



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*
DI IGD RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Erik Verawati

NIM 172310101222

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2019



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*
DI IGD RUMAH SAKIT PARU JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Erik Verawati

NIM 172310101222

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2019

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT yang selalu memberiku limpahan anugerah dan nikmat yang tiada pernah terduga dan Rasulullah Muhammad SAW sebagai suri tauladan dalam hidup sehingga saya dapat menikmati keindahan Islam. skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku, Almarhum Bapak Bambang Yulistiono dan Ibu Mintuk dengan penuh rasa hormat Ananda menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas segala doa yang tidak berhenti terucap. Terimakasih telah mendukung Ananda dan mencari ilmu demi keberhasilan penulis yang tidak akan pernah bisa terbalaskan.
2. Abi tercinta yang telah mendukung perjuangan AJ umi, menemani umi dalam suka duka, memberi semangat dan memotivasi hingga peneliti dapat menyelesaikan proposal skripsi ini.
3. Teruntuk ketiga anak - anak umi tercinta, terima kasih slalu mendukung dan memberi semangat selama perjuangan AJ.
4. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen serta civitas akademika yang telah banyak membantu dan memberikan ilmu kepada penulis selama menempuh perkuliahan.
5. Teman seperjuangan Fakultas Keperawatan angkatan 15, pasukan DPU Ns. Baskoro yang telah memberikan dukungan semangat, bantuan tenaga dan pikiran, dan kebersamaan selama ini.
6. Keluarga besar Alih Jenis angkatan 2017 yang telah bersama-sama menyelesaikan proses perkuliahan, terimakasih telah menjadi bagian terindah dalam proses ini dan dukungan perjuangan menuju sarjana.

MOTTO

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kemampuannya”
(Terjemahan Surat *Al Baqoroh* ayat 286)



*) Departemen Agama Republik Indonesia 2009, *Al-Qur'an* dan Terjemahannya.
Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Erik Verawati

NIM : 172310101222

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan yang sumbernya telah saya cantumkan, serta belum pernah diajukan pada instansi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,



Erik Verawati

NIM. 172310101222

SKRIPSI

GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*

DI IGD RUMAH SAKIT PARU JEMBER

Oleh

Erik Verawati

NIM 172310101222

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul, A'la, S.Kep., M.Kep

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember" karya Erik Verawati telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Jumat, 25 Januari 2019

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep.,
NIP 19830505 200812 1 004

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Muhamad Zulfarul W'la, S.Kep., M.Kep.,
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I



Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.,
NIP 19800412 200604 1 002

Penguji II



Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep.,
NRP 760016846

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantia Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.,
NIP 19780323 200501 2 002

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember.
(*Description of response time and triage in emergency department RS. Paru Jember*)

Erik Verawati

Faculty of Nursing , University of Jember

ABSTRACT

Response Time is the speed of handling time that starts from the patient coming to the emergency department until the patient gets the initial action due to health problems experienced. Triage is a system of selection and selection of patients in determining the severity and priority of handling patients further. The purpose of this study was to determine the description of the response time and the length of the triage of health workers in patients in emergency care RS. paru Jember. This type of research is descriptive quantitative research. The sample from the population of this study was all health workers working in the emergency department of the RS. Paru Jember. The research sample technique is non-probability sampling with a total sample of 14 respondents. Data obtained by direct observation for 30 shifts / 1 month using observation sheets and stop wach. The results of the study: obtained the results of the total Response time time with an average of 64.58 or with 1 minute 4 seconds, the Triage results a total score of 87.01 or 1 minute 27 seconds. The conclusion of the research shows that the Response time and Triage of health workers in the emergency department of RS. Paru Jember are Standard <5 minutes which is in accordance with the decision of the Minister of Health of the Republic of Indonesia 2011.

Keywords : *emergency department , Response Time , Triage*

RINGKASAN

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember
; Erik Verawati, 172310101222,2019: xvii dan 116 halaman; Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Rumah sakit merupakan instansi pelayanan yang memberikan pelayanan personal bersifat utama meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan instalasi yang memberikan pelayanan pertama kali pada pasien yang mengalami ancaman mortalitas dan abnormalitas secara terpadu (kemenkes, 2010), yang merupakan pintu pertama masuknya pasien gawat darurat sehingga diperlukan perawat Instalasi Gawat Darurat yang memiliki kemampuan mengatasi kegawatdaruratan pasien untuk segera memberikan penanganan agar dapat menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut (UU No. 44, 2009).

Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. *Response Time* atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami (Kemenkes RI, 2009) Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat.

Triage adalah suatu proses yang mana korban digolongkan menurut tipe dan tingkat kegawatan kondisinya dengan kata lain pengelompokan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma penyakit serta kecepatan penanganan / pemindahannya. (Badan diklat PPNI DPA jatim, 2018). *Triage* adalah sistem seleksi

dan pemilihan pasien dalam menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien lebih lanjut (Kemenkes RI, 2011)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember. Desain penelitian menggunakan Kuantitatif Deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang sedang (shift jaga) pagi, siang, malam di IGD Rumah Sakit Paru Jember. Teknik Penelitian ini menggunakan *Nonprobability sampling* dengan cara total sampling dengan jumlah semua tenaga kesehatan yang sedang shift jaga pagi, siang malam. Alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar observasi dan Stop watch.

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa rata-rata *response time* di IGD Rumah Sakit Paru jember Total *Response Time* dengan nilai rata -rata Mean 64,56 atau dengan waktu 1 menit 4 detik. Untuk Total *Triage* diperoleh dengan nilai rata -rata Mean 88,59 atau dengan waktu 1 menit 28 detik. Sehingga rata-rata *Response Time* dan lama *Triage* sudah sesuai dengan standart (Kemenkes RI, 2011) karena waktu yang di peroleh <5 menit.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan kepada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu penanganan kegawatdaruratan dengan *respon time* yang cepat dan penanganan yang tepat akan berdampak positif yaitu mengurangi beban pembiayaan, tidak terjadi komplikasi dan berkurangnya angka mortalitas dan morbiditas.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala berkat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time Triage* Perawat di IGD Rumah Sakit Paru Jember”. Skripsi disusun untuk memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan (S1) serta mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi tidak lepas dari bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep., selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan pengarahan, bimbingan, dan masukan dalam menyelesaikan skripsi;
3. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep., M.Kep., selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam skripsi;
4. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep, selaku dosen penguji utama yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi;
5. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep, selaku dosen penguji anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi;
6. Murtaqib, S.Kp., M.Kep., selaku pembimbing akademik yang telah

memberikan arahan dan dukungan selama melaksanakan studi di Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

7. Direktur Rumah Sakit Paru Jember yang telah memberikan dukungannya.
8. Teman-teman AJ Fkep 2017 yang telah memberikan dukungan dan slalu solid dalam segala hal.
9. Semua pihak yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk menyempurnakan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan

Jember, 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
PENGESAHAN	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
PEMBIMBING.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	x
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujaun Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Bagi Tenaga Kesehatan IGD.....	7
1.4.2 Manfaat Bagi Rumah Sakit.....	7
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	8
1.4.4 Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya	8
1.4.5 Manfaat Bagi Masyarakat	8
1.5 Keaslian Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	11

2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)	11
2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat	11
2.1.2 Persyaratan Sarana Ruang IGD	12
2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	13
2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	15
2.1.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan gawat darurat	16
2.2 Waktu Tanggap (<i>Response Time</i>)	17
2.2.1 Pengertian <i>Response Time</i>	17
2.2.2 Standart <i>Response Time</i>	18
2.2.3 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi <i>Response Time</i>	19
2.2.4 Prosedur Pengukuran <i>Response Time</i>	20
2.2.5 Penilaian	21
2.3 Triase (<i>Triage</i>)	21
2.3.1 Pengertian <i>Triage</i>	21
2.3.2 Tujuan <i>Triage</i>	21
2.3.3 Prinsip <i>Triage</i>	24
2.2.4 Sistem <i>Triage</i>	24
2.3.5 Klasifikasi <i>Triage</i>	26
2.3.6 <i>Triage</i> Berdasarkan Lokasi Kejadian	33
2.4 Kerangka Teori	52
BAB 3 KERANGKA KONSEP	53
BAB 4 METODE PENELITIAN	54
4.1 Desain Penelitian	54
4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian	54
4.2.1 Populasi Penelitian	54
4.2.2 Sampel Penelitian	55
4.2.3 Teknik Penelitian	55
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	56
4.3 Lokasi Penelitian	56
4.4 Waktu Penelitian	57
4.5 Definisi Operasional	59

4.6 Pengumpulan Data	60
4.6.1 Sumber Data	60
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	60
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	61
4.7 Pengolahan Data	62
4.7.1 <i>Editing</i>	62
4.7.2 <i>Coding</i>	63
4.7.3 <i>Entry Data</i>	63
4.7.4 <i>Cleaning</i>	63
4.8 Analisa Data	64
4.9 Etika Penelitian	65
4.9.1 Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	65
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	65
4.9.3 Keadilan (<i>Justice</i>).....	66
4.9.4 Kemanfaatan (<i>Benefience</i>).....	67
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	68
5.1 Hasil Penelitian	68
5.1.1 Karakteristik Responden.....	68
5.1.2 <i>Response time</i> dan lama <i>triage</i> di IGD RS Paru Jember	72
5.2 Pembahasan	75
5.2.1 Karakteristik Responden.....	75
5.2.2 <i>Response time</i> di IGD Rumah Sakit Paru Jember	79
5.2.3 <i>Triage</i> di IGD Rumah Sakit Paru Jember.....	81
5.3 Keterbatasan Peneliti	83
5.4 Implikasi Keperawatan	83
BAB 6 PENUTUP	85
6.1 Kesimpulan	86
6.2 Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	88
LAMPIRAN	89

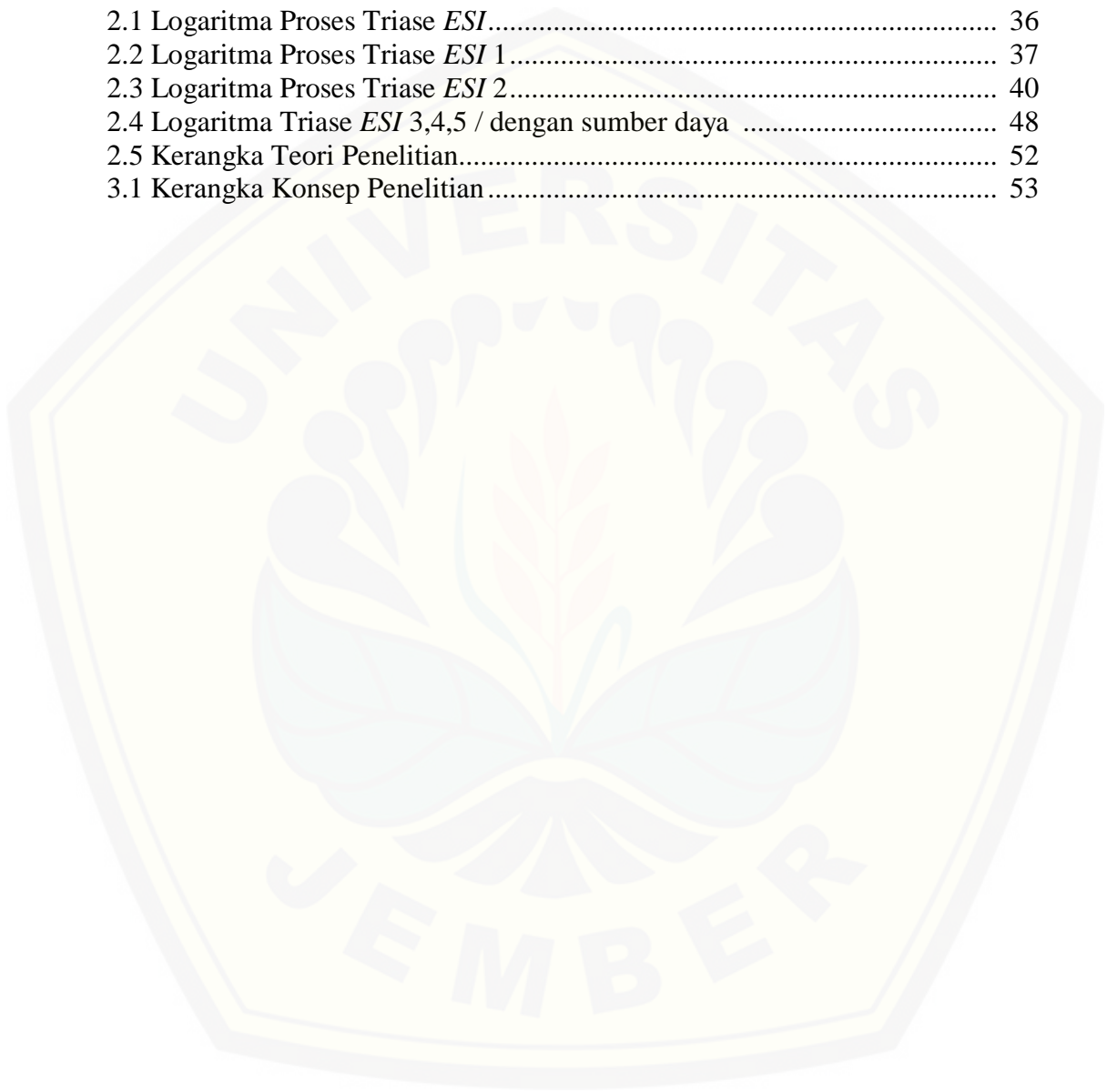
DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	10
2.1 <i>Key Performance</i> Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit.....	15
2.2 Prioritas	32
2.3 Penyelamatan Hidup	38
2.4 <i>AVPU Level</i>	39
2.5 Kebutuhan Sumberdaya <i>ESI Level 3,4,5</i>	50
4.1 Time line penelitian.....	58
4.2 Definisi Operasional.....	59
5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	68
5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	69
5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	69
5.4 Distribusi Responden Berdasarkan lama Bekerja.....	70
5.5 <i>Response time</i> dan lama waktu <i>Triage</i>	72
5.6 Distribusi Prioritas <i>ESI</i>	75

DAFTAR GAMBAR

Halaman

2.1 Logaritma Proses Triase <i>ESI</i>	36
2.2 Logaritma Proses Triase <i>ESI</i> 1.....	37
2.3 Logaritma Proses Triase <i>ESI</i> 2.....	40
2.4 Logaritma Triase <i>ESI</i> 3,4,5 / dengan sumber daya	48
2.5 Kerangka Teori Penelitian.....	52
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	53



DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	92
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	93
Lampiran 3. Lembar karakteristik responden	94
Lampiran 4. Lembar Observasi <i>Response Time</i> dan lama <i>Triage</i>	98
Lampiran 5. Lembar SOP perhitungan <i>response time</i> dan lama <i>triage</i>	99
Lampiran 6. Analisa Data	101
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian.....	110
Lampiran 8. Lembar Bimbingan DPU dan DPA	113

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan instansi pelayanan yang memberikan pelayanan personal bersifat utama meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan instalasi yang memberikan pelayanan pertama kali pada pasien yang mengalami ancaman mortalitas dan abnormalitas secara terpadu (kemenkes, 2010), yang merupakan pintu pertama masuknya pasien gawat darurat sehingga diperlukan perawat Instalasi Gawat Darurat yang memiliki kemampuan mengatasi kegawatdaruratan pasien untuk segera memberikan penanganan agar dapat menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut (UU No. 44, 2009).

Data yang di peroleh tahun 2007 kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di seluruh Indonesia mencapai 4.402.205 (13,3% dari total seluruh kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit Umum 1.033 Rumah Sakit Umum dari 1.319 Rumah Sakit yang ada. Jumlah yang signifikan ini dimana memerlukan perhatian yang cukup besar terhadap pelayanan pasien gawat darurat (Kemenkes, 2009). Data kunjungan pasien IGD di provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 berjumlah 8.202.606 kasus (Profil Kesehatan Wilayah Jawa Timur tahun 2016).

Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin ilmu dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan (Kemenkes RI, 2011).

Kondisi gawat darurat merupakan suatu keadaan seseorang secara tiba tiba dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam anggota badannya dan jiwanya (akan menjadi cacat atau mati) bila tidak mendapatkan pertolongan segera (Kemenkes RI, 2011). IGD menyediakan penanganan pertama bagi pasien yang menderita sakit dan cedera yang dapat mengancam nyawa. Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit sangat membutuhkan pertolongan yang cepat, maka perlu adanya standar atau acuan dalam memberikan suatu tindakan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin keberhasilan penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat (Kemenkes RI, 2009).

Penanganan pasien gawat darurat mempunyai filosofi yaitu *Time Saving is Life Saving*, yang mengandung arti seluruh tindakan yang dilakukan di ruang gawat darurat harus benar-benar efektif dan efisien, semakin cepat penanganan semakin besar kesempatan untuk menyelamatkan nyawa, dalam hitungan menit saja pasien dapat kehilangan nyawa, berhenti nafas 2-3 menit dapat mengakibatkan kematian yang fatal (Sutawijaya, 2009 dalam Surtiningsih *et al*, 2016).

Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. *Response Time* atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami (Kemenkes RI, 2009) Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan

response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Waktu tanggap adalah waktu dari saat penerima panggilan telepon sampai unit operasional tiba di lokasi kejadian yang membutuhkan penanganan (Jaldell et al., 2014).

Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tindakan medis dari petugas instalansi gawat darurat (Kemenkes RI, 2009). Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti layanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat jika waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu yang diperlukan dan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Haryatun & Sudaryanto, 2008). Dimana salah satu bagian rumah sakit yang memberikan pelayanan berdasarkan waktu tanggap yaitu Instalasi Gawat Darurat.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan kepada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu penanganan kegawatdaruratan dengan *respon time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Waktu tanggap darurat harus dimanfaatkan oleh perawat dan dokter untuk memenuhi prosedur utama dalam penanganan kasus gawat darurat pasien yang di sebut prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation dan Disability*). *Airway* merupakan penanganan pada saluran pernafasan yang terhambat karena adanya penyakit atau terjadi kecelakaan. *Breathing* mempunyai arti penanganan terhadap kemampuan paru-paru dalam memompa udara dan *circulation* adalah penanganan terhadap kemampuan jantung

dalam memompa darah ke seluruh tubuh, sedangkan *disability* adalah penanganan terhadap kemungkinan terjadinya cacat permanen akibat kecelakaan. Prosedur ABCD harus dilakukan secara cepat dan tepat, karena apabila rentang waktu tanggap semakin lama maka peluang keselamatan pasien akan semakin kecil terutama pada pasien dengan masalah *Airway, Breathing* dan *Circulation*.

Triage adalah suatu proses yang mana korban digolongkan menurut tipe dan tingkat kegawatan kondisinya dengan kata lain pengelompokan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma penyakit serta kecepatan penanganan / pemindahannya. (Badan diklat PPNI DPA jatim, 2018). *Triase* adalah sistem seleksi dan pemilihan pasien dalam menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien lebih lanjut (Kemenkes RI, 2011). *Triage* adalah proses pengambilan keputusan yang kompleks dalam rangka menentukan pasien mana yang berisiko meninggal, berisiko mengalami kecacatan, atau berisiko memburuk keadaan klinisnya apabila tidak mendapatkan penanganan medis segera, dan pasien mana yang dapat dengan aman menunggu. Berdasarkan definisi ini, proses *Triage* diharapkan mampu menentukan kondisi pasien yang memang gawat darurat, dan kondisi yang berisiko gawat darurat (Habib et al., 2016)

Suatu kondisi gawat darurat pasien dapat terjadi dalam hitungan menit, nafas berhenti dalam waktu 2-3 menit selanjutnya akan berakibat yang fatal dan berujung kematian (Sutawijaya, 2009). (Maatilu dkk, 2014) dalam penelitiannya membuktikan waktu tanggap perawat pada penanganan pasien gawat darurat yang memanjang dapat menurunkan usaha penyelamatan pasien selanjutnya terjadinya perburukan kondisi pasien, dimana lebih dari 5 menit sebanyak (56.7%) dan kurang

dari 5 menit sebanyak (43,3%). Jika waktu tanggap lambat akan berakibat pada kondisi pasien seperti rusaknya organ-organ dalam atau komplikasi, kecacatan bahkan kematian, dan apabila waktu tanggap cepat maka akan berdampak positif yaitu mengurangi beban pembiayaan, tidak terjadi komplikasi dan berkurangnya angka mortalitas dan morbiditas.

Berdasarkan data Rekam Medis Rumah Sakit Paru Jember diperoleh data kunjungan pasien yang masuk Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit Paru Jember tahun 2017 berjumlah 3677 pasien dengan kasus tertinggi adalah kasus dispnoe berjumlah 2097 kasus. Untuk data periode bulan Januari 2018 sampai bulan Agustus 2018 diperoleh data kunjungan IGD berjumlah 2291 pasien, sedangkan untuk pelayanan *One Day Care* (ODC) berjumlah 225 pasien. Untuk data 10 penyakit terbanyak IGD Rumah Sakit Paru Jember, kasus Dispnoe urutan ke 1 dengan jumlah 1322 kasus, sedangkan total jumlah pasien DOA (*Death On Arrival*) berjumlah 25 pasien selama periode bulan Januari 2018 sampai bulan Agustus 2018. Data rata-rata jumlah kunjungan pasien per hari 7- 10 pasien yang masuk diIGD. Data tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat berjumlah 14 orang dengan kualifikasi Dokter umum 4 orang dan rata-rata sudah pernah mengikuti pelatihan ACLS (*Advance Cardiac Life Support*)/ ATLS (*Advance Trauma Life Support*). Perawat IGD berjumlah 10 dengan tingkat pendidikan sarjana keperawatan 5, Diploma keperawatan 5 dan rata-rata sudah mengikuti pelatihan BCLS (*Basic Life Support*) / BTLS (*Basic Truma Life Support*) / PPGD (Penanggulangan Penderita Gawat Darurat).

Berdasarkan data yang diperoleh tahun 2017 total kunjungan 3677 dari total kunjungan IGD tahun 2017, didapatkan sebanyak 2097 (57%) pasien masuk di IGD dengan kasus Dispnoe, dimana kasus Dispnoe sangat *emergency*, berkaitan dengan system pernafasan, kecepatan penanganan tenaga kesehatan sangat penting sekali terutama pada prosedur ABC, apabila rentang waktu tanggap semakin lama dilakukan maka peluang keselamatan pasien akan semakin kecil terutama pada pasien dengan masalah *Airway, Breathing* dan *Circulation*. Rentang waktu tanggap semakin cepat akan mendapatkan manfaat kelangsungan hidup pasien sehingga meminimalkan resiko mortalitas dan morbiditas untuk pasien.

Belum ada penelitian spesifik yang menjelaskan tentang jumlah kunjungan di Instalasi Gawat Darurat dengan penelitian tentang *response time triage* di Rumah Sakit Paru Jember. Berdasarkan hasil gambaran yang di paparkan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember.

1.2. Rumusan Masalah

Tenaga kesehatan mempunyai peran dan tanggung jawab yang sangat besar di rumah sakit, salah satu tugas atau perannya adalah melakukan *Triage* pasien yang akan masuk di IGD. Kecepatan *Response Time* dalam penanganan kepada pasien kegawatdaruratan berperan penting dalam kelangsungan hidup pasien, maka peneliti tertarik merumuskan masalah “ Bagaimana Gambaran *Response Time Triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran *Response Time Triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.
2. Untuk mengetahui *Response Time* tenaga kesehatan (perawat) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.
3. Untuk mengetahui lama *Triage* tenaga kesehatan (perawat) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat bagi Tenaga kesehatan IGD

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan secara cepat, tepat, akurat dan sesuai kompetensi tenaga kesehatan sehingga angka kecacatan, kematian, dan komplikasi dapat menurun.

1.4.2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat di gunakan sebagai bahan masukan bagi manajemen Rumah Sakit Paru untuk acuan dalam membuat kebijakan terkait dengan standar operasional prosedur yang diberikan di IGD.

1.4.3. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dan referensi guna meningkatkan mutu Pendidikan terutama pada pengetahuan peran perawat terhadap

ketepatan *Response Time* penanganan kasus kegawatdaruratan Instalasi Gawat Darurat.

1.4.4. Manfaat Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini sangat berguna untuk menambah informasi baru bagi ilmu pengetahuan guna menambah pengetahuan dan wawasan tentang *Response Time* tenaga kesehatan dalam penanganan kegawatdaruratan.

1.4.5. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini sangat penting bagi pasien dan keluarga pasien dengan mengetahui tentang *Response Time* yang diberikan oleh tenaga kesehatan IGD sehingga keluarga tidak cemas, lebih percaya terhadap tenaga kesehatan IGD dan tidak terdapat kesalah pahaman terhadap pelayanan yang diberikan.

1.5. Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Rostiami (2018), dengan judul “gambaran Respon Time Perawat pada pasien di IGD RSUD Dr. Loekmonohadi Kudus”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran respon time perawat pada pasien di IGD RSUD dr.Loekmonohadi Kudus. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Loekmonohadi kudas yang berjumlah 17 perawat. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah non-probability sampling dengan metode *purposive sampling*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan *Respon Time* perawat sebagian besar penanganannya lambat yaitu sebanyak 8 responden (50 %), penanganannya cepat yaitu sebanyak 6 responden (37,5 %), dan penanganannya

sangat cepat yaitu sebanyak 2 responden (12,5 %). Pada kategori P1 sangat cepat sebanyak 2 responden, cepat 2 responden. Kategori P2 cepat 4 responden, lambat 3 responden. Kategori P3 sebanyak 5 Menteri Kesehatan tahun 2009 bahwa indikator *respon time* (waktu tanggap) di IGD adalah harus ≤ 5 menit dengan hasil penelitian sebagian besar penanganannya lambat yaitu sebanyak 8 responden (50 %), penanganannya cepat yaitu sebanyak 6 responden (37,5 %), dan penanganannya sangat cepat yaitu sebanyak 2 responden (12,5 %). Paling banyak dengan kategori lambat berada pada kategori P3, ini tidak menjadi masalah karena pasien yang ditangani tidak dalam kondisi gawat darurat.

Penelitian kali ini yang dilakukan oleh Erik Verawati dengan judul penelitian “Gambaran *Response Time Triage* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *Response Time Triage* tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit Paru jember. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif deskriptif, menggunakan teknik sampling *non probability sampling* dengan pendekatan *total sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Perbedaan Variabel	Penelitian	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul		Gambaran Time Perawat	Gambaran <i>Response Time Triage</i>
Tempat Penelitian		IGDRSUD Dr.Loekmonohadi Kudus	IGD Rumah sakit Paru Jember
Tahun Penelitian		2017	2018
Peneliti		Rostiami	Erik Verawati
Variabel Dependen		<i>Response Time</i>	<i>Response Time Triage</i>
Desain penelitian		Deskriptif	Deskriptif
Sampling		<i>purposive sampling</i>	<i>Total sampling</i>
Instrumen Penelitian		Lembar observasi	Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>Triage</i>

BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat

IGD atau Instalasi Gawat Darurat, adalah tempat pelayanan untuk orang yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut (UU No. 44, 2009). Instalasi Gawat Darurat adalah Instalasi pelayanan dirumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin ilmu dan multi profesi termasuk pelayanan keperawata (Kemenkes RI, 2011).

IGD adalah unit pelayanan yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi, berada di bawah pembinaan Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik dan berkoordinasi dengan Seksi Keperawatan dalam hal SDM keperawatan dan asuhan keperawatan di IGD serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit melalui Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik (Bandung, 2014). Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam (Kemenkes RI, 2011) untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen Pemerintah Daerah untuk membantu Pemerintah Pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan

keawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan ≤ 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD.

2.1.2 Persyaratan sarana ruang IGD

Persyaratan bangunan IGD menurut (Kemenkes RI, 2011) agar tercapai sesuai dengan standart pelayanan IGD diantaranya :

1. Persyaratan Fisik Bangunan :
 - a. Luas bangunan ruang IGD disesuaikan dengan beban kerja RS yang memperhitungkan bila terjadi bencana massal
 - b. Lokasi gedung IGD harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda yang jelas
 - c. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level I dan II.
 - d. Ambulans/kendaraan darurat yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar.
 - e. Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS)
 - f. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar, dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan RS.
 - g. Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
 - h. Ruang Triage harus tersedia 2 (dua) brankar atau lebih.

- i. Tersedia ruang tunggu untuk keluarga pasien IGD.
 - j. Apotik IGD yang buka 24 jam.
 - k. Tersedia ruang istirahat bagi petugas shift IGD (dokter dan perawat)
2. Persyaratan sarana
- a. Ruang penerimaan terdiri dari ruang tunggu, ruang administrasi, ruang triase, ruang informasi dan komunikasi
 - b. Ruang tindakan terdiri dari ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, ruang non bedah, ruang anak, ruang kebidanan.
 - c. Ruang operasi.

2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pasien yang datang ke IGD rumah sakit pastinya membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya suatu standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semuanya dapat tercapai dengan meningkatkan mutu, sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit sesuai dengan standar. Berdasarkan (Kemenkes RI, 2011). Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

1. Setiap Rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan.
2. Pelayanan di IGD RS harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

3. Berbagai nama untuk instalasi / Unit Gawat Darurat RS diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Korban gawat darurat harus ditangani paling lama 5 menit setelah sampai IGD.
6. Organisasi Instalasi Gawat darurat didasarkan pada organisasi multidisiplin, dan terintergrasi dengan struktur organisasi fungsional yang berdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di IGD dengan kewenangan penuh yang dipimpin oleh Dokter.
7. Setiap Rumah Sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan klasifikasinya.

Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat sebagai berikut:

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Klas A.
- b. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Klas B.
- c. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Klas C
- d. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Klas D

2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada (Kemenkes RI, 2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut:

Tabel 2.1. *Key Performance Indicators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan menangani life Saving	
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih Berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	24 jam
	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien Datang
	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang Muka	100%
		\leq dua per seribu (pindah ke

Kematian pasien \leq 24 jam pelayanan rawat
inap setelah 8
jam)

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dan cepat dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi korban dengan tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan.

2.1.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Gawat Darurat

Prinsip utama dalam pelayanan di UGD adalah *response time*, baik berdasarkan standar nasional maupun standar internasional. Pelayanan di UGD memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan dan sumber pembiayaan, SDM yang baik dan terlatih profesional, serta mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis.

(Maryuani, Anik, 2009) dalam Eko Widodo (2015) mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi asuhan keperawatan gawat darurat, yaitu kondisi kegawatan seringkali tidak terprediksi baik kondisi klien maupun jumlah klien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi di antara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat, diberikan untuk semua usia dan sering dengan data dasar yang sangat mendasar, tindakan yang diberikan harus cepat dan dengan ketepatan yang tinggi. Beberapa aspek utama yang mendukung pelayanan keperawatan di Unit Gawat Darurat

diantaranya jumlah perawat yang cukup akan meningkatkan pelayanan, ketanggapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kelengkapan fasilitas Unit Gawat Darurat dalam (Pratiwi, 2011) dalam Widodo, 2015).

2.2 Waktu Tanggap (*Response Time*)

2.2.1 Pengertian *Response Time*

Response Time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. *Response Time* atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami (Kemenkes RI, 2009) Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Waktu tanggap adalah waktu dari saat penerima panggilan telepon sampai unit operasional tiba di lokasi kejadian yang membutuhkan penanganan (Jaldell et al., 2014).

Sesuai dengan peraturan Kemenkes RI 2011) dokter maupun perawat mempunyai standart pelayanan IGD di rumah sakit hanya dalam waktu <5 menit sejak awal kedatangan pasien tersebut. Semua pasien di IGD yang mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan professional dalam 5 menit dari kedatangan (Rochana et al., 2016). Hal tersebut berakibat fatal

apabila tidak segera mendapatkan pertolongan maupun penanganan awal, bisa berpeluang terjadi kematian atau pun kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya.

Menurut (Haryatun & Sudaryanto, 2008) waktu tanggap gawat darurat merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas Instalasi Gawat Darurat (*response time*) dengan waktu pelayanan yang diperlukan sampai selesai proses penanganan gawat darurat. Semua pasien di IGD yang mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan professional dalam 5 menit dari kedatangan (Rochana dkk, 2016). Hal tersebut berakibat fatal apabila tidak segera mendapatkan pertolongan maupun penanganan awal, bisa berpeluang terjadi kematian atau pun kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya. Kematian ada dua macam, mati klinis dan mati biologis. Mati klinis dapat terjadi apabila penderita henti nafas dan henti jantung secara bersamaan dengan selang waktu 6-8 menit, sedangkan mati secara biologis dapat terjadi akibat kematian sel-sel pada otak dan berlangsung pada 6-8 menit setelah berhentinya sistem pernafasan penderita (Musliha, 2010).

2.2.2 Standar *Response Time*

Standar *respon time* tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa pasien gawat darurat harus terlayani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di gawat darurat,

begitu juga dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit disebutkan waktu tanggap pelayanan di IGD adalah ≤ 5 (lima) menit terlayani setelah kedatangan pasien.

2.2.3 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi *Response Time*

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang masuk di Instalasi Gawat Darurat membutuhkan standar, sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai dengan standar (Kemenkes RI, 2011).

Maryuani dkk (2009), mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi *Response Time Triage* di ruang gawat darurat, yaitu kondisi seringkali tidak terprediksi baik keadaan pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi diantara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat. Terdapat juga penelitian yang dilakukan oleh (Mahrur, 2009) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap (*response time*) perawat dalam pelayanan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut adalah keterampilan perawat, dan beban kerja perawat.

Menurut Penelitian (Setyawan dkk, 2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *Response Time* adalah Usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan, dan peran pengetahuan tenaga kesehatan. Berdasarkan beberapa pendapat tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tercapainya indikator standar waktu tanggap (*response time*) dalam memberikan pelayanan kepada

pasien di IGD dipengaruhi oleh ketersediaan sarana dan prasarana, sumber daya manusia yang kompeten, manajemen IGD yang baik, keterampilan perawat, beban kerja perawat, usia, jenis kelamin, lama kerja, dan pendidikan.

2.2.4 Prosedur Pengukuran *Response Time*

Prosedur pengukuran *response time* dalam penelitian yang dilakukan oleh yaitu dengan cara observasi. Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui suatu pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran (Nurhasim, 2015). Dalam prosedur ini, peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan perawat pertama kali dalam melakukan tindakan awal atau anamnesa sejak pasien masuk ke pintu IGD dengan menggunakan *stopwatch* (arloji).

Cara menghitung waktu tanggap seorang petugas kesehatan yaitu sejak kedatangan pasien tersebut ke IGD untuk mendapatkan pelayanan penanganan pertama (Kemenkes RI, 2008). Terhitung saat pasien membuka pintu masuk IGD untuk mendapatkan penanganan pertama berdasarkan Triage. (RapidSOS, 2015) menjelaskan Interval proses *response time*, setelah cedera/ kecelakaan terjadi, memastikan keadaan aman dan tidak membahayakan, mencari pertolongan dan telfon ke IGD terdekat dan dimulai menghitung *response time* dengan jam, penerima info memprioritaskan dari pasien tersebut dan di kirim ke IGD terdekat, IGD merespon dan segera ke tempat kejadian, orang datang dengan keahlian (*BLS*) dan diamankan, kedatangan perawat dengan keahlian (*ALS*) dan

segera dikirim ke IGD, pada saat itu waktu perhitungan *response time* di hentikan. Tujuan dari *response time* adalah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang membutuhkan pertolongan.

2.2.5 Penilaian

Primary Survey (*Airway, Breathing dan Circulation*) adalah pengkajian cepat untuk mengidentifikasi masalah yang aktual atau resiko tinggi dari kondisi *life threatening* (ancaman terhadap kemampuan pasien untuk bertahan hidup), yang menghasilkan prioritas I (penanganan dengan segera).

Secondary survey (Head to Toe) adalah mencari perubahan-perubahan yang dapat mengancam jiwa apabila tidak segera diatasi, tindakan tersebut dilakukan setelah kondisi mulai stabil (tidak mengalami shock atau tanda-tanda shock mulai membaik). Anamnesa dengan istilah AMPLE yaitu alergi, medikasi (obat yang diminum sebelum), past illness (penyakit sebelum), last meal (obat /makanan yang baru saja dikonsumsi / berapa jam sebelum kejadian) event / environment (kejadian yang menyebabkan terjadinya keluhan utama). Pemeriksaan fisik diantaranya: tingkat kesadaran, keluhan, trauma, nyeri tekan, spasme otot, krepitasi dan perlukaan.

2.3 Triage (*Triage*)

2.3.1 Pengertian *Triage*

Triage adalah suatu proses yang mana korban digolongkan menurut tipe dan

tingkat kegawatan kondisinya dengan kata lain pengelompokan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma penyakit serta kecepatan penanganan / pemindahannya. (Badan diklat PPNI DPA jatim, 2018). *Triase* adalah sistem seleksi dan pemilihan pasien dalam menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien lebih lanjut (Kemenkes RI, 2011).

Triage adalah proses pengambilan keputusan yang kompleks dalam rangka menentukan pasien mana yang berisiko meninggal, berisiko mengalami kecacatan, atau berisiko memburuk keadaan klinisnya apabila tidak mendapatkan penanganan medis segera, dan pasien mana yang dapat dengan aman menunggu. Berdasarkan definisi ini, proses *Triage* diharapkan mampu menentukan kondisi pasien yang memang gawat darurat, dan kondisi yang berisiko gawat darurat (Habib et al., 2016). *Triage* juga disebut sebagai tindakan pemilihan berdasarkan kebutuhan terapi yang akan di peroleh penderita tersebut (Musliha, 2010). Kathleen et al., (2008) berpendapat *Triage* adalah tindakan memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan awalnya.

2.3.2 Tujuan *Triage*

Triage memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses penyelamatan pasien (Mardalena, 2016). Menurut Kathleen dkk (2008), tujuan *triage* adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganannya. Menurut (Hamarno et al, 2016), *Triage* adalah mempercepat pemberian

pertolongan, terutama pada korban dalam keadaan kritis atau *emergensi* sehingga nyawa korban dapat tertolong. Menurut Oman *et al* (2008) tujuan triage adalah pemilahan atau penggolongan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganannya. Perawat yang berhak melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD) dan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS). Standar praktik menurut *Emergency Nurses Association*, (1999) dalam Oman *et al*, (2008) menyatakan bahwa *triage* yang aman, efektif, dan efisien dapat dilaksanakan oleh seorang perawat profesional (RN) dan sudah terlatih dalam prinsip-prinsip *triage* dengan pengalaman kerja minimal enam bulan di bagian keperawatan kedaruratan. Dengan kata lain, perawat yang melakukan *triage* diutamakan yang memiliki pengetahuan memadai dan memiliki pengalaman. Hal ini dikarenakan selama di lapangan perawat akan dihadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat.

Menurut (Kartikawati, 2013) tujuan *triage* yaitu:

1. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa.
2. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya.
3. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
4. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

Triage dilakukan dengan memprioritaskan pasien berdasarkan kondisi pasien.

Untuk melihat kondisi pasien, perawat perlu melakukan kajian singkat, tetapi

tepat dan akurat. Selain itu, tugas perawat menggali data lengkap tentang keadaan pasien.

2.3.3 Prinsip *Triage*

Triage seharusnya segera dan tepat waktu, penanganan dengan segera dan tepat waktu akan segera mengatasi masalah pasien dan mengurangi terjadi kecacatan yang di akibatkan oleh kerusakan organ. Pengkajian harus adekuat dan akurat, data yang didapatkan menghasilkan diagnosa masalah yang tepat, keputusan didasarkan dari pengkajian, penegakan diagnosa dan keputusan tindakan yang diberikan sesuai kondisi pasien tersebut.

akibatkan oleh kerusakan organ. Pengkajian harus adekuat dan akurat, data yang didapatkan menghasilkan diagnosa masalah yang tepat, keputusan didasarkan dari pengkajian, penegakan diagnosa dan keputusan tindakan yang diberikan sesuai kondisi pasien tersebut.

2.3.4 Sistem *Triage*

Sistem *triage* digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yakni pasien apabila tidak mendapatkan *triage* segera, dapat menimbulkan trauma. Ada 4 (empat) sistem *triage* yang sering digunakan (Mardalena, 2016):

1. *Spot Check*

Spot Check adalah sistem yang digunakan untuk mengklasifikasikan dan mengkaji pasien dalam waktu 2 (dua) sampai 3 (tiga) menit. Hampir 25% di IGD menggunakan sistem ini untuk mengidentifikasi pasien dengan segera.

2. *Triage* Komprehensif

Sistem *triage* komprehensif adalah standar dasar yang didukung oleh *Emergency Nurse Association* (ENA). Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep ABC ketika menangani pasien gawat darurat. Penanganan pertama *triage* bertujuan untuk mencegah terhentinya detak jantung dan pernapasan. Adapun penyebab henti napas, bisa karena karena stroke, inhalasi asap, tenggelam, shock listrik, trauma, tercekik, koma, dan tersambar petir. Keadaan tersebut dapat ditangani dengan memberikan RJP.

Triage komprehensif menekankan pada konsep ABC, A (*airway*: jalan napas), B (*breathing support*: pernapasan), C (*circulation support*: sirkulasi). Selain ABC terdapat 3 elemen lain yaitu *disability of neurity* (D), *expose* (E), *full-set of vital sign* (F). Namun demikian, penanganan yang sering digunakan di lapangan adalah ABC.

a. Airway Control

Airway Control (penanganan melalui jalan napas). Pertolongan pertama dapat dilakukan dengan memposisikan pasien telentang dan mengangkat dagu pasien. Perawat bisa membuka jalan napas dengan ekstensi kepala dalam posisi dagu terangkat. Jika pasien muntah, perawat bisa membersihkannya dengan cara manual.

b. Breathing Support

Breathing Support (memberi bantuan napas). Mengetahui pasien masih bernapas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat(look), mendengar bunyi napas (listen), dan merasakan(feel). Jika dalam kondisi pingsan, pasien diposisikan secara stabil lateral untuk membebaskan jalan napas. Kemudian

perawat bisa memberi napas buatan dengan cara meniup melalui mulut sebanyak 2 kali sambil menutup hidung pasien (posisi kepala ekstensi). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa melanjutkan pemberian napas buatan 10 (sepuluh) sampai 12 (dua belas) kali per menit tanpa kompresi dada.

c. Circulation Support

Bantuan sirkulasi ini dapat dilakukan bila denyut nadi besar teraba. Perawat bisa memberikan napas buatan 10 (sepuluh) sampai 12 (dua belas) kali per menit. Jika nadi tidak teraba, maka tindakan yang dilakukan adalah kompresi jantung luar. Jika bantuan sirkulasi diperuntukkan untuk bayi dan anak-anak, di berikan kompresi sebanyak 100 kali per menit. Lakukan kompresi di *sternum*, berada di bawah garis antara kedua puting susu 1/3 bagian bawah. Tindakan ini dilakukan dengan perbandingan 5:1. Untuk neonatus, perawat bisa melakukan kompresi dengan menggunakan 2 (dua) jari. Tindakan dilakukan dengan perbandingan 3:1 atau 5:1 menggunakan kedua jempol atau jari telunjuk dan jari tengah.

Untuk menangani pasien gawat darurat, selain ABC ada istilah lain yang disebut BLS atau *Basic Life Support*, ini sangat penting bagi perawat menguasai dasar keterampilan BLS secara komprehensif. Berikut ini dasar keterampilan BLS yang harus dipahami oleh perawat.

2.4.5 Klasifikasi *Triage*

Penggolongan (klasifikasi) *triage* dibagi menjadi beberapa level perawatan. Level keperawatan didasarkan pada tingkat prioritas, tingkat keakutan, dan klasifikasi *triage*. Berikut 5 klasifikasi *triage* menurut Mardalena (2016):

1. *Triage* Tingkat Prioritas (kegawatdaruratan)

Klasifikasi *triage* dibagi menjadi 3 prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*. Menurut *Comprehensive Speciality Standart*, ENA (1999) dalam (Kathleen S. Oman, Jane Koziol, 2008) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada saat melakukan *triage*, pertimbangan didasarkan pada keadaan fisik, psikososial, dan tumbuh kembang selain pada faktor-faktor yang mempengaruhi akses pasien pada institusi pelayanan kesehatan, serta alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan. Termasuk mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan.

Berikut klasifikasi pasien dalam sistem *triage* ((Mardalena, 2016b)

a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

(Mardalena, 2016b), di dalam buku yang berjudul *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*, gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberi tindakan, pasien akan mengalami kecacatan. Kemungkinan paling fatal adalah kematian.

Kondisi gawat darurat dapat disebabkan adanya gangguan ABC dan/atau mengalami beberapa gangguan lainnya. Kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal, seperti gangguan gangguan *cardiacarrest*, trauma mayor dengan perdarahan, dan mengalami penurunan kesadaran.

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

Pasien yang memiliki penyakit mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penanganan bisa dilakukan dengan tindakan resusitasi. Selanjutnya, tindakan dapat diteruskan dengan memberikan rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakitnya.

Pasien yang masuk di kategori P2 antara lain penderita kanker tahap lanjut. Misalnya kanker serviks, *sickle cell*, dan banyak penyakit yang sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

Pasien P3 memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa, namun memerlukan tindakan darurat. Jika pasien P3 dalam kondisi sadar dan tidak mengalami gangguan ABC, maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poliklinik, pasien diberi terapi definitif, laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan sejenisnya.

d. Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 4: P4)

Pasien yang masuk ke kategori P4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit P4 adalah penyakit ringan. Misalnya, penyakit panu, flu, batuk-pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

Menurut (Kartikawati, 2013) dalam bukunya mengatakan bahwa sistem klasifikasi mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan dan prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia, dan situasi terbaru yang ada.

Huruf atau angka yang sering digunakan antara lain:

1. Prioritas 1 (P1) atau *emergency*.
2. Prioritas 2 (P2) atau *urgent*.
3. Prioritas 3 (P3) atau *nonurgent*.

2. *Triage* Tingkat Prioritas (warna)

Klasifikasi *triage* dari tingkat keutamaan atau prioritas, di bagi menjadi 4 warna. Klasifikasi prioritas ditandai dengan beberapa tanda warna. Tanda warna tersebut digunakan untuk menentukan pengambilan keputusan dan tindakan.

Prioritas pemberian warna juga dilakukan untuk memberikan penilaian dan intervensi penyelamatan nyawa. Intervensi biasa digunakan untuk mengidentifikasi *injury*. Mengetahui tindakan yang dilakukan dengan cepat dan tepat memberikan dampak signifikan keselamatan pasien. Hal ini disebut dengan intervensi *live saving*. Berikut berapa warna yang sering digunakan untuk *triage* (Mardalena, 2016b).

a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Warna merah menandakan bahwa pasien dalam keadaan mengancam jiwa yang menyerang bagian vital. Pasien dengan *triage* merah memerlukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum dilakukan tindakan lanjut, seperti operasi atau pembedahan.

Pasien bertanda merah, jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan kematian. Berikut termasuk prioritas pertama (warna merah) di antaranya adalah henti jantung, perdarahan besar, henti napas, dan pasien tidak sadarkan diri.

b. Kuning

Pasien yang diberi tanda kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Hanya saja, tanda kuning menjadi tingkat prioritas kedua setelah tanda merah. Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa. Misalnya pasien yang mengalami luka bakar tingkat II dan III kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas.

Adapun yang termasuk prioritas kedua, di antaranya yaitu luka bakar pada daerah vital, seperti kemaluan dan *airway*. Selain itu, terjadinya luka pada kepala atau subdural hematoma yang ditandai dengan muntah. Perdarahan juga bisa terjadi dibagian tertentu, seperti di telinga, mulut dan hidung. Penderita subdural hematoma memiliki kecepatan nadi kurang dari 60 kali per menit, napas tidak teratur, lemah, refleks, dan kurang menerima rangsangan.

c. Hijau

Hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang diberi prioritas warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau sakit ringan, misalnya luka superfisial. Penyakit

atau luka yang masuk ke prioritas hijau adalah fraktur ringan disertai perdarahan. Pasien yang mengalami benturan ringan atau laserasi, histeris, dan mengalami luka bakar ringan juga termasuk ke prioritas ini.

d. Hitam

Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup sangat kecil. Biasanya, pasien yang mengalami luka atau penyakit parah akan diberikan tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum ditemukan cara menyembuhkannya. Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk memperpanjang nyawa pasien adalah dengan terapi suportif. Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernapas setelah dilakukan intervensi *live saving*. Adapun yang termasuk kategori prioritas warna hitam antara lain pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, *spinal injury*, dan pasien *multiple injury*.

Menurut Kushariyati (2013) dan Habib *at all* (2016) dalam pemberian label pada pasien dapat diklasifikasikan menjadi berikut:

1. Korban kritis/*immediate* diberi label merah/kegawatan yang mengancam nyawa (prioritas 1). Untuk mendeskripsikan pasien dengan luka parah diperlukan transportasi segera ke rumah sakit. Kriteria pada pengkajian adalah sebagai berikut:

- a. Respirasi >30 x/menit.
- b. Tidak ada nadi radialis.
- c. Tidak sadar/penurunan kesadaran.

2. *Delayed*/tertunda diberi label kuning/kegawatan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2). Untuk mendeskripsikan cedera yang tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu pada periode tertentu untuk penatalaksanaan dan transportasi dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Respirasi <30 x/menit.
- b. Nadi teraba.
- c. Status mental normal.

3. Korban terluka yang masih dapat berjalan diberi label hijau/tidak terdapat kegawatan/penanganan dapat ditunda (prioritas 3). Penolong akan memberikan instruksi verbal untuk pergi ke lokasi yang aman dan mengkaji korban dari trauma, serta mengirim ke rumah sakit.

Dari ketiga (3) klasifikasi berdasarkan prioritas di atas, berikut adalah kriteria pemberian warna berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien.

Tabel 2.2 Prioritas *Triage* (Sumber: Kushariyati, 2013)

Merah (Immediate)	Kuning (Delayed)	Hijau (Minimal)
➤ Respirasi > 30 kali per menit	➤ Respirasi < 30 kali per menit	➤ Tidak memiliki kegawatan yang serius
➤ Tidak ada nadi radialis	➤ Nadi teraba	
➤ Tidak sadar/↓ kesadaran	➤ Status mental normal	

2.3.4 Klasifikasi *Triage* Berdasarkan Lokasi Kejadian

Berbagai sistem *Triage* mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950 -an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber

daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. (Kathleen et al., (2008)

1. *Triage* Pre-Hospital

Triage Pre-Hospital merupakan tindakan penyelamatan pasien yang tengah mengalami gangguan medikal atau trauma. *Triage* pre-hospital juga mampu meminimalisir resiko terhadap cedera atau luka yang lebih serius. *Triage* pre-hospital digunakan sebagai upaya awal perawat untuk menggali data pasien. Terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara *triage* prehospital dengan *triage* in-hospital. *Triage* pre-hospital memiliki keterbatasan staf medis. Misalnya dalam satu ambulans hanya terdapat dua perawat dan kondisi pasien yang membutuhkan banyak alat dan obat-obatan yang lebih lengkap. Tindakan cepat tanggap perawat dengan keterbatasan alat dan obat selama di ambulans inilah yang disebut dengan istilah *pre-hospital care*. Dimana tenaga kesehatan memilih dan memprioritaskan pasien yang mana dievakuasi terlebih dahulu.

a. START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Dalam (*Radiation Emergency Medical Management*, 2015) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk korban massal. Prinsip dari *Triage* ini adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. *Triage* ini dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60detik perpasien dalam mengklasifikasikan pasien ke dalam pengelompokan tentang kondisi klinis. Tenaga kesehatan akan mengikuti algoritma klinis untuk mengevaluasi setiap pasien dan menetapkan kategori *Triage* dan warna berdasarkan parameter klinis dari START. Informasi tersebut akan dicatat

pada tag *Triage* yang melekat / menempel pada tubuh korban-korban massal.

Keempat kategori *Triage* konvensional adalah:

1. *Triage* Hijau. Korban dengan luka yang relatif kecil, Status tidak akan memburuk selama sehari-hari, Mungkin dapat membantu dalam perawatan sendiri: juga dikenal sebagai "berjalan terluka"
2. *Triage* Kuning (Tertunda).

Transportasi korban dapat ditunda Termasuk cedera serius dan berpotensi mengancam nyawa, tetapi status tidak diharapkan memburuk secara signifikan selama beberapa jam

3. *Triage* Merah (Segera).

Korban dapat dibantu dengan *intervensi dan* transportasi segera. Membutuhkan perhatian medis dalam beberapa menit untuk bertahan hidup (hingga 60 menit). Termasuk kompromi terhadap napas, pernapasan, dan sirkulasi pasien (ABC resusitasi awal)

4. *Triage* Hitam (Meninggal).

Korban tidak mungkin bertahan hidup karena tingkat keparahan cedera, tingkat perawatan yang tersedia, atau keduanya. Perawatan paliatif dan penghilang nyeri harus disediakan.

- b. SAVE (*Secondary Assessment of Victim Endpoint*).

Sistem ini dapat men*Triage* dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu bila dilakukan di lapangan dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit. Kategori *Triage* dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

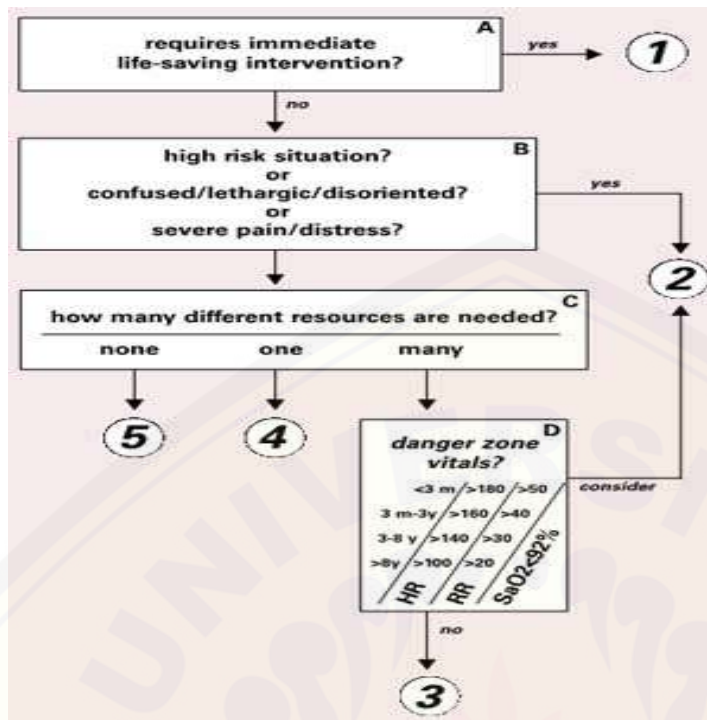
1. Korban yang akan mati tanpa melihat jumlah perawatan yang diterimanya.
2. Korban yang akan selamat tanpa melihat langkah perawatan apa yang diberikan.
3. Korban yang akan sangat beruntung dari intervensi di lapangan yang sangat terbatas.

2. *Triage in-Hospital*

Rumah Sakit memiliki konsep *triage* yang berbeda-beda. Salah satu konsep *triage* yang dapat digunakan yaitu *Emergency Severity Index (ESI)* dan *Australian Triage Scale (ATS)*. *ESI* merupakan dasar yang digunakan dalam pengelompokan pasien berdasarkan tingkat kondisi keparahan atau kegawatdaruratannya. *ATS* juga merupakan dasar pengelompokan pasien di IGD, namun pengelompokan *ATS* lebih pada lama waktu pasien dapat menunggu (*Guidelines on the Implementation of ATS in Emergency Departement, 2013*)

a. *Triage Emergency Severity Index (ESI)*

Indeks Keparahan Darurat (*ESI*) adalah algoritma *Triage* dengan lima tingkat yang dikategorikan pasien gawat darurat dengan mengevaluasi keparahan pasien dan kebutuhan sumber daya. Pada sistem *Trigae ESI* perawat *Triage* hanya menilai tingkat keparahan. Jika pasien tidak dalam kriteria tingkat keparahan tergolong level 1 atau 2, perawat *Triage* akan mengevaluasi kebutuhan sumber daya yang diharapkan untuk membantu menentukan *Triage* level 3, 4, atau 5.



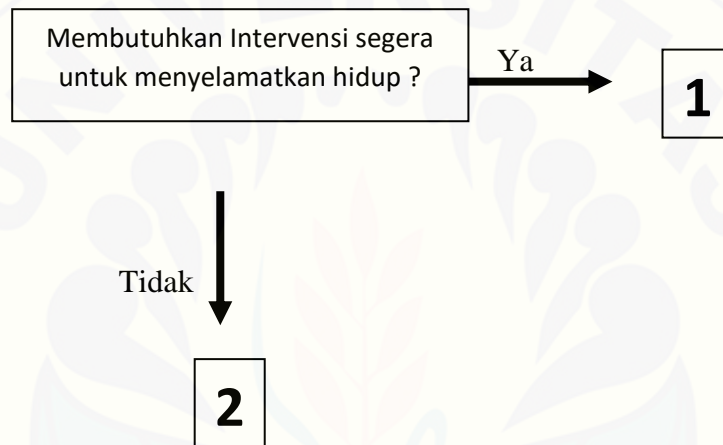
Gambar 2.1 Logaritma proses *Triage ESI*

ESI digunakan oleh perawat dengan pengalaman *Triage* atau mereka yang memiliki sistem *Triage* yang terpisah dan komprehensif dan juga digunakan sebagai program pendidikan. *Triage* algoritma *ESI* membutuhkan seorang perawat gawat darurat yang berpengalaman. Dengan latihan, perawat *Triage* akan menjadi dapat dengan cepat memberi keputusan tentang *Triage ESI* dan levelnya. Menurut (Ahrq, 2012) ada 5 pengkategorian dalam penanganan *Triage*, adalah sebagai berikut :

1. *ESI* level 1

Pasien datang ke IGD hal pertama yang perlu dilihat adalah apakah pasien tersebut memerlukan intervensi penyelamatan jiwa (*life-saving intervention*) atau tidak. Pasien dengan level *ESI* 1 selalu datang ke ruang gawat darurat dengan kondisi yang tidak stabil. pasien tersebut

dapat meninggal bila penanganannya terlambat, oleh karena itu respon dari tim IGD harus cepat. Pada level ini memerlukan pendampingan penuh dokter dan perawat langsung setelah pasien datang. “Apakah pasien ini memerlukan intervensi penyelamatan hidup segera? ”Jika jawabannya "Ya," proses *Triage* selesai dan pasien secara otomatis diprioritaskan sebagai ESI level 1.



Gambar 2.2 Logaritma proses *Triage ESI level 1*

Tabel 2.3 Tindakan Penyelamatan hidup segera

	Menyelamatkan nyawa	Tidak menyelamatkan nyawa
Kepatenan jalan napas	Ventilasi Saluran pernapasan Intubasi Jalan napas bedah CPAP Emergent Emergent BiPAP	BVM / Nasal kanul Masker non RBM
Terapi kelistrikan	Defibrillation Kardioversi emergensi	Monitor jantung
Prosedur	Tes dekompresi di dada	Ekg

	Pericardiocentesis Operasi thorak Labs Akses intraosseous	Lab darah Pengeras suara FAST (tindakan berfokus untuk mencari trauma di perut
Hemodinamik	Resusitasi cairan IV yang signifikan Pemberian darah Kontrol perdarahan besar	Cairan infus Kunci saline untuk obat- obatan
Obat obatan	Nalokson D50 Dopamin Atropin Adenocard	ASA Nitrogliserin IV Antibiotik Heparin Obat nyeri Obat obat pernapasan dengan inhalasi.

- a. kondisi klinis yang terjadi di level 1: intubasi, sesak, peningkatan nadi, gangguan pernapasan berat, $SPO^2 < 90\%$, nyeri dada disertai pucat, keringat dingin dan tekanan darah sistole di bawah 70 mmHg, perubahan status mental akut, atau tidak responsif seperti pasien yang di perintahkan secara nonverbal dan tidak mau mengikuti, atau membutuhkan stimulus berbahaya (P atau U pada AVPU) skala.

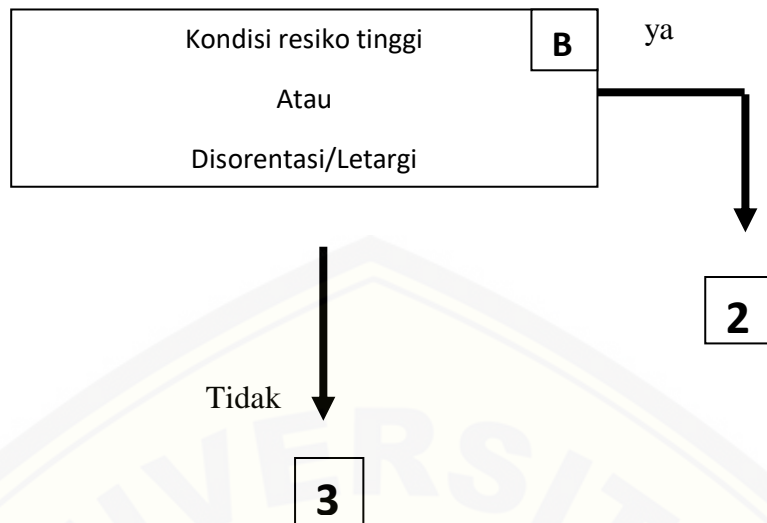
Tabel 2.4 APVU Level

	Tingkat kesadaran
A	Alert. Pasien waspada, bangun dan menanggapi suara. Pasien berorientasi ke waktu, tempat dan orang. Triage perawat mampu memperoleh subjektif informasi.
V	Verbal. Pasien menanggapi verbal

	rangsangan dengan membuka mata mereka kapan seseorang berbicara kepada mereka. Pasien itu tidak sepenuhnya berorientasi pada waktu, tempat, atau orang
P	Menyakitkan. Pasien tidak merespons suara, tetapi menanggapi stimulus yang menyakitkan, seperti menggenggam tangan atau menggosok sternal. Sebuah stimulus berbahaya diperlukan untuk mendapatkan jawaban.
U	Tidak responsif. Pasiennya nonverbal dan tidak merespons bahkan ketika ada stimulus yang menyakitkan dirinya.

2. *ESI* level 2

Pada level ini, perawat *Triage* telah memutuskan bahwa kondisi pasien aman atau tidak di bed pasien. Pasien level 2 *ESI* tidak bisa menunggu karena tergolong resiko tinggi, dan umumnya penempatan dan pengobatan harus dimulai dengan cepat seperti perubahan kesadaran akut, nyeri hebat . Sementara itu *ESI* tidak membatasi secara spesifik interval waktu yang diperlukan Pasien juga mengalami kesakitan dan berisiko tinggi. Kemampuan untuk mengenali situasi berisiko tinggi adalah adalah elemen penting dari pengambilan keputusan *Triage* proses, terlepas dari sistem *Triage* yang digunakan. *ESI* menyoroti pentingnya mengenali resiko tinggi situasi dan menggunakan keahlian perawat *Triage* serta pengalaman untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi



Gambar 2.3 Logaritma proses *Triage ESI level 2*

1. Situasi dengan resiko tinggi
 - a. Nyeri perut dan gastrointestinal

Pasien dengan nyeri perut sering dianggap *ESI level 3* di awal pengkajian *Triage*, dan setelah ditemukan takikardi atau faktor resiko lainnya, perawat *Triage* dapat menentukan bahwa pasien memang berisiko tinggi. Perawat *Triage* menentukan apakah pasien memenuhi kriteria berisiko tinggi. Ini atau tidak. contoh pertanyaannya adalah sebagai berikut:

1. Berapa lama pasien merasa sakit?
2. Bagaimana pasien menggambarkan rasa sakit mereka?
3. Apa yang membuat pasien datang ke UGD saat ini?
4. Apakah pasien mengalami mual, muntah, atau diare?
5. Gejala lain, seperti demam atau hilang nafsu makan?
6. Apakah pasien mengalami dehidrasi?

Muntah darah atau keluhan utama BAB darah harus dipertimbangkan dan

dievaluasi secara serius dalam konteks tanda-tanda vital. Tetapi pada pasien lansia yang memanggil ambulans karena muntah darah dan memiliki denyut jantung 117 dan pernapasan 24x/ menit adalah berisiko tinggi dan memenuhi kriteria level 2 *ESI*.

b. Kardiovaskuler

Nyeri dada juga merupakan keluhan utama yang sangat umum dievaluasi di IGD Presentasi akut sindrom koroner (*ACS*) tidak selalu spesifik, dan terkadang sulit untuk menentukan risiko *ACS* di Triage. Pasien harus memiliki EKG agar dapat ditafsirkan bahwa pasien memenuhi kriteria level 2 *ESI*, risiko tinggi untuk iskemia jantung. Pasien yang mengalami episode ketidak nyamanan dada atau epigastrium, dengan atau tanpa gejala yang menyertainya, biasanya akan membutuhkan EKG dilakukan dengan cepat untuk menentukan keberadaan *ACS* dan perlu diidentifikasi sebagai tingkat 2 *ESI* risiko tinggi.

c. Hidung dan Tenggorokan

Pasien yang mengeluarkan air liur atau striderous mungkin mengalami sesak. Meski kurang umum, epiglottitis, benda asing berisiko untuk menghambat jalan nafas. Ini tergolong pasien yang sangat berisiko tinggi. Beberapa etiologi epistaksis mewakili situasi berisiko tinggi seperti, perdarahan sekunder ke posterior hidung atau pada pasien yang menggunakan warfarin atau anti-koagulan lainnya. Dalam situasi ini, pasien adalah *ESI* level 2. Pasien dengan luka bakar tingkat tiga juga harus dianggap berisiko tinggi dan diberi *ESI* level 2, karena kemungkinan pasien akan membutuhkan

rujuk ke bagian spesialis luka bakar ntuk perawatan definitif.

d. Penyakit umum

Beberapa keluhan medis umum lainnya perlu dipertimbangkan untuk kemungkinan situasi berisiko tinggi. Seperti,

1. Ketoasidosis diabetik
2. Hiper/hipoglikemia
3. Sepsis
4. Keluhan sinkop atau sinkop dekat
5. Berbagai gangguan elektrolit lainnya

Kelainan elektrolit yang paling umum adalah hiperkalemia, yang merupakan situasi berisiko tinggi yang dapat menyebabkan disritmia jantung yang serius. Hiperkalemia mungkin dicurigai di ginjal manapun pasien dialisis. Sinkop dekat adalah hal yang sangat umum keluhan yang harus dinilai dengan hati-hati, terutama dalam konteks demografi pasien dan riwayat medis masa lalu. Akhirnya, pasien onkologi dengan demam dianggap immunosupresi, khususnya saat menjalani kemoterapi. Mereka berisiko sepsis dan harus diidentifikasi sebagai risiko tinggi dan cepat dievaluasi.

e. Genital

Pasien dialisis ginjal tidak dapat menyelesaikan dialisis karena memiliki berbagai gangguan elektrolit yang menempatkan masalah ini pada risiko tinggi. Lak-laki dengan torsi testis akan mengeluh sakit dengan nyeri, dan membutuhkan evaluasi cepat dan pembedahan intervensi selain kontrol nyeri yang cepat.

f. Kesehatan mental

Banyak pasien dengan masalah kesehatan mental dan tergolong beresiko tinggi karena mereka mungkin berbahaya baik untuk diri mereka sendiri, orang lain, atau lingkungan Hidup. Pasien yang mempunyai keinginan bunuh diri, psikotik, atau kekerasan dianggap berisiko tinggi. Pasien yang mabuk harus hati-hati dinilai untuk tanda-tanda trauma atau perilaku kebiasaan penggunaan alkohol atau riwayat medis masa lalu, yang bisa tergolong *ESI* level 2.

g. Neurologis

Pasien dengan sakit kepala berat yang terkait dengan perubahan status mental, tekanan darah tinggi, kelesuan, demam, atau ruam harus dianggap resiko tinggi. Pasien dengan gejala-gejala ini mungkin mengalami stroke akut dan segera evaluasi sangat penting. Kejang merupakan keluhan utama yang umum. Kadang-kadang pasien datang dengan ambulans dan sudah pasca-iktal., dan memenuhi kriteria *ESI* level 2 dan tidak perlu menunggu untuk jangka waktu yang lama pasien mungkin mengalami kejang lagi.

h. Obstetri dan Ginekologi

Seorang pasien post partum dengan keluhan utama perdarahan pervagina juga dikategorikan *ESI* level 2 dan dilihat oleh dokter dengan segera.

i. Mata

Kondisi itu mungkin berhubungan dengan seorang kepala keluhan beberapa jenis kehilangan penglihatan meliputi

1. Percikan kimia

2. Oklusi arteri retina sentral
3. Glaukoma sudut sempit akut
4. Ablasi retina
5. Trauma signifikan

Percikan bahan kimia kemata, terutama alkali, mengharuskan pembilasan segera untuk mencegah kerusakan lebih lanjut kornea. Seperti halnya tergolong ancaman terhadap kehidupan atau anggota tubuh. Pasien dengan trauma yang signifikan pada mata, tiba-tiba sebagian atau penuh kehilangan penglihatan ini merupakan pengkategorian *ESI* level 2.

j. Ortopedi

Pasien dengan tanda dan gejala kompartemen sindrom berisiko tinggi untuk kehilangan ekstremitas. Pasien lain dengan cedera ortopedi juga berisiko tinggi dan termasuk cedera ekstremitas dengan fungsi neurovaskular yang terganggu, amputasi sebagian atau lengkap, atau trauma mekanisme yang diidentifikasi memiliki risiko tinggi cedera seperti akselerasi yang serius, perlambatan, pejalan kaki di tabrak mobil, dan tembakan senapan atau tikaman korban luka. Pasien dengan kemungkinan fraktur panggul, tulang paha, atau hip dan dislokasi ekstremitas lainnya tergolong *ESI* level 2.

k. Anak – anak

Tidak jarang bagi perawat *Triage* masih kebingungan saat membuat keputusan level *Triage* tentang anak-anak, terutama bayi. Sangat penting untuk mendapatkan riwayat kesehatan yang akurat dari penjaga anak dan mengevaluasi tingkat aktivitas anak. Kondisi berikut adalah contoh risiko

tinggi situasi untuk anak-anak:

1. Sepsis berat,
2. dehidrasi berat
3. Ketoasidosis diabetik
4. Dugaan pelecehan anak
5. Luka bakar
6. Trauma kepala
7. Tertelan dan overdosis termasuk vitamin
8. Bayi kurang dari 30 hari dengan demam 38°C , atau lebih tinggi suhunya.

1. Pernafasan

Keluhan pernafasan menempatkan pasien di tempat tinggi risiko. Pasien dengan distress ringan hingga sedang dievaluasi lebih lanjut untuk laju pernapasan dan denyut nadi oximetry untuk menentukan apakah seharusnya dikategorikan ESI level 2. Pasien berisiko tinggi adalah pasien yang saat ini dengan ventilasi dan oksigenasi secukupnya tetapi dalam gangguan pernapasan dan memiliki potensi untuk memperburuk keadaan. Potensi etiologi distress pernapasan mungkin termasuk asma, emboli paru, pleura efusi, pneumotoraks, aspirasi benda asing, menghirup asap beracun, atau sesak napas berhubungan dengan nyeri dada.

- m. Obat-obatan

Kebanyakan pasien yang datang dengan overdosis seharusnya dievaluasi dengancepat dan mewakili risiko tinggi dan tergolong *ESI* level 2.

n. Trauma

Kejadian trauma mungkin melibatkan cedera berisiko tinggi tetapi mungkin tidak langsung terlihat jelas. Mekanisme apa pun cedera yang terkait dengan risiko cedera yang tinggi dikategorikan *ESI* level 2. Di IGD yang menjadi pusat penanganan trauma, kriteria trauma dan kriteria *Triage ESI* harus dirawat secara terpisah dan pasien harus digolongkan baik tingkat *ESI* dan tingkat trauma, yang mungkin atau mungkin tidak sama. Misalnya, seorang pasien dengan trauma tergolong level 1, yang stabil tanda-tanda vital dan tidak ada keluhan, akan menjadi tingkat *ESI* 2, menjadi mekanisme berisiko tinggi.

2. Pasien mengalami Kebingungan, Letargi atau disorientasi

Pertanyaan kedua yang perlu dipertimbangkan saat menentukan apakah seorang pasien memenuhi kriteria level 2 adalah, “Apakah pasien mengalami kebingungan, lesu, atau disorientasi?”. Mengubah status mental adalah yang sering menjadi keluhan utama. Anggota keluarga, teman, atau paramedis dapat mengetahui keadaan pasien saat di antar ke IGD. Pada titik keputusan B dari algoritma *ESI*, terjadinya kebingungan, kelesuan, atau disorientasi mengacu perubahan akut pada level kesadaran. Demensia kronis dan kronis kebingungan tidak memenuhi kriteria untuk *ESI* level 2. contoh pasien yang mungkin memenuhi *ESI* level 2 kriterianya termasuk pasien dengan ketoasidosis diabetik, pasien yang mengalami episode psikotik akut, atau seorang dewasa yang sehat atau anak dengan kebingungan.

3. Pasien Mengalami sakit parah atau distres

Rasa sakit Pasien harus dinilai menjadi sakit parah atau kesusahan. Semua pasien yang mengalami kesakitan peringkat 7/10 atau lebih tinggi harus dipertimbangkan untuk memenuhi kriteria level 2 *ESI*. Perawat *Triage* seharusnya menerapkan tindakan kenyamanan di *Triage* termasuk elevasi, dan analgesik untuk mengurangi rasa sakit. Pasien-pasien ini harus diprioritaskan sebagai Level 2 *ESI* dan penempatan cepat harus difasilitasi sedapat mungkin. Singkatnya, perawat *Triage* menilai tidak hanya Rating intensitas nyeri yang diberikan oleh pasien, tetapi juga keluhan utama, riwayat medis masa lalu, penampilan fisiologis pasien, dan apa Intervensi dapat diberikan pada *Triage* untuk mengurangi rasa sakit, ketika menentukan kategori *Triage* Contoh pasien kriteria nyeri yang parah pada level 2 *ESI* adalah

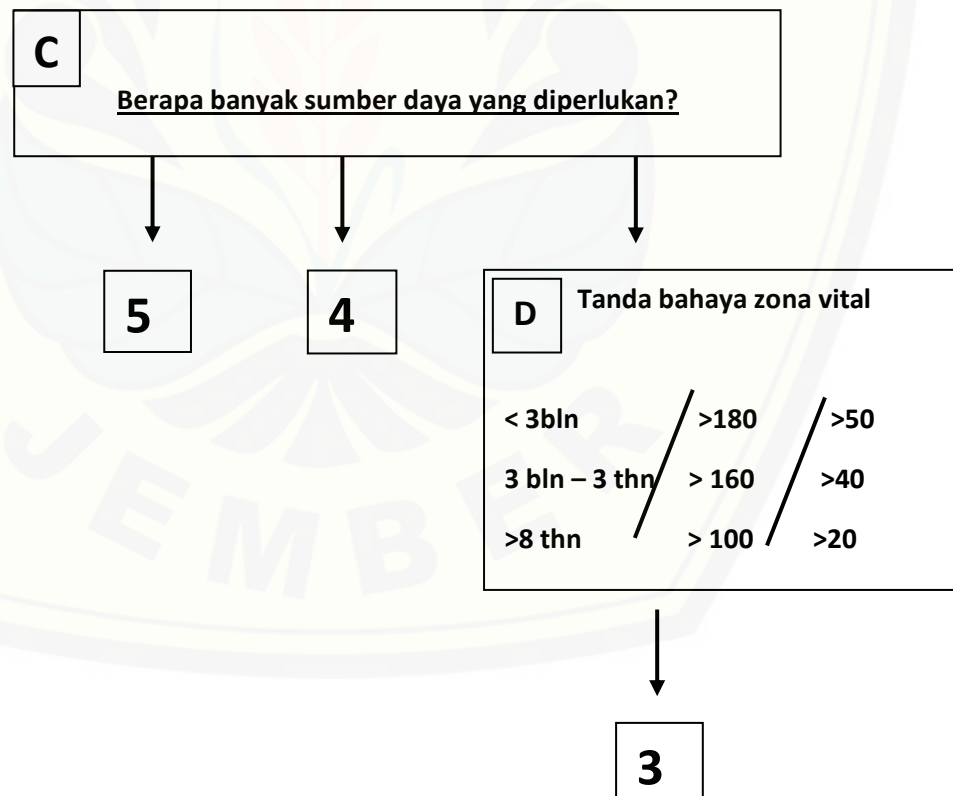
1. Seorang pasien dengan nyeri pinggang 10/10 yang menggeliat saat di *Triage*
2. Seorang wanita 80 tahun dengan 7/10 digeneralisasikan sakit perut dengan mual yang parah
3. Seorang pasien 30 tahun di nyeri akut krisis
4. Seorang pasien onkologi yang menjalani kemoterapi yang menderita sakit parah
5. Setiap ketebalan penuh atau ketebalan parsial yang akan terbakar membutuhkan kontrol nyeri segera

6. Wanita, dan lebih sering pria, dengan akut retensi urine.

3. *ESI* level 3, 4, 5

Sistem Triage *ESI* menggunakan pendekatan baru, tidak hanya mencakup penilaian perawat tentang siapa harus dilihat pertama, tetapi untuk pasien yang tidak gawat lainnya (tergolong di *ESI* level 3 hingga 5). Pada *ESI* level ini, perawat *Triage* memanggil perawat dari sumber daya yang ada digunakan untuk membuat pasien lebih sabar. Estimasi kebutuhan sumber daya dimulai setelah ditentukan bahwa pasien tidak memenuhi *ESI* level 1 atau 2. Perawat mampu memprediksi berapa banyak sumber daya.

Gambar 2.4 Logaritma proses *Triage ESI* dengan sumber daya



Pengalaman perawat *Triage* dapat memprediksi banyak sumber daya yang

dibutuhkan pasien. Perawat tidak dapat melakukan diskriminasi pada presentasi intensitas sumber daya rendah dengan tingginya pasien yang datang ke IGD. Penelitian juga menetapkan bahwa tingkat *Triage ESI* berkorelasi dengan hasil pasien masuk dengan tingkat kematian yang terjadi. Bahwa penggunaan sumber daya hanya digunakan untuk pasien yang kurang akut. Pada titik-titik keputusan A dan B pada algoritma *ESI*, perawat memutuskan pasien mana yang memenuhi kriteria untuk *ESI* level 1 dan level 2 hanya berdasarkan keparahan pasien.

Penentuan yang akurat dari *Triage ESI* adalah bergantung pada kemampuan perawat secara akurat memprediksi sumber daya dan dengan demikian paling baik dilakukan oleh perawat IGD berpengalaman. Tingkat *ESI* level 3, 4, dan 5 dibedakan oleh penentuan berapa banyak sumber daya yang diperlukan untuk menangani pasien. Apabila pasien membutuhkan lebih dari satu sumber daya maka pasien masuk dalam *ESI* level 3, namun apabila pasien memerlukan sumber daya hanya satu maka pasien masuk dalam *ESI* Level 4. Dan apabila pasien bersedia menunggu karena tidak terjadi resiko tinggi untuk di berikan tindakan maka pasien masuk dalam *ESI* level 5. Dari sudut pandang klinis, tingkat *ESI* 4 dan 5 pasien stabil dan dapat menunggu beberapa jam untuk dilihat oleh dokter. Tetapi dari sudut pandang pelayanan, pasien ini mungkin lebih baik dilayani di area perawatan dan ingin di berikan tindakan agar cepat.

Pengalaman praktis telah menunjukkan bahwa estimasi sumber daya sangat bermanfaat dalam membantu menyortir sejumlah besar pasien dengan

presentasi non-akut yaitu *ESI* level 3,4, dan 5. Daftar tindakan yang termasuk membutuhkan sumber daya untuk kepentingan *ESI* dapat dilihat ditabel berikut:

Tabel 2.4 Kebutuhan sumber daya pada *ESI level 3,4,5*

Sumber Daya	Bukan Sumber Daya
Lab (Darah, Urin)	Anamnesis dan pemeriksaan
ECG X-Rays	fisik
CT-MRI-Ultrasonografi Angiografi	Pemeriksaan status lokasi
Cairan IV (Rehidrasi)	Saline atau Heplock
Obat IV, IM, atau Nebulisasi	Obat Oral Injeksi ATS (anti tetanus serum) Penulis resep
Konsultasi Dokter Spesialis	Menelepon Dokter Umum/Dokter Jaga
Prosuder Sederhana = Dihitung 1 Resources (hecting/Repair laserasi, Foley kateter)	Rawat luka sederhana (Dressing, kontrol luka) Tongkat/Kruk, Balut/Sling
Proseuder Kompleks = Dihitung 2 Resources (Pemberian Sedasi)	

Tanda zona bahaya pada anak anak, Pertimbangkan untuk meningkatkan *Triage* ke *ESI* level 2 jika kriteria tanda vital terlampaui.

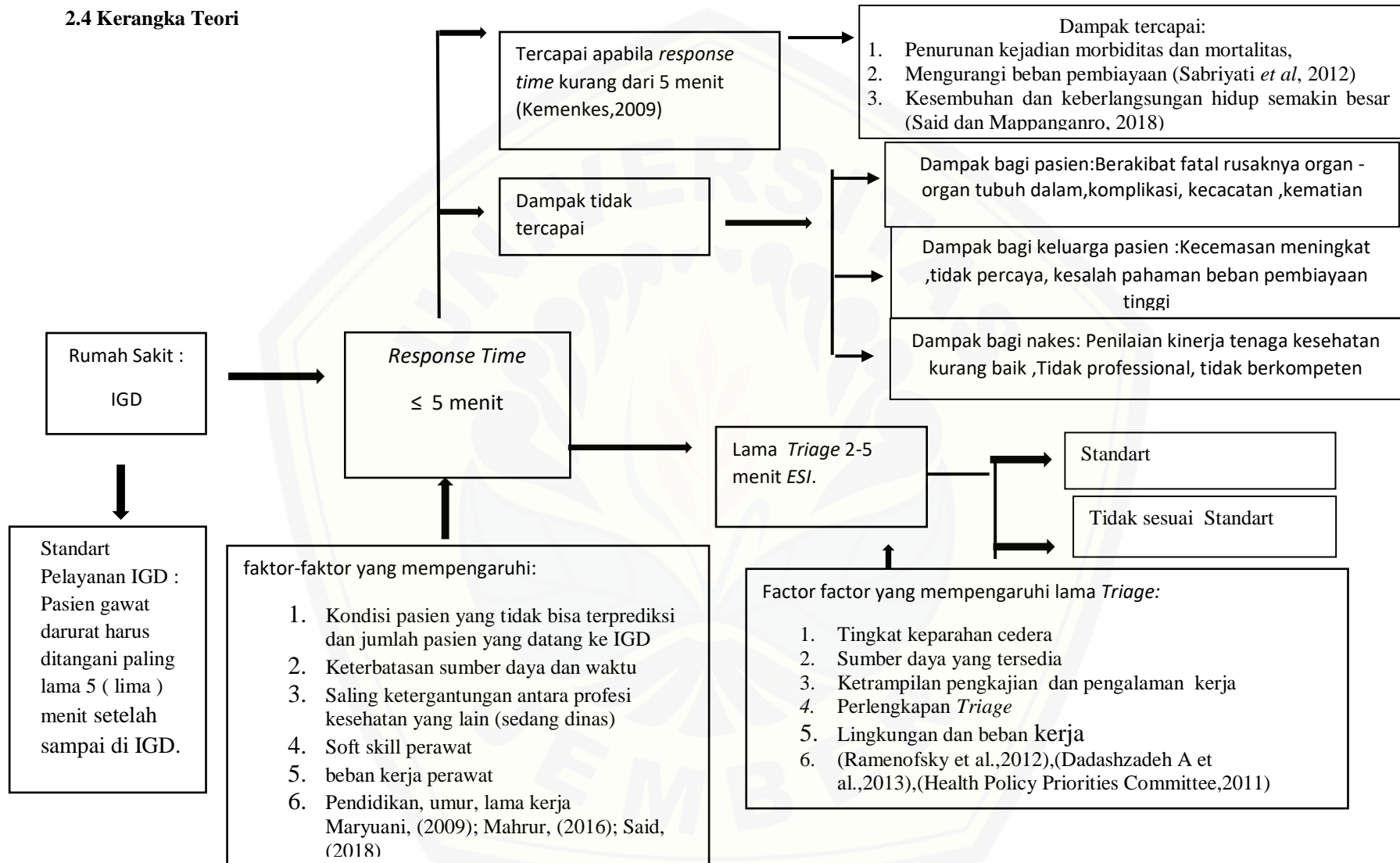
1. Usia 1 hingga 28 hari: menetapkan setidaknya *ESI* level 2 jika suhu >38.0 C (100.4F)
2. Usia 1-3 bulan: pertimbangkan untuk menetapkan *ESI* level 2 jika suhu >38.0 C (100.4F)
3. bulan hingga 3 tahun usia: pertimbangkan untuk menetapkan *ESI* level 3 jika: suhu >39,0 C (102,2 F),

4. Imunisasi yang tidak lengkap, atau tidak ada sumber demam yang jelas.

a. *ATS (Australian Triage Scale)*

Pada *Triage* ATS ini penilaian terfokuskan pada lama waktu pasien dapat di tangani. Terdapat 5 level pada *Triage* ATS ini , yang pertama level 1 dengan tingkat kegawatan tinggi maka di lakukan pada waktu itu juga maka pada level ini membutuhkan 0 menit pasien agar di tangani. Untuk ATS level 2 maksimal mendapat waktu 10 menit, pada ATS level 3 mendapat waktu 30 menit, level 4 mendapat waktu 60 menit, dan level 5 mendapat waktu maksima 120 menit (*Guidelines on the Implementation of ATS in Emergency Department* dalam Kurniasari, 2016)

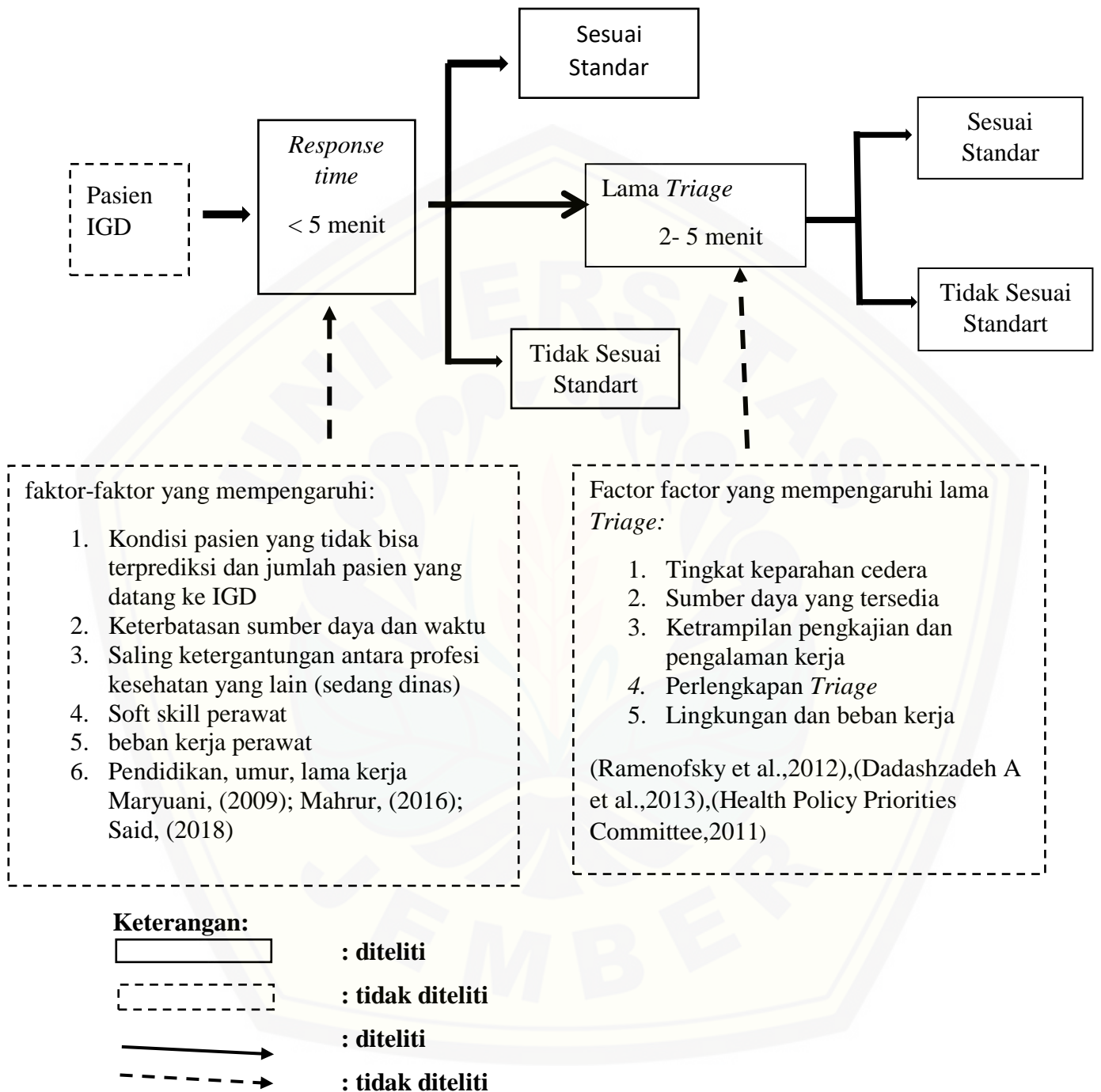
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang dirancang dengan matang sehingga peneliti mendapatkan jawaban dari pertanyaan dalam penelitian ini (Setiadi, 2007). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif. Penelitian deskriptif dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2010) .

Rumah Sakit paru Jember memiliki berbagai fasilitas kesehatan dan ruangan perawatan yang salah satunya Instalasi Gawat Darurat. Menurut data rekam medis tahun 2017, rata-rata pasien yang masuk di IGD kurang lebih 7-10 pasien perhari dan data kunjungan pasien sekitar 300 pasien perbulan. Dimana pasien yang masuk ke IGD terdiri dari pasien emergensi dan non-emergensi, yang memiliki fasilitas ruang ruang Triage, ruang resusitasi, ruang Tindakan, Nurse Stasion, ruang Dokter dan perawat, Ruang Observasi. Bed triage ada 2 dan bed Tindakan ada 5, Bed resusitasi 1, total keseluruhan ada 8 Bed, yang mana dilengkapi dengan peralatan emergency (Emergency KIT, ECG monitor pasien, Defibulator).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri dari obyek subjek

(misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti (Sugiyono, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Paru Jember selama 30 shift jaga yang kemudian dibagi menjadi 3 shift, shift jaga pagi 10 shift jaga sore 10, shift jaga malam 10. Dimana yang bertugas jaga pershift 2 - 4 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek atau target penelitian melalui sampling (Nursalam, 2015). Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang sedang melaksanakan shift jaga di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Paru Jember. Formasi tenaga kesehatan di ruang IGD berjumlah 14 petugas dengan kualifikasi pendidikan dokter umum 4, Ners. keperawatan 4, diploma keperawatan 6 dan rata-rata sudah mengikuti pelatihan kegawat daruratan antara lain (Advance Cardiac life support /ACLS, Advance Trauma Life Support /ATLS, Basic Life Support /BCLS, Basic Trauma Life support / BTLS, Penanggulangan Perderita gawat Darurat /PPGD).

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini adalah *nonprobability sampling* dengan cara *Total sampling*. *Total sampling* adalah teknik untuk menentukan jumlah sampel dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Alasan mengambil *Total sampling* Karena jumlah populasi yang kurang dari 100 maka dijadikan semua sampel penelitian (Sugiyono, 2017). Pada penelitian ini sampel yang

digunakan adalah tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang sedang siff jaga di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.

1.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti dalam mengurangi bias dari hasil penelitian. Kriteria sampel dapat dibagi menjadi 2 bagian (Notoatmodjo, 2012) adalah :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang diperlukan secara umum sebagai subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi penelitian ini adalah: Tenaga kesehatan yang bertugas di IGD bertugas jaga dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik populasi yang mengeluarkan subjek karena memenuhi kriteria inklusi dari studi karena alasan tertentu (Nursalam, 2015). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Tenaga kesehatan yang tidak masuk kerja/cuti/ izin.
- b. Tenaga kesehatan yang sedang mengikuti pelatihan
- c. Tenaga kesehatan yang tidak bersedia untuk menjadi responden.

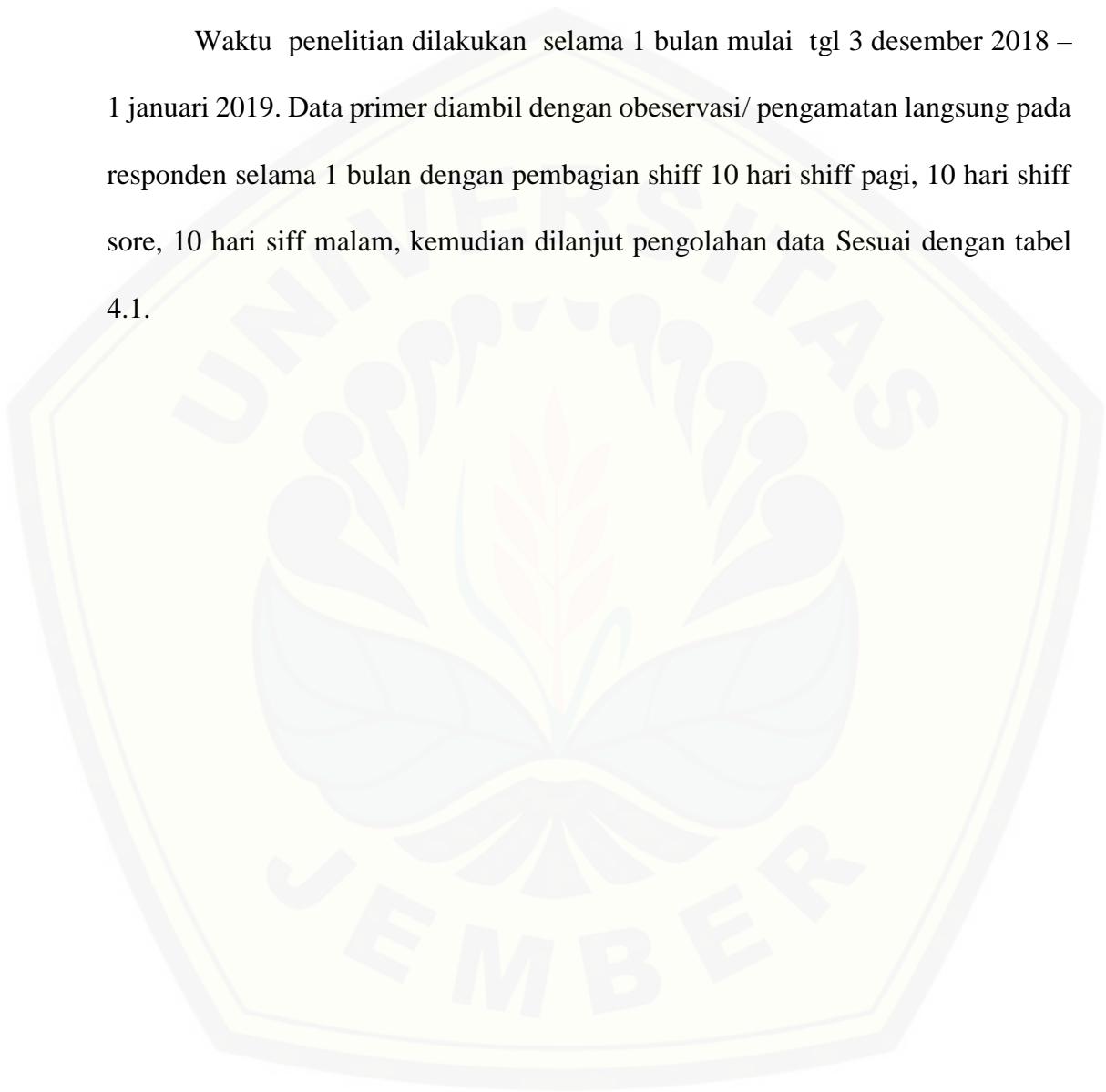
4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di IGD Rumah Sakit Paru Jember yang beralamat jln. Nusa Indah no.28 Jember yang berlokasi di tengah – tengah kota Jember. Yang mana Rumah Sakit Paru Jember merupakan salah satu Unit Pelaksana Tekhis (UPT) Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang

pelayanannya meliputi Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Situbondo dan Kabupaten Lumajang.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan selama 1 bulan mulai tgl 3 desember 2018 – 1 januari 2019. Data primer diambil dengan obeservasi/ pengamatan langsung pada responden selama 1 bulan dengan pembagian shiff 10 hari shiff pagi, 10 hari shiff sore, 10 hari siff malam, kemudian dilanjut pengolahan data Sesuai dengan tabel 4.1.



Tabel 4.1 Tabel *Timeline*

Kegiatan	Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari			
	Minggu Ke-																											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Pengajuan Judul		■																										
Penyusunan Proposal			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Seminar Proposal																■												
Revisi Proposal																■	■	■										
Pengambilan Data																				■	■	■						
Penyusunan Laporan																							■	■				
Sidang Hasil																								■				
Revisi Hasil																								■				
Publikasi																								■				

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu proses perumusan atau pemberian arti makna berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2015). Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari satu variabel, yaitu gambaran *response time triage* dan lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember. Penjelasan definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala data	Hasil
<i>response time</i>	Kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai dimulai tindakan <i>Primary survey (initial assesment)</i>	a.Start Saat pertama tiba di IGD b.finis Sampai dilakukan <i>primary survey (initial assesment)</i> c.waktu ≤ 5 menit	1.Lembar observasi <i>response time triage</i> 2.stopwatch/arloji	Rasio	Dalam hitungan menit dan detik
<i>Triage Time</i>	Kecepatan penanganan <i>Triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>Primary survey (initial assesment)</i> sampai ditentukan level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i>	a.Start saat dilakukan <i>primary survey (initial assesment)</i> b. finis Sampai ada keputusan <i>Triage</i> c.waktu 2-5 menit	1.Lembar observasi <i>response time triage</i> 2.stopwatch/arloji	Rasio	Dalam hitungan menit dan detik

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang berasal dari subyek penelitian melalui lembar kuesioner (Notoajmodjo, 2010). Data primer pada penelitian ini menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage*.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data penelitian ini menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage* dengan menggunakan alat bantu stopwatch, diisi sendiri oleh peneliti secara langsung setelah didapatkan waktu pada pengamatan langsung pada responden.

Alur pengambilan data adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti yang sudah mendapatkan surat ijin rekomendasi dengan no.surat 6624/UN25.1.14/LT/2018 dari pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember ke LP2M Universitas Jember untuk permohonan ijin melaksanakan Penelitian kemudian mendapatkann no surat 5095/UN25.3.1/LT/2018 rekomendasi ke Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten Jember, dimana dari Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten Jember mendapatkan surat rekomendasi no. 072/2839/415/2018. Pengajuan surat tersebut guna untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember.
- b. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada Badan Penelitian di Rumah Sakit Paru Jember

- c. Peneliti menyerahkan surat ijin no. 072/2839/415/2018 penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Paru Jember untuk melakukan penelitian terhadap tenaga kesehatan di ruang IGD tentang *response time triage*.
- d. Peneliti menyerahkan surat ijin no. 900/470/102.6/2018 penelitian kepala Ruang IGD Rumah Sakit Paru Jember untuk melakukan penelitian terhadap tenaga kesehatan di ruang IGD tentang *response time triage*.
- e. Peneliti menyerahkan lembar persetujuan *informed consent* kepada tenaga kesehatan yang berada di IGD, kemudian menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan di lakukan.
- f. Peneliti menjelaskan bahwa penelitian ini akan dilakukan dalam rentang waktu 1 bulan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Paru Jember.
- g. Peneliti kemudian melakukan observasi/pengamatan langsung terhadap tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat dan mengisi lembar observasi *response time triage*.
- h. Peneliti menjelaskan pengambilan data penelitian yang dilakukan kepada Badan Penelitian di Rumah Sakit Paru Jember telah selesai selam 1 bulan dan berterima kasih atas semua bantuan yang diberikan selama proses penelitian dan selesai penelitian dengan surat no. 900/469/102.6/2019

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *Triage*, yang terdiri dari informasi tentang responden dengan kolom-kolom berisikan nomor, tanggal observasi, kode pasien, kode response, waktu kedatangan pasien di IGD dalam WIB, waktu tindakan tenaga

kesehatan, respon time, waktu lama *Triage*, pelaksanaan *triage* (P1, P2, P3, P4, P5) kasus pasien dan keterangan *shift* jaga petugas. Dimana peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan saat pertama kali pasien tiba diIGD dan waktu yg dibutuhkan dalam *Triage*, kemudian diisi tertulis dan juga diisi secara ceklist setelah dilakukan observasi oleh peneliti. Kemudian peneliti mengelompokkan menjadi 2 tingkatan yaitu: Kecepatan waktu lama *Response Time* dan *Triage*. Pengelompokan tersebut berdasarkan dari tinjauan teori Kemenkes (2011) yang mengatakan pasien gawat harus segera ditangani paling lama ≤ 5 menit setelah tiba di IGD.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan hasil dari wawancara, angket atau pengamatan dari responden yang dilakukan editing terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2012). Peneliti mengecek kelengkapan lembar observasi *response time triage* secara langsung setelah diisi dan diperiksa terlebih dahulu sebelum diolah. Terdiri dari:

1. Kelengkapan pengisian
2. Kejelasan tulisan
3. Kejelasan makna
4. Konsistensi/kejegan dan kesesuaian antar jawaban
5. Relevansi jawaban
6. Keseragaman kesatuan data

Peneliti mengecek kelengkapan lembar observasi *response time triage*.

4.7.2 Coding

Coding merupakan cara memberikan kode atau mengecek ulang jawaban dari responden kedalam kategori tertentu. Kegiatan untuk merubah data huruf menjadi data angka sehingga mudah dalam menganalisis (Notoatmodjo, 2012). Hasil observasi *respon time* dan *Triage time* diberi kode penelitian meliputi:

a. Kecepatan *response time triage*

1. Sesuai Standart
2. Tidak Sesuai Standart

b. Ketepatan lama *trriage*

1. Sesuai Standart
2. Tidak Sesuai Standart

c. Ketepatan prioritas *Triage ESI*

4.7.3 Entry data

Entry data merupakan proses memasukan data kedalam tabel yang dilakukan menggunakan program yang ada pada komputer. Proses pemasukan data pada penelitian ini yaitu menggunakan SPSS. Data tersebut berkaitan dengan variabel penelitian yaitu data *response time* dan *Triage time* pasien IGD Rumah Sakit Paru Jember.

4.7.4 Cleaning

Cleaning merupakan pemeriksaan data, dengan melihat variabel apakah data sudah benar atau belum. Data yang dilakukan sudah dimasukkan dan diperiksa kembali sejumlah sampel dari kemungkinan data yang belum di entry. Hasil *cleaning* yang diperoleh tidak ada kesalahan sehingga data tersebut bisa

digunakan (Notoatmodjo, 2012). Untuk penelitian ini, peneliti memeriksa ulang kembali data yang akan di masukkan supaya menghindari terjadinya kesalahan data dan kelengkapan data.

Cara meng-*cleaning* data adalah:

1. *Missing* data

Mendeteksi missing data dilakukan dengan melakukan list atau distribusi frekuensi dari variabel yang ada.

2. Mengetahui variasi data

Data yang bervariasi dapat menunjukkan kesalahan dalam meng-*entry*.

Penelitian ini, peneliti memeriksa kembali data yang akan di masukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan data dan kelengkapan data.

4.8 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis univariat ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat bergantung dari jenis data yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2017). Data kategorik seperti usia, jenis kelamin, status Pendidikan, lama kerja disajikan dalam bentuk presentase atau proporsi dalam Diagram. Data numerik seperti lama *Response Time* dan lama *Triage* disajikan dalam bentuk tabel mean, median dalam hitungan menit dan detik, sesuai standar / tidak sesuai standart.

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti sebelum melakukan penelitian memberikan *informed consent* kepada responden (Notoatmodjo, 2012). Responden pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Paru Jember. Lembar *Informed Consent*) meliputi:

1. Penjelasan manfaat penelitian
2. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan
3. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
4. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian
5. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja dan
6. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

Namun kadangkala, formulir persetujuan subyek tidak cukup memberikan proteksi bagi subyek itu sendiri terutama untuk penelitian-penelitian klinik karena terdapat perbedaan pengetahuan dan otoritas antara peneliti dengan subyek

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan Informasi atau data yang sudah didapat oleh peneliti dari responden harus dijamin kerahasiannya agar tidak diketahui oleh orang lain kecuali peneliti (Notoatmodjo, 2012). Peneliti memastikan bahwa observasi yang dilakukan tidak melebihi yang diperlukan dan informasi responden tetap dijaga selama penelitian. Informasi tersebut meliputi sikap, perilaku, pendapat, dan catatan.

Dalam aplikasinya, peneliti tidak akan menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam lembar observasi dan untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti menggunakan koding (inisial atau identification number) sebagai pengganti identitas responden.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Keadilan adalah sikap atau perilaku yang menjamin bahwa semua responden penelitian dapat memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis, dll (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini, peneliti harus memperlakukan semua responden dengan sama atau adil sebelum, selama, dan pada saat penelitian. Dalam pengambilan data akan diambil sama setiap responden dengan siff jaga pagi/sore/malam dan observasi dilakukan sesuai indikator variabel *response time* dan *Triage time*.

Perlakuan yang adil mencakup aspek-aspek sebagai berikut:

1. Seleksi subjek yang adil dan tidak diskriminatif.
2. Perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak atau mengundurkan diri dari kesertaannya dalam penelitian, walaupun dia pernah menyetujui untuk berpartisipasi.
3. Penghargaan terhadap semua persetujuan yang telah dibuat antara peneliti atau subjek.
4. Subjek dapat mengakses penelitian setiap saat diperlukan untuk mengklarifikasi informasi.
5. Subjek dapat mengakses bantuan professional yang sesuai apabila terjadi gangguan fisik atau psikologis.

6. Mendapatkan penjelasan, jika diperlukan yang tidak diberikan sebelum penelitian dilakukan atau mengklarifikasi isu yang timbul selama penelitian
7. Perlakuan yang penuh rasa hormat selama penelitian.

4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Penelitian ini, peneliti berusaha mendapatkan manfaat semaksimal mungkin untuk masyarakat dan meminimalkan dampak yang dapat merugikan bagi responden (Notoatmodjo, 2012). Peneliti pada penelitian ini melakukan sesuai dengan tujuan dan prosedur penelitian agar tidak terjadi resiko atau dampak negatif yang dapat membahayakan responden. Secara tidak langsung penelitian ini akan meningkatkan kepuasan dan kepercayaan masyarakat kepada Rumah Sakit Paru Jember dalam pelayanan kesehatan dan berguna sebagai acuan dalam memperbaiki pelayanan di IGD.

BAB 6. PENUTUP

Bab ini diuraikan tentang kesimpulan dan saran dari penelitian “Gambaran *Response Time* dan lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember”. Kesimpulan dari penelitian ini adalah informasi berdasarkan tujuan umum dan khusus penelitian, serta saran sebagai rekomendasi setelah diketahui hasil dari penelitian. Berikut ini beberapa simpulan dan saran yang didapat dari hasil penelitian.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan dapat diambil kesimpulan dan saran mengenai Gambaran *Response Time* dan lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember yang dilakukan pada tanggal 3 Desember – 1 Januari 2019 sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden di IGD Rumah Sakit Paru Jember yang di dapatkan dari 14 responden menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden berada pada rentang usia ≤ 30 tahun sebanyak 9 responden (64.3%) dan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 8 responden (57.1%). Sebagian besar riwayat responden berpendidikan DIII Keperawatan sebanyak 6 responden (42.9%) dan sebagian besar lama kerja responden direntang antara 1- 5 tahun sebanyak 9 responden (64.3%).
- b. *Response Time* tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit Paru Jember selama 30 hari diperoleh rata-rata 64.56 waktu 1 menit 4 detik, yang mana *Response Time* tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit Paru Jember sudah sesuai Standart.
- c. *Triage* tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit Paru Jember selama 30 hari diperoleh rata-rata 88.59 waktu 1 menit 28 detik yang mana lama *Triage*

tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit Paru Jember sudah sesuai Standart.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil dari penelitian yang didasarkan atas data-data yang diperoleh, maka peneliti memberikan saran dalam mempertahankan *Response Time* dan lama *Triage* kepada berikut:

a. Tenaga kesehatan di Rumah Sakit Paru Jember

Bagi tenaga kesehatan gawat darurat supaya tetap mempertahankan $Response Time \leq 5$ menit dan lebih ditingkatkan lagi dari pencapaian waktu hasil penelitian yang diperoleh saat ini, dimana untuk mewujudkan pelayanan sesuai dengan moto IGD Rumah Sakit Paru Jember CTM (Cepat Tepat Memuaskan)

b. Instansi Rumah Sakit Paru Jember

Bagi Instansi Rumah Sakit Paru Jember dengan hasil 1 menit 7 detik untuk *Response Time* paling lama dan 1 menit 37 detik untuk *Triage* paling lama diharapkan untuk menambahkan SDM, sarana dan prasarana penunjang yang belum ada / kurang agar terlaksana penanganan gawat darurat lebih baik.

c. Institusi Pendidikan

Bagi Institusi Pendidikan sebagai bahan bacaan dan referensi guna meningkatkan mutu Pendidikan terutama pada pengetahuan peran perawat terhadap ketepatan *Response Time* dan lama *Triage* penanganan kasus kegawatdaruratan Instalasi Gawat Darurat.

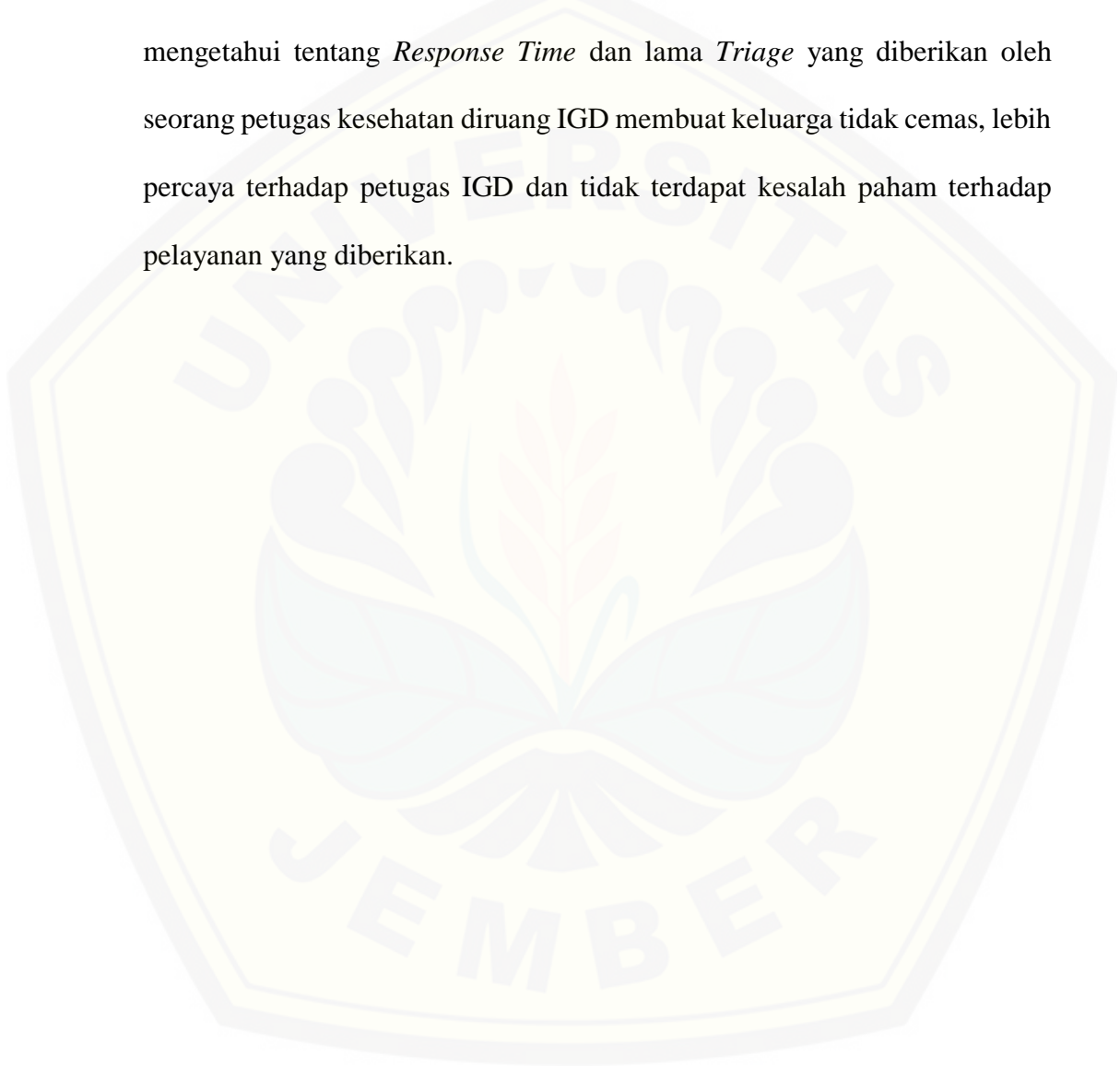
d. Bagi Peneliti lain

Untuk peneliti selanjutnya dapat mengembangkan faktor-faktor yang lain tentang peran / pengetahuan perawat dalam ketepatan *Response Time* dan

lama *Triage* penanganan kasus gawat darurat dengan menggunakan desain penelitian yang berbeda.

e. Bagi masyarakat

Penelitian ini sangat penting bagi pasien dan keluarga pasien dengan mengetahui tentang *Response Time* dan lama *Triage* yang diberikan oleh seorang petugas kesehatan diruang IGD membuat keluarga tidak cemas, lebih percaya terhadap petugas IGD dan tidak terdapat kesalah paham terhadap pelayanan yang diberikan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahrq, Q. (2012). di Ne ric w Emergency Severity Index (ESI). *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 117(2), 61–70.
- Arif Mahrur, Isma yuniar, S. (2009). Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume12, No. 1Februari2016, 12(1), 36–43.
- Badan diklat PPNI DPA jatim. (2018). *Pelatihan PPGD*. surabaya: PPNI Jatim.
- Bandung, R. K. (2014). Program Kerja Istalasi IGD Bandung Tahun 2014.
- Gawat, I., Bedah, D., Rsup, D. A. N. N., Ode, W., Isnah, N., Islam, A. A., ... Kompleks, N. (n.d.). Waktu Tanggap Penanganan Kasus Pada Rseponse Tme di Wahidin Sudirohusodo
- Gurning, Y., Karim, D., Studi, P., Keperawatan, I., & Riau, U. (2011). Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas, 1–9.
- Habib, H., Sulistio, S., Unit, E., Mangunkusumo, C., Mulyana, R. M., & Albar, I. A. (2016). Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia. *Reseacrh Gate*, 3(2), 112–115.
- Haryatun, N., & Sudaryanto, A. (2008). Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Darurat RSUD Dr . Moewardi. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(2), 69–74
- .
Heru S, Wahyu Risma, R. N. (2015). Gambaran pengetahuan peran perawat dalam ketetapan waktu tanggap penanganan kasus gawat darurat di IGD RSUD Karanganyar.
- Hosnaniah, J. (2014). Pelaksanaan triage unit gawat darurat, 1–6.
- Jaldell, H., Lebnak, P., & Amornpetchsathaporn, A. (2014). Time Is Money, but

How Much? the Monetary Value of Response Time for Thai Ambulance Emergency Services. *Value in Health*, 17(5), 555–560.

Kartikawati. (2013). *Buku Ajar Dasar Dasar Keperawatan darurat*. Jakarta: Salemba Medika.

Kathleen S. Oman, Jane Koziol, L. J. S. (2008). *Panduan belajar keperawatan emergensi*. Jakarta: ECG.

Kemendes RI. (2008). Menteri kesehatan republik indonesia nomor: 129/Mendes/SK/II/2008 Tentang standart pelayanan minimal Rumah sakit

Kemendes RI. (2009). Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. 2009, 29.

Kemendes RI. (2011). *Pedoman Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kurniasari, R. 2016. Hubungan Antara Level *Emergency Severity Index* (ESI) Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 4(2): 97-106

Maatilu, V., Mulyadi, & Malara, R. T. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat..

Mardalena. (2016a). *Asuhan keperawatan gawat darurat*. Jogyakarta: Pustaka Mulia.

Mardalena. (2016b). *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*,.

Maryuani, Anik, dan Y. (2009). *Asuhan Kegawatdaruratan*. Jakarta: Trans Info Media Medis.

Musliha. (2010). *Keperawatan gawat darurat Plus Contoh Askep Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*.

- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta.
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi penelitian Kesehatan* (Edisi revi). Jakarta: Reneka Cipta.
- Nurhasim, S. (2015). Pengetahuan perawat tentang, 20.
- Nursalam. (2015). *IlmuKeperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prof, R., & Manado, R. D. K. (2015). Hubungan respon time kepuasan keluarga pasien gawat darurat pada triage merah di IGD.
- Radiation Emergency Medical Management. (2015). START Adult Triage Algorithm.
- RapidSOS. (2015). Quantifying the Impact of Emergency Response Times, (415).
- Rochana, N., Morphet, J., & Plummer, V. (2016). Triage process in Emergency Departments : an Indonesian Study, (December).
- Rostiami. (2018). Studi Deskriptif Response Time Perawatan Pada Pasien Di IGD RSUD dr. Loekomonohadi Kudus.
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penelitian Riset Keperawatan* (Cetakan 1). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2017). *Statiska untuk penelitian*. Bandung: alfabeta.
- Sutawijaya. (2009). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Aulia Publishing.
- UU No. 44. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. *Jakarta*, (rumah sakit), 40.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed**INFORMED*

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Erik Verawati

NIM : 172310101222

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Dsn. Jubung Lor rt/rw 01/07 desa Jubung Sukorambi Jember

Saya mahasiswa Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember akan melakukan kegiatan penelitian dengan judul “Gambaran *Response Time Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember” Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Gambaran *Response Time Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember. Peneliti akan mengobservasi secara langsung tentang *response time triage* yang akan digunakan oleh responden yaitu seluruh tenaga medis di IGD Rumah Sakit Paru Jember. Penelitian ini dilaksanakan selama 1 bulan yaitu pada bulan november. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden, penelitian ini hanya untuk kepentingan ilmiah.

Peneliti menghormati pendapat dan pandangan saudara, akan menjaga dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan pengolahan data dan penyajian data serta tetap menjunjung tinggi dan menghargai keinginan saudara jika memilih tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Hormat Saya

Erik Verawati

NIM 172310101222

Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden :

CONSENT

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai tenaga kesehatan bersedia menjadi responden penelitian:

Responden :

Usia :

Alamat :

Menyebutkan bersedia menjadi subjek (Responden) dalam penelitian dari:

Nama : Erik Verawati

NIM : 172310101222

Progam Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Gambaran *Response Time Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember

Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk menganalisis gambaran *response time triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember.

Demikian surat persetujuan ini saya buat, saya percayakan pada peneliti bahwa semua informasi yang saya berikan dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya.

Jember, 2018

Responden

()

Lampiran 3. Lembar Karakteristik Petugas Kesehatan IGD Rumah Sakit Paru
Jember

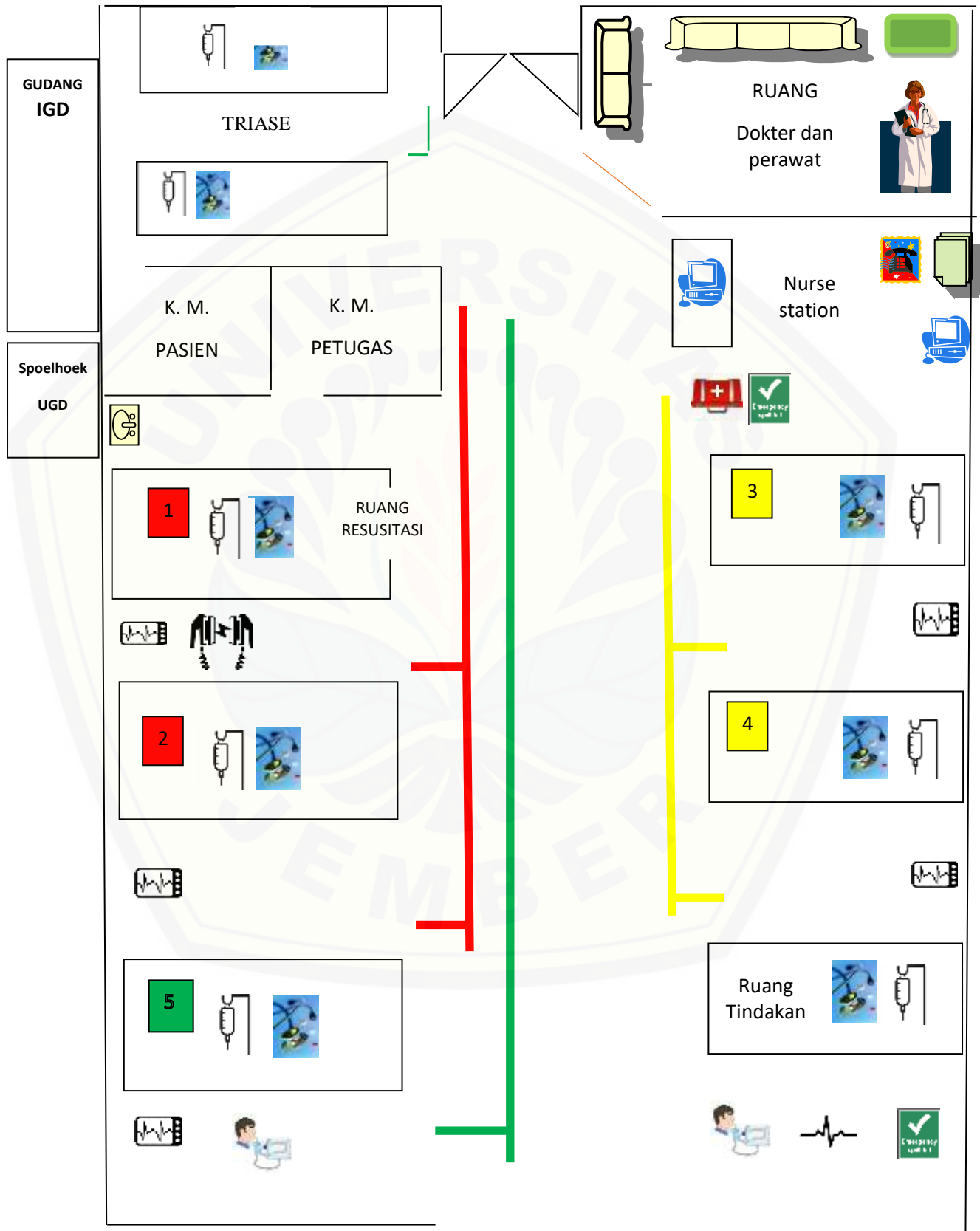
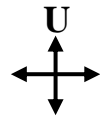
A. Karakteristik Responden

1. Umur
2. Jenis Kelamin
3. Pendidikan
4. Riwayat Kerja

B. Data Umum :

1. Gambaran dan Kapasitas IGD
2. Jumlah Petugas IGD dan petugas per Shift

1. Gambaran dan kapasitas IGD



Keterangan :

-  = Bed Pasien
-  = ECG Monitor Pasien
-  = Defibulator
-  = Nebulezer
-  = ECG 12 Lead
-  = Komputer
-  = Lemari Arsip
-  = Telepon
-  = Wastafel
-  = Emergency KIT
-  = Lemari obat dan alkes
-  = Triage Merah
-  = Triage kuning
-  = Triage Hijau

Lampiran 4. Lembar observasi

No	Kegiatan Observasi												
	Tgl	Kode responden	Kode pasien	Waktu datang Pasien di IGD	<i>Response Time</i> Tenaga kesehatan Di IGD shift.....	Lama <i>Response time</i>	Waktu <i>Triage</i>	Lama <i>Triage</i>	<i>Kategori Triage</i>				
									P1	P2	P3	P4	P5
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													

Lampiran 5. SOP perhitungan Response Timedan lama Triage

		STANDARD OPERASIONAL PROCEDURE (SOP) PENGHITUNGAN <i>RESPONSE TIME</i> dan LAMA <i>TRIAGE</i>
Operasional Prosedur		
1	Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Response Time</i> adalah kecepatan penanganan pasien. Dimana dihitung sejak pasien tiba diIGD sampai dimulai tindakan <i>Primary survey (initial assesment)</i>. 2. <i>Triage</i> adalah suatu proses yang mana korban digolongkan menurut tipe dan tingkat kegawatan kondisinya. Lama <i>Triage</i> adalah waktu yang dibutuhkan dalam <i>Triage</i>, dimana kecepatan penanganan <i>Triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>Primary survey (initial assesment)</i> sampai ditentukanya level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i>.
2	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengukur kecepatan penanganan tenaga kesehatan (dokter dan perawat) terhadap pasien kegawatdaruratan. 2. Untuk mengukur indikator mutu pelayanan IGD. 3. Untuk menyelamatkan nyawa serta mencegah kecacatan pada pasien.
3	Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK Kemenkes RI N0. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standart Instalasi Gawat Darurat. 2. Kemenkes RI tahun (2011), Pedoman Standart Pelayanan IGD Pelayanan IGD.
4	Indikasi	Pasien yang masuk diIGD
NO	Kegiatan	
5	Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopwatch . 2. Lembar observasi <i>Response time</i> dan lama <i>Triage</i>. 3. Bolpoint.

6	Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien datang ke IGD dan dicatat tgl , waktu tiba diIGD, kode responden dan kode pasien di lembar observasi oleh (dokter / perawat) dengan cara :<ol style="list-style-type: none">a. Peneliti akan mulai menekan stopwatch ketika ada pasien yang masuk ke ruang IGD, peneliti akan mencatat waktu respon time sampai tenaga kesehatan menghampiri pasien untuk melakukan tindakan <i>Primary Survey (initial assesment)</i>.b. Peneliti akan mematikan stopwach setelah petugas kesehatan selesai melakukan <i>Primary Survey (initial assesment)</i> dan mencatat waktu petugas kesehatan selesai melakukan <i>Primary Survey (initial assesment)</i>.d. Peneliti akan mencatat waktu yang dibutuhkan di stopwatch saat waktu pasien mendapatkan penanganan2. Kemudian penghitungan lama triage di lakukan dengan cara Peneliti akan mulai menekan kembali stopwatch ketika dilakukan pengkajian <i>Primary survey (initial assesment)</i>, dan peneliti akan mematikan kembali stopwatch saat petugas kesehatan menentukan level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i>.3. Peneliti akan mencatat selisih antara waktu lama <i>trriage</i>4. Peneliti mengisi kelengkapan lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>trriage</i> tenaga kesehatan IGD.
7	Unit Terkait	IGD

Lampiran 6. Lampiran Analisa Data

a. Karakteristik responden

Statistics

		Jenis kelamin	Usia	Lama kerja	Pendidikan
N	Valid	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.43	1.50	1.50	1.57
Std. Error of Mean		.137	.203	.203	.137
Median		1.00	1.00	1.00	2.00
Mode		1	1	1	2
Std. Deviation		.514	.760	.760	.514
Variance		.264	.577	.577	.264
Range		1	2	2	1
Minimum		1	1	1	1
Maximum		2	3	3	2

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-30 tahun	9	64.3	64.3	64.3
	31-35 tahun	3	21.4	21.4	85.7
	36-40 tahun	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	8	57.1	57.1	57.1
	Perempuan	6	42.9	42.9	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Lama kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-5 tahun	9	64.3	64.3	64.3
6-10 tahun	3	21.4	21.4	85.7
11-15 tahun	2	14.3	14.3	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D III Keperawatan	6	42.9	42.9	42.9
S1 Keperawatan	4	28.6	28.6	71.4
Kedokteran	4	28.6	28.6	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Statistics

RT pagi (normal), LT pagi (normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
RTpagi	,120	40	,149	,953	40	,093
LTpagi	,158	40	,013	,932	40	,018

a. Lilliefors Significance Correction

RT siang (normal), LT siang (normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
RTsiang	,156	26	,104	,961	26	,405
LTsiang	,147	26	,155	,949	26	,223

a. Lilliefors Significance Correction

RT malam (normal), LT malam (normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
RTMalam	,150	15	,200*	,949	15	,510
LTMalam	,227	15	,037	,890	15	,067

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
RTsemuap pasien	Pagi	41	63,71	12,779	1,996	59,67	67,74	37	87
	Siang	26	64,73	22,290	4,371	55,73	73,73	29	116
	Malam	14	66,71	19,692	5,263	55,34	78,08	23	92
	Total	81	64,56	17,353	1,928	60,72	68,39	23	116
LTsemuap pasien	Pagi	41	96,68	29,790	4,652	87,28	106,09	43	150
	Siang	26	83,85	35,541	6,970	69,49	98,20	20	155
	Malam	14	73,71	26,497	7,081	58,42	89,01	35	121
	Total	81	88,59	32,127	3,570	81,49	95,70	20	155

One Way Annova

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
RTsemuap pasien	Between Groups	95,540	2	47,770	,155	,856
	Within Groups	23994,460	78	307,621		
	Total	24090,000	80			
LTsemuap pasien	Between Groups	6368,436	2	3184,218	3,259	,044
	Within Groups	76205,120	78	976,989		
	Total	82573,556	80			

P1-P5 Respon time

Descriptive Statistics

	N	Range	Min	Max	Mean	Std. Dev	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
P1.rt	1	0	28	28	28.00	.	.
P2.rt	12	64	23	87	46.50	19.374	375.364
P3.rt	60	71	45	116	66.98	14.032	196.898
P4.rt	7	37	60	97	77.14	15.181	230.476
P5.rt	1	0	89	89	89.00	.	.
Valid N (listwise)	1						

P1-P5 lama triage

Descriptive Statistics

	N	Range	Min	Max	Mean	Std Dev	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
P1.lt	1	0	20	20	20.00	.	.
P2.lt	12	98	33	131	54.33	25.900	670.788
P3.lt	60	81	60	141	89.78	25.063	628.173
P4.lt	7	21	119	140	127.00	7.348	54.000
P5.lt	1	0	155	155	155.00	.	.
Valid N (listwise)	1						

Lampiran 7. Surat Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 5095 /UN25.3.1/LT/2018

19 November 2018

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kabupaten Jember

Di

Jember

Memperhatikan surat dari Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6624/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 13 November 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Erik Verawati
 NIM : 172310101222
 Fakultas : Keperawatan
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Ds. Jubung Lor, Sukorambi-Jember
 Judul Penelitian : "Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember"
 Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Paru Jember
 Lama Penelitian : 2 Bulan (21 November-30 Desember 2018)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



Dr. Susanto, M.Pd.

NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth

1. Direktur RS Paru Jember;
2. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
3. Mahasiswa ybs; ✓
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur Rumah Sakit Paru Jember
 di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2839/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 19 Nopember 2018 Nomor : 5095/UN25.3.1/LT/2018 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Erik Verawati / 172310101222
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Ds. Jubung Lor, Sukorambi, Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Paru Jember"
 Lokasi : Rumah Sakit Paru Jember
 Waktu Kegiatan : Nopember s/d Desember 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 27-11-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT PARU JEMBER
Jl. Nusa Indah No. 28 Telp/Fax (0331) 411781/ (0331) 421078

SURAT PERNYATAAN
Nomor : 900/ 47 /102.6/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr Nur Siti Maimunah, M.Si
NIP : 19620511 199003 2 004
Jabatan : Direktur Rumah Sakit Paru Jember

Dengan ini menyatakan bahwa nama sebagai berikut:

NO	NAMA	NIM	FAKULTAS/ JURUSAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Erik Verawati	172310101222	Fakultas Keperawatan Universitas Jember	Gambaran <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> di Intalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember

telah melaksanakan pengambilan data mulai tanggal 3 Desember 2018 s.d. 1 Januari 2019 di Instalasi Gawat Darurat RS Paru Jember.

Demikian surat ini kami buat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 10 Januari 2019
Direktur Rumah Sakit Paru Jember,


dr. Nur Siti Maimunah, M.Si
NIP.19620511.199003 2 004



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT PARU JEMBER
Jl. Nusa Indah No. 28 Telp/Fax (0331) 411781/ (0331) 421078

SURAT PERNYATAAN
Nomor : 900/ 469 /102.6/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr Nur Siti Maimunah, M.Si
NIP : 19620511 199003 2 004
Jabatan : Direktur Rumah Sakit Paru Jember

Dengan ini menyatakan bahwa nama sebagai berikut:

NO	NAMA	NIM	FAKULTAS/ JURUSAN	JUDUL PENELITIAN
1.	Erik Verawati	172310101222	Fakultas Keperawatan Universitas Jember	Gambaran <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Paru Jember

telah melaksanakan penelitian mulai tanggal 2 Januari 2019 s.d. 7 Januari 2019 di Instalasi Gawat Darurat RS Paru Jember.

Demikian surat ini kami buat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 10 Januari 2019
Direktur Rumah Sakit Paru Jember,


 dr. Nur Siti Maimunah, M.Si
 NIP.19620511 199003 2 004

Lampiran 8. Lembar konsul Bimbingan DPU dan DPA

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Erik Verawati
NIM : 172310101222
DPU : Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
14/1/2019	Bab. 5	Gambarkan Ps. per am 100. cara penulisan skripsi 7m.	f
16/1/2019	Bab. 5	Kenapa image & teori time & hubungannya & korelasi	f
18/1/2019	Bab. 5 & 6	- Teori - sesuai piset. y RT & LT - kasus - RT & LT tepat & lama	f
21/1/2019	Bab 5 & 6	- Pembahasan. RT & LT. - perbaikan penulisan. Simpul	f
24/1/2019	Bab 5 & 6	Penggambaran korelasi RT & LT. kesimpulan & per korel.	f
		Acc Sidang	f

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Erik Verawati
 NIM : 172310101222
 DPA : Ns. Muhamad Zulfatul, A'la, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TID
18/9/2019	Konsul Bab 5	REVISI M. - buat pengelompokan - Perbaiki tabel R2 T - Gabung tabel R2 T per sheet → detail	
21/1/2019	Konsul. 5 & 6	- tabel - rubrik p.??	
		ACE	