan

intrakranial menjadi prioritas dilakukan penurunan tekanan darah secara bertahap dilakukan dengan menggunakan obat *antihipertensi nicardipine* 0.5 mg/kg/jam. Target penurunan tekanan darah <10-15% dalam 1 jam pertama dan setelah intervensi mencapai 160/100 mmHg dalam 2 hingga 6 jam. Observasi dilakukan setiap 30 menit untuk menghindari penurunan tekanan darah lebih dari target yang mengakibatkan *hipoperfusi* pada organ target.



Grafik 1. Penurunan Tekanan Darah Ny. G

Grafik 1. menunjukkan penurunan tekanan darah Ny.G. Implementasi manajemen peningkatan tekanan intrakranial membawa perbaikan pada masalah pola nafas tidak efektif,. Berdasarkan grafik tersebut didapatkan hasil tingkat kesadaran meningkat delirium GCS 10 (E3 V2 M5), tekanan darah membaik 152/107 mmHg, pola nafas regular, RR 24x/menit, penggunaan otot bantu nafas menurun, dan kedalaman nafas membaik. Masalah ketidakseimbangan kadar glukosa darah tidak teratasi dikarenakan pasien tidak melakukan implementasi dan dirujuk ke rumah sakit lain untuk menerima perawatan intensif.

PEMBAHASAN

Peningkatan mortalitas perbaikan kondisi klien didukung oleh percepatan penanganan melalui implementasi modifikasi *Emergency* Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Severity Index (ESI). Assessment pengkajian dimulai dengan identifikasi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, datang dengan kondisi sadar atau DOA. Selanjutnya dilakukan pengkajian penilain kategori ESI: ESI 1: (*airway*) adanya kondisi obstruksi jalan nafas total atau sebagian, pernafasan (*breathing*) adanya henti nafas atau nafas tidak adekuat, sianosis dan SpO2 <90%, kesadaran (*disability*) kesadaran *unrespon* atau *response to pain*. Pasien dengan urutan kondisi salah satu atau lebih kondisi gangguan pada *airway*, *breathing*, *circulation*, dan *disability* diatas dikategorikan ESI 1, ESI 2: Tidak ada kondisi gangguan *airway*, pernafasan (*breathing*) RR >50x/menit, SpO2 <92%, sirkulasi (*circulation*) HR>150x/menit, nadi teraba lemah, bradikardi, pediatrik suhu >39 C, kesadaran (*disability*). Kesadaran berespon terhadap verbal atau *delirium*

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

yang memiliki resiko tinggi pada usia dan riwayat penyakit dahulu.

Pasien dengan salah satu atau lebih kondisi gangguan pada *airway*, *breathing*, *circulation*, dan *disability* diatas dikategorikan ESI level 2. ESI 3: Tidak ada kondisi gangguan *airway*, pernafasan (*breathing*) frekuensi nafas normal, sirkulasi (*circulation*) nadi kuat atau takikardia, kesadaran (*disability*) *alert*/ sadar penuh, memerlukan dua pemeriksaan penunjang, pasien dengan urutan kondisi salah satu atau lebih kondisi gangguan pada *airway*, *breathing*, *circulation*, dan *disability* diatas dikategorikan ESI level 3. ESI 4: Tidak ada gangguan pada *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability* memerlukan satu pemeriksaan penunjang, pasien ini dikategorikan sebagai ESI level 4. ESI 5: Tidak ada gangguan pada *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability*, dan pasien tidak memerlukan pemeriksaan penunjang pasien ini dikategorikan sebagai ESI level 5 (Emergency Nurses Association, 2023).

Emergency Severity Index (ESI) adalah triase yang terdiri dari lima tingkat yaitu dua dokter departemen emergensi dari Amerika yakni Richard Wuerz dan Devid Eitel yaitu mengembangkan sistem triase *Emergency Severity Index* (ESI) pada tahun sembilan puluhan, mereka meyakini pentingnya instrument triase di IGD untuk memfasilitasi prioritas pasien berdasarkan urgensinya (Ariyani & Rosidawati, 2020).

Sistem ini memprioritaskan akses pengobatan pasien menjadi lebih baik. Sistem triase *Emergency Severity Index* (ESI) menggunakan skala 1-10 dengan menghitung kebutuhan sumber daya, pengkategorian *tools* pediatrik khusus, dan proses triase yang dapat dilakukan oleh perawat (Unger, Borghi, Charchar, Khan, Poulter, Prabhakaran, & Schutte, 2020). ESI mengurangi *overcrowded*/kepadatan dan *length of stay* pasien di UGD dengan tatalaksana yang dapat segera dilakukan pada pasien sesuai dengan kategorinya (Sawitri, Lintang, & Murtana, 2025). Mengidentifikasi pada Ny. G dilakukan

dalam waktu 3 menit hal ini lebih singkat dari jenis triase lain.

Istilah hipertensi emergensi dicetuskan pada tahun 1914 oleh Volhard dan Fahr untuk menggambarkan situasi hipertensi ekstrim yang disertai dengan bukti kelainan/kerusakan organ (Nurkhalis, 2015). Kondisi tekanan darah >180/120 mmHg menimbulkan *breakthrough hyperperfusion* yang merusak keseluruhan fungsi organ (Unger *et al.*, 2020). Sehingga diperlukan tatalaksana penurunan tekanan darah dalam untuk menghindari keparahan kerusakan organ. Penurunan tekanan darah mempertimbangkan efek *hipoperfusi* yang rentan terjadi. Kondisi memaksa seperti *diseksi aorta*, *preeklamsia* berat, dan *krisis pheochromocytoma* membutuhkan penurunan tekanan darah secara agresif karena kondisi kerusakan organ yang mengancam. Penurunan tekanan darah dilakukan secara bertahap yaitu mencapai MAP <10-15% dalam 1 jam pertama, 160/100 mmHg dalam 2 jam, dan mencapai tekanan darah normal dalam 24 jam. Pemilihan obat *antihipertensi* dan target penurunan tekanan darah bergantung pada presentasi klinis atau kerusakan organ target sehingga *labetalol* dan *nicardipine* adalah lini pertama yang banyak direkomendasikan (Unger *et al.*, 2020).

Proses pengkajian akan ditemukan gejala umum pada pasien dengan hipertensi emergensi seperti keluhan nyeri kepala, nyeri dada, dan penurunan penglihatan. Kondisi ini memerlukan kewaspadaan dalam kurun waktu beberapa menit yang dapat berubah menjadi kondisi mengancam seperti penurunan kesadaran atau henti jantung (Puspayani, Widyandari, & Mahardika, 2023). Percepatan *respon time* memberikan peningkatan mortalitas dalam penatalaksanaan pasien.

Ditetapkan tiga diagnosa pada kondisi hipertensi emergensi pada Ny. G. Berdasarkan data temuan adanya penurunan kesadaran, GCS 8 (E2 V2 M4) somnolen, respon pupil isokor dengan laterisasi kesan ke kanan, keluhan nyeri kepala hebat mendadak, dan mual muntah

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

edema serebral yang terjadi mengakibatkan penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Hal ini disebabkan oleh tekanan darah yang melebihi batas *autoregulasi* dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah pada otak (Suryono, 2018).

Implementasi penanganan meliputi pengidentifikasian penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor status pernafasan, memberikan posisi *fowler*, menggunakan cairan IV *isotonic*, kolaborasi pemberian *manitol* dan untuk menurunkan tekanan darah kolaborasi penggunaan *nicardipine* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Kriteria hasil yang ingin didapatkan adalah meningkatnya kesadaran, bradikardi menurun, papilledema menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, pola nafas membaik, respon pupil membaik, refleks neurologis membaik, dan tekanan intrakranial membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Implementasi dimulai pukul 12.07 dengan pengidentifikasian kondisi peningkatan tekanan intrakranial menggunakan *assessment triase ESI* yang dilanjutkan dengan stabilisasi sumbatan jalan nafas *snoring*, pemeriksaan EKG, pemeriksaan CT-Scan, pengklaborasi pemberian *monitol* 200 mg, dan kolaborasi pemberian *nicardipine* 10,5 cc/jam dengan target penurunan tekanan darah <160/100 mmHg dalam 6 jam. Monitor penurunan tekanan darah dilakukan setiap 30 menit dan pemberian *nicardipine* dihentikan pada pukul 19.20 dengan tekanan darah mencapai 152/107 mmHg.

Diagnosa kedua pola nafas tidak efektif berhubungan dengan edema serebral yang dibuktikan dengan pola nafas ireguler, frekuensi pernafasan 28x/menit, dan saturasi oksigen 92%. diagnosa pola nafas tidak efektif diangkat karena edema serebral menyebabkan peningkatan intrakranial dan menekan batang otak yang mengatur sistem pernafasan (Hisam, & Rahardjo, 2023). implementasi penanganan meliputi memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, memonitor adanya sumbatan jalan nafas, auskultasi bunyi nafas, dan

memonitor saturasi oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

kriteria hasil yang diharapkan adalah menurunnya penggunaan otot bantu nafas, *ortopnea* menurun, pernafasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, dan kedalaman nafas membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Hasil dari pemantauan respirasi adanya perbaikan pada frekuensi nafas 24x/menit, jalan nafas adekuat, peningkatan saturasi oksigen 99% menggunakan oksigen simple mask, serta lanjutan pemantauan respirasi selama 30 menit.

Implementasi dilakukan selama 6 jam dengan perawatan di IGD. Hasil evaluasi dari tiga masalah keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola nafas tidak efektif, dan ketidakseimbangan kadar glukosa darah ditemukan hasil perbaikan tingkat kesadaran delirium GCS 10 (E3 V2 M5), pola nafas regular, penurunan penggunaan otot bantu nafas, dan frekuensi pernafasan 24x/menit. Masalah ketidakseimbangan kadar glukosa darah tidak teratasi dikarenakan pasien dipindahkan ke rumah sakit lain untuk mendapatkan perawatan intensif.

American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) 2027 menetapkan pedoman algoritma diagnosis dan manajemen hipertensi emergensi. Perawatan di Unit Perawatan Intensif (ICU) dianjurkan untuk melakukan pemantauan berkesinambungan terhadap kerusakan organ. Penatalaksanaan penurunan tekanan darah menjadi prioritas utama untuk perawatan di IGD dengan pengembalian sistem *autoregulasi* dengan *response time* untuk memulai penatalaksanaan (Panggabean, 2023). Kenyataannya, kondisi pasien yang datang ke IGD memberikan resiko waktu tunggu yang lama pada penanganan setiap pasien sehingga kondisi ini dapat memperparah keadaan kerusakan organ target. Proses *triase Emergency Severity Index* (ESI) memberikan percepatan dalam menentukan kondisi dan kategori prioritas penanganan pasien IGD

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmi Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi emergensi

dengan mortalitas keberhasilan penanganan meningkat karena adanya proses pengkajian yang cepat dan tepat.

SIMPULAN

Implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI) dalam pelaksanaan kegiatan triase pasien dengan hipertensi emergensi memberikan perbaikan mortalitas kondisi pasien dengan terdapatnya peningkatan kesadaran dan pola nafas regular. Hal ini tercapai dengan adanya intervensi penurunan tekanan darah yang dilakukan secara tepat dan cepat. pengidentifikasian pasien hipertensi emergensi dilakukan hanya dengan kurun waktu 3 menit sejak pasien masuk ke IGD RSUD Cibabat pada pukul 12.07 dan mendapatkan intervensi tindakan pada pukul 12.10. Umumnya pengidentifikasian pasien memerlukan waktu sekitar 5 menit, hal ini membuktikan terdapat percepatan tindakan dengan adanya implementasi modifikasi *Emergency Severity Index* (ESI), akan tetapi hal ini juga dipengaruhi dengan banyak faktor lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, H., & Rosidawati, I. (2020). Literature Review: Penggunaan Triase Emergency Severity Index (Esi) Di Instalasi Gawat Darurat (Igd). *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 20(2), 143-152.
- Astuti, M. D., Sutrisno, S., & Rahmawati, R. (2023). Hubungan Respon Time Perawat Dengan Penanganan Nyeri Pada Pasien Fraktur Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Di Igd Rsud Dr. Raden Soedjati Soemodiardjo Purwodadi. *The Shine Cahaya Dunia Ners*, 8(01), 109-115.
- Bahari, Z. K., Suwaryo, P. A. W., & Setyaningsih, E. (2019). Penerapan Esi (Emergency Severity Index) Terhadap Response Time Pasien Di Igd Pku Muhammadiyah Gombong. *Proceeding Of The Urecol*, 307-319.
- Darmareja, R., Utami, G. T., Anggraeni, D. T., Zahra, N. T., Isnainyah, M. A., & Mawaddah, F. (2024). Penguatan Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Melalui Deteksi Dini Dan Penyuluhan Kesehatan Mengenai Hipertensi Emergensi Sebagai Upaya Pencegahan Kondisi Kegawatdaruratan. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 7(2), 823-36.
- Emergency Nurses Association. (2023). *Emergency Severity Index Handbook Fifth Edition*. Diakses Dari: <https://californiaena.org/wp-content/uploads/2023/05/Esi-Handbook-5th-Edition-3-2023.pdf>
- Hania, U. P., Budiharto, I., & Yulanda, N. A. (2020). *Literature Review: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Response Time Perawat Pada Penanganan Igd*. *Springerreference*, 56, 1-14.
- Hisam, Y., & Rahardjo, S. (2013). Tatalaksana Peningkatan Tekanan Intra Kranial (Tik) Pada Operasi Craniotomi Evakuasi Hematom Yang Disebabkan Oleh Hematom Intracerebral. *Jurnal Komplikasi Anestesi*, 1(1), 35-42.
- Ismayati, D., Endarti, D., & Rahmawati, F. Gambaran Profil Pengobatan Terapi Antihipertensi Pada Pasien Krisis Hipertensi Di Rsup Dr Sardjito Yogyakarta. *Majalah Farmaseutik*, 19(3), 403-408.
- Kinanti, A. D., Maria, B., Diba, Z., & Widani, N. L. (2024). Intervensi Keperawatan: Monitoring Efek Terapi Antihipertensi Pada Pasien Dengan Krisis Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Dan Teknologi Medis (Jktm)*, 6(03).
- Minggawati, Z. A., Faried, A., & Priambodo, A. P. (2020). Comparison Of Four-Level Modification Triage With Five Level Emergency Severity Index (Esi) Triage Based On Level Of Accuracy And Time Triase. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(1), 49-55.

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>

Implementasi modifikasi *emergency severity index* (ESI) terhadap *outcome* tatalaksana pasien dengan hipertensi
emergensi

- Nurkhalis, N. (2015). Penanganan Krisis Hipertensi. *Idea Nursing Journal*, 6(3), 61-67.
- Panggabean, M. S. (2023). Penatalaksanaan Hipertensi Emergensi. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(2), 82-91.
- Puspayani, N. P., Widyandari, N. M. A. S., & Mahardika, I. M. R. (2025). Hubungan Gaya Hidup Dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat Tabanan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kediri I. *Healthy: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 4(1), 43-48.
- Rachma, S. (2023). *Efektivitas Penerapan Esi (Emergency Severity Index) Terhadap Response Time Triage Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Undata Provinsi Sulawesi Tengah* (Doctoral Dissertation, Universitas Widya Nusantara).
- Sawitri, E., Lintang, F. N., & Murtana, A. (2025). Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Krisis Hipertensi Di Rumah. *Motorik Jurnal Ilmu Kesehatan*, 20(2), 130-141.
- Suryono, S. (2018). Krisis Hipertensi Emergensi, Urgensi Dan Kerusakan Target Organ. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), Pp. 1689–1699.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society Of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.
- Tim Pokja Siki Dpp Ppni. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Diakses Dari: <https://id.scribd.com/document/549745700/Buku-Siki>
- Tim Pokja Siki Dpp Ppni. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Diakses Dari: <https://www.scribd.com/document/467808479/Tim-Pokja-Sdki-Dpp-Ppni-Docx>

Diki Ardiansyah*, Najwa Hilmia Fadhilah, M. Dwi Ardianto, Asep Badrujamaludin

Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani
Korespondensi penulis: Diki Ardiansyah. *Email: ardiansyahdiki.diki@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.56922/quilt.v5i5.1602>