



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) BALUNG**

**Skripsi**

**Oleh:**

**M. Abdul Salim**

**NIM 172310101228**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) BALUNG**

**Skripsi**

**Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Sarjana keperawatan (S1) dan  
mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)**

**Oleh:**

**M. Abdul Salim**

**NIM 172310101228**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) BALUNG**

Oleh:

**M. Abdul Salim**  
**NIM 172310101228**

Pembimbing

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

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

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, peneliti mempersembahkan skripsi ini kepada :

1. Bapak dan Ibu yang saya hormati, keluarga besar saya yang saya sayangi, keluarga kecil saya yang saya cintai Arini K. Hidayati, Ahmad Rifqi Syifai Baihaqi, Rofiudin Attamimi Syifai Baihaqi dan Saadi Husani Syifai Baihaqi, terimakasih atas doa, dukungan serta motivasi;
2. Teman-teman seperjuangan yang selalu membantu, saling memberi dukungan dan semangat;
3. Teman-teman Alih Jenis angkatan 2017 yang saling memberi dukungan, motivasi, do'a, kerjasama dan kebersamaannya;
4. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalamannya kepada peneliti selama menempuh studi serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

**MOTTO**

“ Mencari ilmu itu adalah wajib bagi setiap muslim laki-laki maupun perempuan”  
(H.R Ibnu Majah)

Dan Kami telah menghilangkan daripadamu bebanmu, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari suatu urusan kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.  
(Al QS. Al Insyirah: 2;6;7;8)

Mohonlah pertolongan Allah dengan sabar dan sholat. Hal itu sungguh sangat berat kecuali bagi mereka yang khusyu’.  
(Q.S. Al-Baqarah : 45)

---

Zulfahmi Lubis, M. Ag, *Kewajiban Belajar*. Medan: Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan UIN Sumatera Utara.

Kementerian Agama RI, *Alqur'an dan terjemahannya*. Bandung: Sygma Ekamedia Arkanleema (hal 7,596).

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : M. Abdul Salim

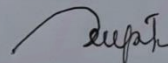
NIM : 172310101228

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time* Dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan bukan hasil jiplakan kecuali pada pengutipan yang telah disebutkan sumbernya, serta belum pernah diajukan pada instansi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi skripsi ini sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Maret 2019

Yang menyatakan,



M. Abdul Salim

NIM 172310101228

PENGESAHAN

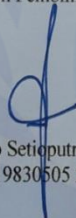
Skripsi yang berjudul “ Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung” telah diuji dan disahkan pada:

Hari/tanggal : Senin, 04 Maret 2019

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan 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 Zulfatul A'la, S. Kep., M. Kep  
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I



Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. Kep. MB  
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji II



Ns. Fitrio Deviantony, S. Kep., M. Kep  
NRP. 760018001



Mengesahkan,  
Dean Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember

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

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung (*The Description of The Response and Triage Time in The Emergency Room of Balung Regional Hospital.*

M. Abdul Salim

Faculty of Nursing The University of Jember

### ABSTRACT

*The services performed to emergency patients holds a very important role as time saving is life saving. One of indicator of the quality service is in the form of response time. It is the length of time spent to handle the patient which is calculated since the patient enters the treatment room until the receives treatment. Meanwhile, triage is the sorting method toward patient's emergency situation that determines the priority of advanced treatment. The objective of this research is to find out the description of the of response and the triage time at Emergency Room at Balung Regional Hospital. The research employs quantitative descriptive method, where there is one variable which consist two element, response time and triage time. The population of this research is the health providers (doctors and nurses) who serve at the Emergency Room at Balung Regional Hospital. Numbering 17 nurses as the sample. The instruments the research is observation sheets. The results regarding of response time at Emergency Room Balung Regional Hospital reveals the average time of 2.42 minutes, the quickest response time is recorded at morning shift with the average time 1.89 minutes and the longest response time is recorded at the night shift with the average of 2.76 minutes, The average triage at the Emergency Room of Balung Regional Hospital is 2.36 minutes, the quickest triage is recorded at the morning shift at 1.82 minutes, meanwhile the longest is recorded at the night shift at 2.59 minutes. This limited time available causes the characteristics of health providers (age, education, gender, length of work, skills, workload, workforce status, attitudes, training and work history) has not been thoroughly inspected, it is expected that the future researchers has adequate time to do so, in order that the characteristics of the health providers observed thoroughly, not only nurses but also doctor, respectively.*

*Key Word: response time, triage time, emergency room*



## RINGKASAN

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung; M. Abdul Salim 172310101228; 2019; 130 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, cermat dan tepat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting (*time saving is life saving*) bahwa waktu adalah nyawa, salah satu indikator mutu pelayanan adalah *respon time*. *Response time* merupakan kecepatan dalam menangani pasien, dihitung sejak pasien datang di IGD sampai dilakukan penanganan. 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 *response 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*). *Triage* merupakan suatu proses dalam menentukan prioritas berdasarkan ancaman nyawa untuk mencegah kematian. Dalam melakukan *triage* dilakukan penanganan cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien, pemberian label berdasarkan prioritas, Kecepatan pertolongan pada pasien dengan kasus gawat darurat menjadi elemen penting dalam penanganan pasien disebuah Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *respon time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung. Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang bertugas di IGD. Sampel yang digunakan adalah perawat IGD berjumlah 17 orang dengan desain penelitian deskriptif kuantitatif dengan teknik total sampling,

terdapat satu variabel yang memuat dua unsur yaitu *response time* dan lama *triage*. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi *respon time* dan lama *triage*.

Hasil *Response time* di IGD RSD Balung rata-rata 2,42 menit, *respon time* tercepat pada *shift* pagi rata-rata 1.89 menit dan terlama pada pada *shift* malam rata-rata 2,76 menit, *Triage* di IGD RSD Balung rata-rata 2,36 menit, *triage* tercepat pada *shift* pagi rata-rata 1,82 menit, dan terlama pada *shift* malam rata-rata 2,59 menit. Responden tergolong kelompok umur produktif rata-rata berumur 32,35 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki (64,70%), semua petugas adalah berpendidikan tinggi dan lama kerja terbanyak adalah 1 – 5 tahun (52,94%).

Karakteristik tenaga kesehatan meliputi pendidikan, umur, jenis kelamin, lama bekerja, keterampilan, beban kerja, sikap, status ketenagaan, pelatihan dan riwayat bekerja. Karena keterbatasan waktu dalam penelitian ini yang waktunya singkat, sehingga karakteristik tenaga kesehatan belum diteliti secara menyeluruh, diharapkan peneliti selanjutnya memiliki waktu yang cukup sehingga karakteristik bisa diteliti menyeluruh.

## PRAKATA

Dengan segala kerendahan hati, peneliti panjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahNya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul “ Gambaran *Response Time* dan *Lama Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung”. Sholawat dan salam kita limpahkan kepada junjungan kita nabi besar Muhammad SAW yang telah membawa umatnya dari alam kegelapan menuju alam yang terang benderang seperti sekarang ini. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata (S1) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu, pada kesempatan ini saya menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada: ini,

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep, M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Baskoro Setioputro, M. Kep selaku dosen Pembimbing Utama dan Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota;
3. Ns. Wantiyah, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan, bimbingan dan motivasi selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan;
4. Seluruh dosen, staf dan karyawan yang telah memberikan dukungan selama saya melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan;
5. Bapak, Ibu, keluarga saya dan keluarga besar saya yang selalu memberikan do'a dukungan dan motivasi demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Teman-teman seperjuangan yang selalu membantu, saling memberi dukungan dan semangat dalam mengerjakan skripsi ini;
7. Teman-teman Alih Jenis angkatan 2017 yang saling memberi dukungan, motivasi, do'a, kerjasama dan kebersamaannya untuk tepat waktu terselesaikannya skripsi ini;

8. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, baik karena keterbatasan ilmu yang dimiliki maupun kesalahan dari diri sendiri, oleh karena itu peneliti mengharap adanya masukan dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, besar harapan peneliti semoga mendatangkan manfaat bagi semua khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Maret 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN BIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .. .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Bagi Peneliti .....	6
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	6
1.4.3 Bagi Rumah Sakit .....	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Rumah Sakit .....	8
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit.....	8
2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	8
2.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD) .....	9
2.2.1 Pengertian IGD.....	9
2.2.2 Peran dan Tugas IGD .....	10
2.2.3 Kegiatan IGD .....	10
2.2.4 Prosedur Pelayanan IGD .....	12
2.2.5 Mutu Pelayanan IGD.....	13
2.3 Waktu Tanggap atau <i>Response Time</i> .....	14
2.3.1 Pengertian <i>Response Time</i> .....	14
2.3.2 Tujuan <i>Response Time</i> .....	14
2.3.3 Standar <i>Response Time</i> .....	14
2.3.4 Pengukuran <i>Response Time</i> .....	15

2.3.5	Penilaian.....	16
2.3.6	Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Response Time</i> ...	17
2.4	<i>Triage</i> .....	22
2.4.1	Awal Mula <i>Triage</i> .....	22
2.4.2	Pengertian <i>Triage</i> .....	23
2.4.3	Tujuan <i>Triage</i> .....	23
2.4.4	Prinsip <i>Triage</i> .....	26
2.4.5	Sistem <i>Triage</i> .....	26
2.4.6	Proses <i>Triage</i> .....	29
2.4.7	Klasifikasi <i>Triage</i> .....	30
2.5	Kerangka Teori.....	56
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>		<b>57</b>
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>		<b>58</b>
4.1	Desain Penelitian.....	58
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian .....	58
4.2.1	Populasi Penelitian.....	59
4.2.2	Sampel Penelitian.....	60
4.2.3	Teknik Sampling.....	60
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian.....	60
4.3	Lokasi Penelitian.....	61
4.4	Waktu Penelitian .....	60
4.5	Definisi Operasional.....	62
4.6	Pengumpulan Data.....	63
4.6.1	Sumber Data .....	63
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data .....	64
4.6.3	Alat Pengumpulan Data .....	65
4.7	Pengolahan Data .....	65
4.7.1	<i>Editing</i> .....	65
4.7.2	<i>Coding</i> .....	66
4.7.3	<i>Entry Data</i> .....	66
4.7.4	<i>Cleaning</i> .....	66
4.8	Analisa Data.....	67
4.9	Etika Penelitian.....	67
4.9.1	Lembar Persetujuan ( <i>Informed consent</i> ).....	67
4.9.2	Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....	68
4.9.3	Keadilan ( <i>Justice</i> ).....	68
4.9.4	Kemanfaatan ( <i>Benefience</i> ).....	69
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>		<b>70</b>
5.1	Hasil.....	70
5.1.1	Karakteristik Tenaga Kesehatan.....	70
5.1.2	<i>Response Time</i> .....	72
5.1.3	Lama <i>Triage</i> .....	73

5.2 Pembahasan.....	75
5.2.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan.....	75
5.2.2 <i>Response Time</i> .....	78
5.2.3 Lama <i>Triage</i> .....	80
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	83
5.2.1 Waktu penelitian.....	83
5.2.2 Sampel.....	83
5.3 Implikasi Keperawatan.....	83
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>84</b>
6.1 Kesimpulan.....	84
6.2 Saran.....	84
6.2.1 Bagi Rumah Sakit.....	84
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	85
6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>86</b>

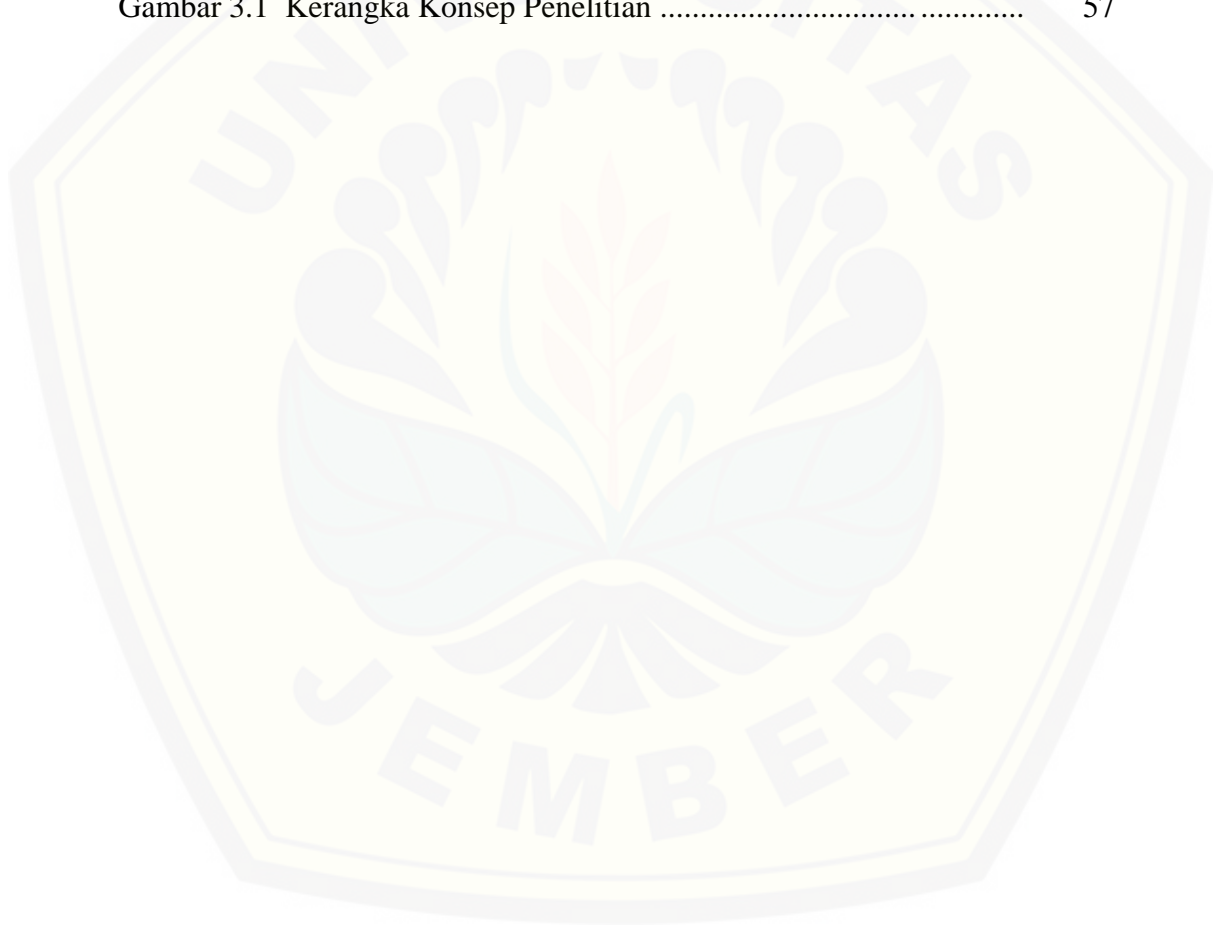
**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 <i>Key Performance Indicator</i> .....	13
Tabel 2.2 Standar <i>Response Time</i> .....	15
Tabel 2.3 Prioritas <i>Triage</i> .....	34
Tabel 2.4 Tindakan Penyelamatan Hidup Segera.....	38
Tabel 2.5 AVPU Level.....	39
Tabel 2.6 Kebutuhan Sumber Daya Pada ESI Level 3,4,5.....	50
Tabel 4.1 <i>Timeline</i> Penelitian.....	62
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	63
Tabel 5.1 Distribusi Umur Tenaga Kesehatan IGD.....	70
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin Tenaga Kesehatan IGD.....	70
Tabel 5.3 Distribusi Pendidikan Tenaga Kesehatan IGD.....	71
Tabel 5.4 Distribusi Rata-rata Lama Bekerja Tenaga Kesehatan IGD	72
Tabel 5.5 Distribusi Rata-rata <i>Response Time</i> Tenaga Kesehan Masing-masing Shift.....	72
Tabel 5.6 Distribusi Rata-rata <i>Response Time</i> Tenaga Kesehatan IGD RSD Balung Bulan Desember 2018.....	73
Tabel 5.7 Distribusi Rata-rata Lama Triage Tenaga Kesehatan Masing-masing Shift.....	73
Tabel 5.8 Distribusi Rata-rata Lama Triage Tenaga Kesehatan IGD RSD Balung Bulan Desember 2018.....	74
Tabel 5.9 Hasil Uji Korelasi.....	74
Tabel 5.10 Pedoman Interpretasi.....	75



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> Petugas Kesehatan.....	17
Gambar 2.2 Dasar-dasar <i>Triage</i> .....	24
Gambar 2.3 Tindakan Dasar penanganan Korban/Pasien.....	25
Gambar 2.4 Bantuan Hidup Dasar (BHD) .....	28
Gambar 2.5 Logaritma Pengambilan Keputusan <i>Triage</i> ESI.....	37
Gambar 2.6 Logaritma ESI Level 1 .....	38
Gambar 2.7 Logaritma ESI Level 2 .....	41
Gambar 2.8 Logaritma ESI Dengan Sumber Daya.....	48
Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian.....	56
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	57



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i> .....	91
B. Lembar <i>Consent</i> .....	92
C. Lembar Observasi <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> .....	93
D. Lembar SOP <i>Respon Time Triage</i> .....	94
E. Denah IGD RSD Balung.....	96
F. Jadwal Jaga Perawat IGD Bulan Desember 2018.....	97
G. Lembar Bimbingan .....	98
H. Descriptive Statistics.....	103
I. Correlations.....	104
J. Surat Ijin Penelitian.....	106
K. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian.....	100
L. Data responden .....	111

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif yang ditunjang adanya pelayanan rawat inap, rawat jalan dan juga gawat darurat. Rumah Sakit sebagai salah satu dari fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang kompleks, berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya berinteraksi satu sama lainnya. Rumah Sakit didirikan untuk mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumberdaya manusia serta meningkatkan mutu standar pelayanan rumah sakit, memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat dan sumberdaya manusia di rumah sakit tersebut (Undang-Undang Republik Indonesia No 44, 2009).

Kegawatan merupakan suatu keadaan yang menimpa seseorang yang dapat menimbulkan ancaman jiwa, dalam artian perlu pertolongan tepat, cermat dan cepat, bila tidak tertangani maka seseorang tersebut dapat mati atau menderita kecacatan (Suwardi *et al*, 2013). Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 19, 2016). Pelayanan kegawatdaruratan membutuhkan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi (Suhartati, 2011). Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam pemeliharaan dan peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan sebagai bagian utama dari pembangunan kesehatan. Pelayanan kegawatdaruratan merupakan hak asasi sekaligus kewajiban yang harus mendapat perhatian (Asmawi, 2017)

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).

Salah satu indikator keberhasilan penanganan medik gawat darurat adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan kepada pasien. Penelitian yang dilakukan Naser *et al* (2015) terhadap 40 perawat di RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado menyatakan sebagian besar *respon time* perawat lambat berjumlah 25 orang (62%), hasil penelitian lain *respon time* perawat > 5 menit sebanyak 17 perawat (56.7%) dari 30 perawat yang diteliti (Maatilu *et al*, 2014).

Pencapaian indikator pelayanan IGD seperti yang telah ditetapkan kementerian kesehatan pada beberapa rumah sakit sudah cukup baik, *response time* perawat di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta  $\leq 5$  menit sebanyak 38 dari 55 orang (69,1%), (Mahyawati, 2015), di IGD RSI Siti Khadijah Palembang sebanyak 30 dari 30 perawat yang diteliti (100%), (Apriyani dan S. Febriani, 2017), dan IGD RS Panti Waloyo Surakarta 88 dari 95 perawat (92,6), (Widodo, 2015).

Kunjungan pasien di Instalasi Gawat Darurat cukup banyak, di Rumah Sakit UPT Vertikal Kementerian Kesehatan tahun 2016 berjumlah 562.281 sedangkan tahun 2017 berjumlah 517.326 pasien, sedangkan di Jawa Timur jumlah kunjungan ke rumah sakit mencapai 13.698.676 pasien (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2017) dan jumlah pengunjung ke Rumah Sakit di Jember mencapai 599.532 pasien (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2015).

*Response time* merupakan kecepatan dalam menangani pasien, dihitung sejak pasien datang di IGD sampai dilakukan penanganan (Suhartati, 2011). Waktu tanggap yang baik adalah  $\leq 5$  menit (Kepmenkes, 2009). Di dalam profil indikator definisi *respon time*/waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan medis.

Waktu tanggap pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat dihitung dengan menit, dampak terhadap pasien bila penanganan terlambat adalah kerusakan organ yang disebabkan oleh cedera, kecacatan, peningkatan kejadian morbiditas dan mortalitas serta beban pembiayaan semakin besar (Sabriyati et al, 2012), hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: pengetahuan, pendidikan, keterampilan, lama kerja, ketersediaan sarana dan prasarana maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti laboratorium, farmasi, radiologi, dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu standar yang ada (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). 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 *response 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 disebut 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* merupakan suatu proses dalam menentukan prioritas berdasarkan ancaman nyawa untuk mencegah kematian, dalam melakukan *triage* dilakukan penanganan cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien, pemberian label berdasarkan prioritas, warna merah dalam kondisi *emergensi*, warna kuning dalam kondisi gawat, warna hijau dalam kondisi tidak gawat dan warna hitam sudah meninggal. Pengkajian keperawatan kedaruratan adalah suatu hal yang sangat

penting dalam menyelamatkan jiwa dari kematian dan kecacatan, perawat harus terampil dan tepat ketika melakukan pengkajian, kelalaian dalam melakukan tindakan akan menyebabkan keterlambatan dalam menentukan masalah dan tindakan kedaruratan, pengkajian keperawatan kedaruratan meliputi data subyektif (keluhan dan riwayat pasien) dan data obyektif meliputi *airway, breathing, circulation*, pemeriksaan dari kepala ke kaki (head to toe) dan pemeriksaan penunjang (Hamarno, 2016). Kecepatan pertolongan pada pasien dengan kasus gawat darurat menjadi elemen penting dalam penanganan pasien disebuah Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit. Kecepatan pertolongan dapat menyelamatkan seseorang dari kecacatan atau kematian akibat penyakit atau trauma yang dideritanya disamping ketepatan dalam menentukan diagnosis atau masalah pasien yang datang ke IGD diistilahkan dengan *response time*.

Rumah Sakit Daerah Balung merupakan rumah sakit kelas C diresmikan oleh Bupati Jember pada tanggal 2 Januari 2002. RSD Balung dahulunya didirikan pada jaman kolonial belanda tahun 1940 dengan nama Roemah Sakit Baloeng, seiring dengan perubahan pemerintahan pada tahun 1970 status Roemah Sakit Baloeng berubah menjadi puskesmas pembina dengan fungsi melaksanakan pembinaan kesehatan di desa-desa sekitar. Tahun 1979 Puskesmas Pembina Balung berubah menjadi puskesmas perawatan dan tahun 2002 Puskesmas Perawatan Balung ditingkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Balung. IGD RSD Balung terletak di Jl. Rambipuji No 19 Balung Jember.

Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung merupakan satu-satunya rumah sakit yang unggul di kecamatan Balung dan sekitarnya yang memiliki fasilitas lengkap dan merupakan sektor penampung pasien-pasien dari kecamatan sekitarnya yaitu Puger, Wuluhan, dan Ambulu. Tugas pokok Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilakukan secara terpadu dengan upaya peningkatan, pencegahan dan upaya rujukan serta melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.

Di zaman modern seperti sekarang ini, kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas dan efisien sangatlah tinggi, terutama dalam bidang pelayanan kesehatan. Persaingan yang terjadi diantara rumah sakit menjadikan kepuasan pasien menjadi prioritas utama, dimana kepuasan pasien akan terpenuhi bila pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan mereka (Utama *et al.* 2013). Istilah pelayanan prima sendiri merupakan terjemahan dari *serviceexcellence*, yang secara harfiah berarti pelayanan yang sangat baik atau pelayanan yang terbaik (Saputra, 2018). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif, dengan demikian pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya (Suroso, 2011).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dalam penelitian ini dirumuskan suatu masalah “ Bagaimana Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *trriage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik tenaga kesehatan (perawat) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.

- b. Mengetahui *response time* tenaga kesehatan (perawat) dan *response time* masing-masing *shift* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.
- c. Mengetahui lama *triage* tenaga kesehatan (perawat) dan lama *triage* masing-masing *shift* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan wawasan peneliti mengenai konsep *response time triage*.

##### 1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan pustaka, masukan dan referensi tambahan untuk pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan kegawatdaruratan yaitu waktu tanggap (*response time*) *triage* tenaga kesehatan yang menangani pasien gawat darurat.

##### 1.4.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk optimalisasi kemampuan tenaga kesehatan dalam hal *response time triage* dan bermanfaat bagi rumah sakit guna memperbaiki pelayanan di IGD.khususnya Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.



### 1.5 Keaslian Penelitian

No.	Item	Penelitian Dahulu	Penelitian Sekarang
1.	Judul	<i>Respon Time</i> Perawat di ruang Instalasi Gawat Darurat.	Gambaran <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> di IGD RSD Balung
2.	Tahun	2016	2018
3.	Sampel	32	17
4.	Peneliti	Sri Hartati dan Halimuddin	M. Abdul Salim
5.	Desain	Cros sectional study	Deskriptif kuantitatif
6.	Tujuan	Mengetahui hubungan karakteristik perawat dengan <i>respon time</i> di ruang IGD RSUD Mauraxa Banda Aceh.	Mengetahui gambaran <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung
4.	Populasi	Perawat di ruang IGD	Tenaga kesehatan IGD
5.	Teknik Sampling	<i>Total sampling</i>	<i>Total sampling</i>
6.	Alat Ukur	Lembar kuesioner dan observasi	Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> dan Observasi langsung dengan menggunakan stopwach

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Rumah Sakit

#### 2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap dan rawat jalan serta gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia No 44, 2009). Rumah Sakit adalah organisasi/lembaga yang kompleks yang memberikan pelayanan kesehatan kepada seseorang ditunjang dengan peralatan yang canggih dan petugas yang terlatih melalui pendidikan dan terkoordinasi bersama untuk tujuan memulihkan dan menjaga kesehatan yang baik (Jayasutha).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya disebut sarana kesehatan. Sarana kesehatan fungsinya melakukan upaya kesehatan dasar, yang diselenggarakan dengan pendekatan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*curatif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Undang-Undang Republik Indonesia No 36, 2009). Pelayanan langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis, pelayanan farmasi dan pelayanan keperawatan. Pelayanan pasien melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit atau luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan.

#### 2.1.2 Tugas dan fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, sedangkan fungsinya adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat II dan III sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan SDM dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan bidang kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum (RSU) dan rumah sakit khusus (RSK). Rumah Sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan pada semua jenis bidang dan jenis penyakit sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas C dan rumah sakit umum kelas D. Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B, dan rumah sakit kelas C.

## **2.2 Instalasi Gawat Darurat**

### **2.2.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat**

Instalasi gawat darurat (IGD) menurut Suhartati (2011) adalah Instalasi rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multidisiplin ilmu dan profesi.

Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera mungkin untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No

19, 2016). Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No 856 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat untuk meningkatkan kualitas instalasi gawat darurat.

### 2.2.2 Peran dan Tugas Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi gawat darurat mempunyai peran dan tugas, dalam web rumah sakit Hasan Sadikin Bandung, disebutkan bahwa peran dari instalasi gawat darurat adalah :

- a. Memberikan pelayanan gawat darurat yang cepat, tepat dan cermat serta terjangkau sesuai dengan yang di butuhkan masyarakat.
- b. Menyiapkan sumber daya manusia (SDM) yang bermutu dan terampil dalam melakukan pelayanan gawat darurat.
- c. Meningkatkan mutu tenaga pelayanan gawat darurat secara berkesinambungan.
- d. Ikut berpartisipasi dalam melaksanakan penelitian di bidang kegawatdaruratan.

Sedangkan tugas IGD adalah :

- a. Menyelenggarakan pelayanan medis pasien gawat darurat yaitu : pasien dengan ancaman kematian dan perlu pertolongan, pasien yang tidak ada ancaman tetapi perlu pertolongan segera, dan pelayanan pasien tidak gawat tidak darurat yang datang ke IGD selama 24 jam secara terus menerus.
- b. Mengelola pelayanan khusus siaga bencana dan pelayanan medis di saat bencana.
- c. Bersama bagian pendidikan dan pelatihan mengelola pelatihan penanganan pasien gawat darurat.

### 2.2.3 Kegiatan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Kegiatan di instalasi gawat darurat meliputi :

a. Penyelenggaraan Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan resusitasi, pelayanan bedah, pelayanan nonbedah, obstetrik ginekologik dan pediatrik meliputi :

- 1) Monitoring supervisi pelayanan medis pada ruang tindakan dan ruang observasi.
- 2) Monitoring supervisi terhadap keluhan pasien.
- 3) Pendataan dan penanganan kasus-kasus bermasalah.
- 4) Audit pelayanan dan kematian.
- 5) Pengawasan transportasi pasien gawat darurat dari IGD ke OK atau ke ICU/ICCU.

b. Pengelolaan Unit Administrasi Umum dan Pengaturan SDM yang meliputi:

- 1) Perencanaan kegiatan;
- 2) Pengawasan rekam medik;
- 3) Penyelenggaraan kesekretariatan;
- 4) Pencatatan, pelaporan dan pengolahan data;
- 5) Pengaturan SDM;
- 6) Pengawasan keamanan dan ketertiban dengan berkoordinasi dengan satpam;
- 7) Akreditasi.

c. Pengelolaan Keperawatan.

- 1) Pengelolaan asuhan keperawatan;
- 2) Pelaksanaan bimbingan, pengawasan, dan penilaian asuhan keperawatan.
- 3) Pengawasan etika profesi keperawatan.
- 4) Pengawasan pendukung pelayanan.

d. Pengelolaann Penunjang dan Pelatihan.

- 1) Pengelolaan peralatan medis dan nonmedis;
- 2) Pengawasan depo farmasi;
- 3) Pengawasan kebersihan;
- 4) Pengelolaan pendidikan dan pelatihan gawat darurat.

e. Penyelenggaraan Pelayanan Siaga bencana.

- 1) Pelayanan penanggulangan gawat darurat terpadu bencana;

- 2) Pelayanan siaga VVIP;
- 3) Pelayanan komunikasi dan informasi;
- 4) Pelayanan siaga dengan pendataan kerawanan dan potensi sumber daya (*geomedic mapping*);
- 5) Pelayanan ambulan;
- 6) Penyiapan tim reaksi cepat (*rapid response*) pada saat terjadi bencana.

#### 2.2.4 Prosedur Pelayanan.

Prosedur dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktifitas, berikut ini merupakan prosedur pelayanan pasien di IGD Rumah Sakit Dr. H. M. Ansari Saleh Banjarmasin adalah:

- a. Pegawai merespon cepat kedatangan setiap pasien dan menerima pasien beserta keluarga dengan ramah.
- b. Pegawai menanyakan surat rujukan kepada pengantar, bila ada, langsung diserahkan ke petugas *triage*.
- c. Bila pasien menggunakan ambulan, petugas *triage* langsung menilai kondisi pasien dan membantu pasien ambulan untuk melakukan evakuasi dari ambulan, pegawai mencari brankar atau kursi roda berdasarkan penilaian petugas *triage* dan pasien dibawa ke ruang *triage*.
- d. Bila pasien datang menggunakan kendaraan lain, pegawai melihat kondisi pasien kemudian memberi tahu petugas *triage*, pegawai mencari brankar bagi pasien yang datang dengan kondisi berbaring, kursi roda bagi pasien yang bisa duduk dan membantu pasien yang bisa berjalan ke ruang *triage* atau duduk di kursi ruang tunggu pasien.
- e. Evakuasi pasien trauma dipimpin oleh dokter *triage* sesuai dengan prosedur cedera.
- f. Bila pasien datang disebabkan bencana, maka evakuasi dilakukan oleh petugas *triage* dibantu oleh pegawai dan petugas keamanan.

- g. Pasien yang datang dicurigai terinfeksi berbahaya, maka pekerya memberikan APD lengkap dan meminta keluarga untuk memakaikannya kepada pasien sebelum pasien dievakuasi ke ruang isolasi.
- h. Pasien yang datang terkena bahan beracun berbahaya (B3), pekerya memakai APD lengkap sebelum mengevakuasi pasien ke ruang dekontaminasi atau ke ruang tindakan.

#### 2.2.5 Mutu Pelayanan di IGD

Kemampuan 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 rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan No 129 Tahun 2008 tentang Standar pelayanan Rumah Sakit yang menggunakan indikator kinerja kunci atau *Key Performance Indicator* (KPI). Dalam standar pelayanan minimal rumah sakit, unit pelayanan IGD memiliki beberapa indikator sebagai berikut :

Table 2.1 *Key Performance Indicator* IGD Rumah Sakit

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat darurat	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%
	Jam pelayanan gawat darurat	24 Jam
	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat dan masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%
	Tersedia tim penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤5 menit setelah pasien datang

Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
Tidak adanya pasien yang membayar uang muka	100%
Kematian pasien $\leq 24$ jam	$\leq$ dua perseribu pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 (delapan) jam

### 2.3 Waktu Tanggap atau *Response Time*

#### 2.3.1 Pengertian *Response Time*

*Response time* adalah kecepatan penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan ( Suhartati, 2011). Sedangkan menurut Haryatun dan Sudaryanto (2008) adalah waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai.

#### 2.3.2 Tujuan *Response Time*

Tujuan dari *response time* adalah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

#### 2.3.3 Standar *Response Time*

Standar *response 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  $\leq 5$  (lima) menit terlayani setelah kedatangan pasien.



Tabel 2.2 Standar *Response Time*

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat darurat	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	$\leq 5$ (lima) menit setelah pasien datang

#### 2.3.4 Pengukuran *Response Time*

Respon time adalah komponen yang relevan dari kerangka pengukuran kinerja layanan darurat, keberhasilan penanggulangan medik pasien gawat darurat ditentukan kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada pasien gawat darurat baik pada keadaan rutin setiap hari maupun waktu ada bencana. *Response time* sangatlah tergantung kepada kecepatan dan kualitas pemberi pertolongan untuk menyelamatkan atau mencegah kecacatan (Haryatun dan Sudaryanto, 2008)

Prosedur pengukuran *response time* dalam penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2015) yaitu dengan cara observasi. Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran (Fatoni, 2006 dalam Nurhasim 2015). Dalam prosedur ini, peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan perawat pertama kali melakukan tindakan awal atau anamnesa sejak pasien masuk ke pintu IGD dengan menggunakan *stopwatch* (arloji).

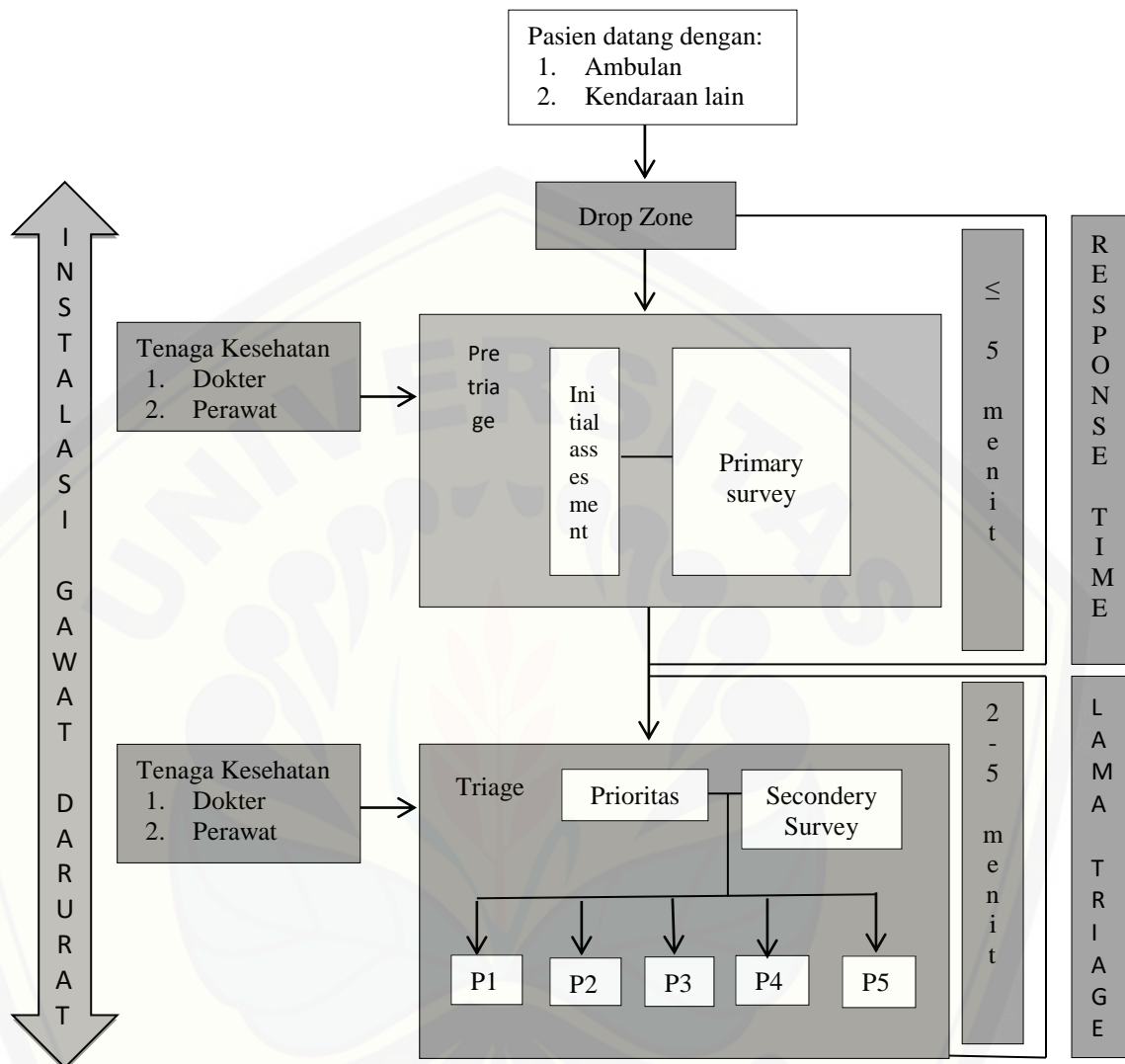
Cara menghitung waktu tanggap seorang petugas kesehatan adalah sejak kedatangan pasien tersebut ke IGD untuk mendapatkan pelayanan penanganan pertama (Kemenkes RI, 2008), terhitung saat pasien membuka pintu masuk IGD untuk mendapatkan penanganan pertama dengan *triage*. Penjelasan dari *Outcomes Quantifying the Impact of Emergency Response Times Interval* adalah proses *response time*, setelah cedera/ kecelakaan terjadi, memastikan keadaan aman dan tidak membahayakan, mencari pertolongan dan telpon ke IGD terdekat dan di mulai 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 di amankan, kedatangan perawat dengan keahlian (*ALS*) dan segera di kirim 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.

### 2.3.5 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.

Gambar 2.1 *Response Time* dan Lama Triage Petugas Kesehatan

### 2.3.8 Faktor Faktor yang Mempengaruhi *Response Time*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *response time* adalah:

#### a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia Mempunyai pengaruh yang besar terhadap *response time*, komponen SDM antara lain:

##### 1) Pengetahuan

Pengetahuan, keterampilan dan kemampuan sangat berhubungan dengan kinerja yang baik, pengetahuan yang tercermin melalui perilaku kinerja dapat diamati, diukur dan dievaluasi (Bukit *et al*, 2017)

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Hartati dan Halimuddin, (2016) pada perawat di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mauraxa Banda Aceh menyebutkan bahwa pengetahuan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas *response time* perawat di IGD, peneliti menyimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *response time*. Peneliti menulis bahwa pengetahuan perawat IGD RSUD Mauraxa Banda Aceh dalam kategori baik yaitu sebanyak 9 orang (28,1%), sedangkan yang kategori rendah 1 orang (3,1%).

## 2) Pendidikan

Seseorang yang berpendidikan dapat menyesuaikan diri dengan tuntutan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), hal ini tentunya berdampak pada meningkatnya efisiensi kerja dan produktivitas meningkat. (Bukit *et al*, 2017). Dalam penelitian yg lakukan oleh Amriyanti dan Setyaningsih, (2012) di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Raden Mattaher Jambi terhadap 26 orang perawat, dimana responden berpendidikan D III 22 orang (84,62%) lebih besar dibanding responden yang berpendidikan D IV (7,69%) dan SPK (7,69%).

## 3) Keterampilan

Keterampilan dan pengetahuan dianggap sebagai karakteristik yang esensial dimana setiap orang membutuhkannya agar efektif dalam pekerjaannya. (Bukit *et al*, 2017). Sedangkan menurut Oman *et al*, (2008) di IGD keterampilan perawat sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis dimana keterampilan sangat penting dalam penilaian awal. Penelitian yang dilakukan oleh Mahrur *et al*, (2016) terhadap 24 perawat di IGD RSUD Dr Soedirman Kebumen, dimana sebagian perawat memiliki *response time* tepat sebanyak 18 (75%)

#### 4) Umur/Usia

Menurut Hurlock (1998) dalam Nur *et al*, (2018), semakin cukup umur seseorang tingkat kematangan dan kekuatan akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari pada yang belum dewasa.

Hasil penelitian Hartati dan Halimuddin (2016) yang juga meneliti umur/usia perawat di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mauraxa Banda Aceh, usia yang diteliti adalah remaja dan dewasa, peneliti menyimpulkan tidak ada hubungan antara umur dengan *response time*.

#### 5) Masa Kerja

*Lengt of service* (lama bekerja) adalah lamanya seseorang menyumbangkan tenaganya pada perusahaan tertentu (Nitisemito, 2006 dalam Hartati dan Halimudin, 2016), sejauh mana tenaga kerja dapat mencapai hasil yang memuaskan tergantung dari kemampuan dan keterampilan agar dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik. Sedangkan menurut Ismani (2001) dalam Hartati dan Halimudin (2016), durasi masa kerja yang lama akan membentuk pola kerja yang efektif, karena berbagai kendala yang muncul akan dapat dikendalikan berdasarkan pengalamannya, sehingga perawat yang berpengalaman akan mempunyai pengetahuan yang semakin banyak dan dapat menyelesaikan tugas dengan baik. Robin (2007) dalam Hartati dan Halimudin (2016) mengatakan bahwa tidak ada alasan yang meyakinkan bahwa orang-orang yang telah lama dalam suatu pekerjaan akan lebih produktif dan bermotivasi tinggi dibanding mereka yang senioritasnya lebih rendah.

Kategori masa kerja perawat yang diteliti oleh Hartati dan Halimuddin, (2016) pada perawat di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Mauraxa Banda Aceh adalah 1 – 5 tahun dan > 5 tahun, peneliti menyimpulkan ada hubungan antara masa kerja dengan *respon time* yaitu masa kerja 1-5 tahun dalam kategori cepat sebanyak 2 orang (6,3%) dan

masa kerja > 5 tahun sebanyak 8 orang (25%), sedangkan kategori lambat masa kerja 1-5 tahun 19 orang (59,4%) dan masa kerja > 5 tahun 3 orang (9,4%).

#### 6) Beban Kerja

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Perawat yang dibebani pekerjaan yang berlebih dapat berdampak kepada penurunan tingkat kesehatan, motivasi kerja, kualitas pelayanan keperawatan dan kegagalan melakukan pertolongan terhadap pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Said dan Mapanganro (2018) di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar perawat yang memiliki beban kerja standar dengan *response time* sangat tanggap (< 5 menit) sebanyak 5 orang (55,6%) dan *response time* cukup tanggap (5-10 menit) sebanyak 4 orang (44,4%).

#### 7) Jenis Kelamin

Studi psikologi menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya dari wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses. Pada umumnya wanita menghadapi tantangan lebih besar dalam mencapai karirnya, sehingga komitmennya lebih tinggi. Hal ini disebabkan pegawai wanita merasa tanggung jawab rumahtangganya ada di suaminya (Wicaksono *et al*, 2014).

Amriyanti dan Setyaningsih (2012) meneliti terhadap perawat pelaksana di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Raden Mattaher Jambi terhadap 26 responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 15 orang (57,69%) dan 16 orang berjenis kelamin perempuan (42,01%).

b. Sarana dan Prasarana

Sarana menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan, sedangkan prasarana adalah sesuatu yang menunjang terselenggaranya proses tersebut. Salah satu sarana rumah sakit adalah *stretcher*, dimana *stretcher* sangat dibutuhkan dalam mobilisasi pasien yang dapat berpengaruh terhadap *response time*, tidak adanya *stretcher* saat dibutuhkan dapat berdampak buruk, karena pasien harus menunggu, hal ini akan mempengaruhi kondisi pasien dan terlambat dalam mendapatkan penanganan, selain itu rumah sakit bisa saja mendapat komplain dari pasien atau keluarganya. Ketersediaan *stretcher* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya kunjungan pasien yang banyak dan bersamaan serta jumlah *stretcher* yang tidak memadai.

Penelitian yang dilakukan oleh Naser *et al.*, (2015) tentang ketersediaan *stretcher* saat dibutuhkan dalam penanganan pasien, peneliti meneliti terhadap 40 responden hasilnya adalah ketersediaan *stretcher* berjumlah 18 (45%) dan ketidakterediaan *stretcher* berjumlah 22 (55%), pengaruhnya terhadap *response time* adalah pasien yang mendapat *response time* > 5 menit 20 orang (50%) dan pasien yang mendapat *response time* < 5 menit berjumlah 13 orang (32,5%)

## 2.4 Triage

### 2.1.1 Awal Mula *Triage*

*Triage* atau triase dalam keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi korban berdasarkan prioritas. Konsep *trriage* pertama kali digunakan pada saat Perang Dunia I (PD I) di Perancis. Pada tahun 1766-1842, seorang dokter bedah bernama Baron Dominique Jean Larrey bertugas merawat tentara Napoleon. Banyaknya korban peperangan pada waktu itu membuat Baron Dominique merawat mereka bukan berdasarkan urutan kedatangan pasien, melainkan berdasarkan sistem perawatan yang paling mendesak. *Triage* fokus pada penanganan korban dengan luka yang tidak terlalu parah dengan tujuan agar tentara bisa segera kembali ke medan perang.

Pada Perang Dunia II (PD II) konsep *trriage* mengalami perubahan. Korban perang tidak lagi dibawa ke pusat pengumpulan korban namun tetap di medan tempur. Tenaga medis melakukan penggolongan pasien yang disebut *Simple Triage and Rapid Treatment* (START). START dimaksudkan untuk membedakan prioritas penanganan di medan perang karena keterbatasan jumlah tenaga medis.

Istilah *trriage* muncul pertama kali di akhir tahun 1950-an dan awal 1960-an. *Triage* digunakan di Instalasi Gawat Darurat karena banyaknya kunjungan korban perang. Penanganan korban perang tersebut, mengakibatkan antrean yang panjang dan memakan waktu lama. Hal tersebut menimbulkan beberapa masalah bagi pasien yang tidak mampu menunggu karena penyakitnya, dan mengalami keterlambatan penanganan medis.

*Triage* di zaman modern pada awalnya hanya dilakukan oleh tim dokter dan perawat. Namun saat ini, *trriage* juga dilakukan seorang perawat Instalasi Gawat Darurat yang berpengalaman, selain digunakan di IGD, *trriage* juga digunakan untuk beberapa hal seperti bencana alam dan kecelakaan massal yang jatuh banyak korban (Mardalena, 2016).



#### 2.4.2 Pengertian *Triage*

Penggunaan awal kata trier mengacu pada penapisan *screening* di medan perang. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan fokus dengan cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap hampir 100 juta orang yang memerlukan pertolongan di IGD pada tiap tahunnya (Oman *et al*, 2008)

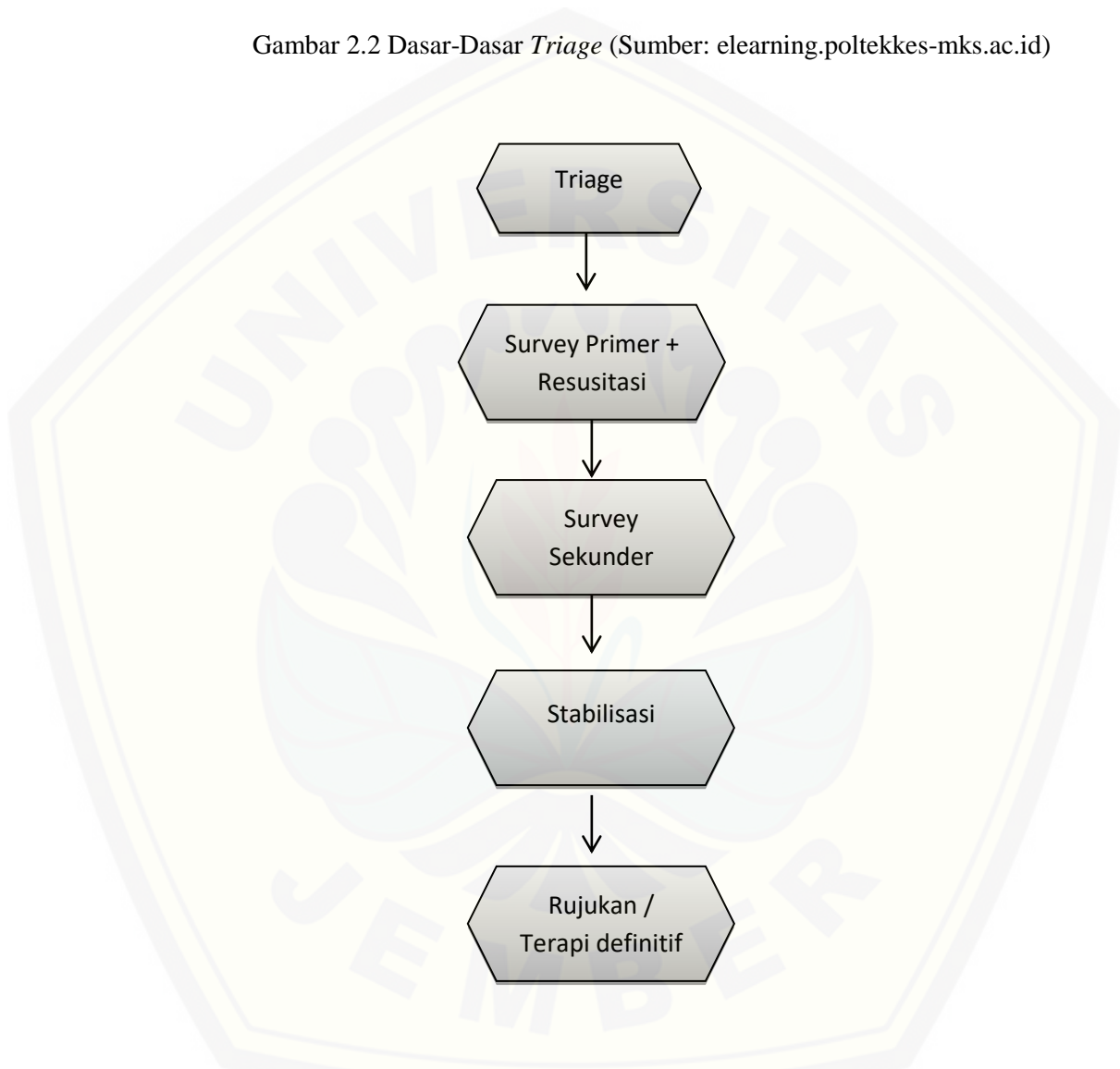
*Triage* adalah pengelompokan korban berdasarkan berat-ringannya trauma/penyakit serta kecepatan penanganannya (Suwardi *et al*, 2013). Suhartati *et al* (2011) mendefinisikan *triage* adalah pemilahan terhadap kegawatan pasien untuk menentukan prioritas penanganan lebih lanjut, sedangkan menurut Hamarno *et al* (2016), *triage* adalah cara penyeleksian atau pemilahan korban berdasarkan tingkat kegawatan.

#### 2.4.3 Tujuan *Triage*

Tujuan *Triage* adalah mempercepat pemberian pertolongan, terutama pada korban dalam keadaan kritis atau *emergensi* sehingga nyawa korban dapat tertolong, (Hamarno *et al*, 2016), 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.

*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. Berikut adalah bagan dasar-dasar melakukan *triage*.

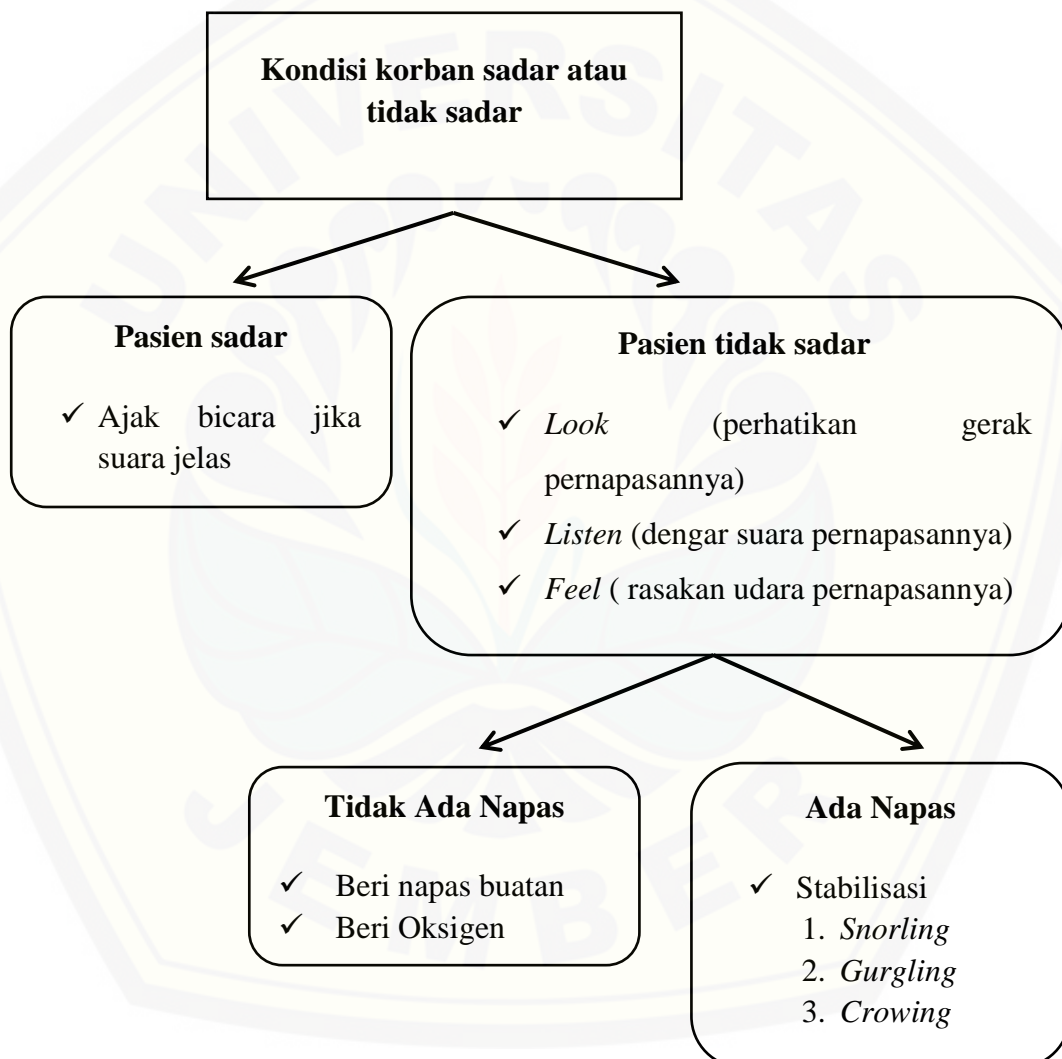
Gambar 2.2 Dasar-Dasar *Triage* (Sumber: elearning.poltekkes-mks.ac.id)



Cara menggali data yang cepat dan akurat dapat dilakukan dengan bertanya kepada pasien. Jika masih bisa diajak bicara, perawat bisa menanyakan secara langsung daftar riwayat kesehatan. Misalnya, apakah pasien memiliki riwayat DM, hipertensi, atau penyakit lainnya. Jika memang korban kecelakaan, untuk mendapat informasi tambahan perawat bisa menanyakan kepada saksi yang melihat kecelakaan mengenai kronologi kejadian. Selain itu perawat juga bisa

bertanya kepada pasien bagian tubuh yang tidak bisa digerakkan. Dalam situasi semacam ini perawat dituntut sigap memberikan pertolongan pertama. Dapat disimpulkan *triage* sebagai bentuk sistem manajemen risiko di IGD. Berikut adalah tindakan yang harus dilakukan perawat dalam penanganan penyelamatan disaat berhadapan dengan korban pertama kali.

Gambar 2.3 Tindakan Dasar Penanganan Pasien/Korban (Sumber: Mardalena, 2016)



Perawat yang melakukan tindakan *triage* wajib memperhatikan kondisi pasien. Apakah pasien dalam kondisi sadar atau tidak, perawat juga harus memperhatikan masalah jalan napas.

#### 2.4.4 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.

Intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien, kepuasan pasien harus dicapai, kepuasan pasien menunjukkan teratasinya suatu masalah. Ketika melakukan *triage* waktu yang dibutuhkan adalah kurang dari 2 menit karena *triage* bukan mencari diagnosa tetapi mengkaji dan merencanakan untuk melakukan tindakan selanjutnya.

#### 2.4.5 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.

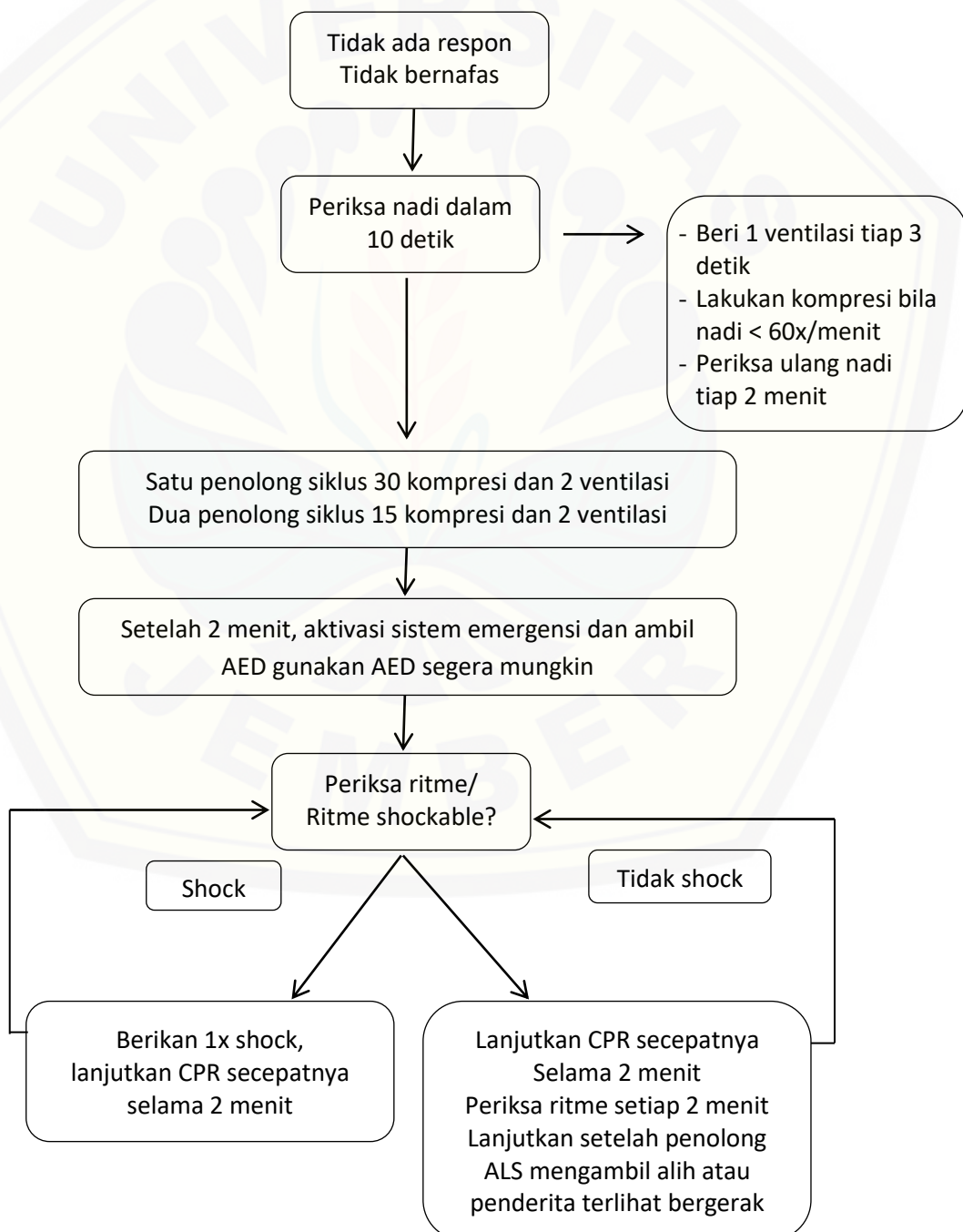
c. *Circulation Support*

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.

Gambar 2.4 Bantuan Hidup Dasar (Sumber: Peryoga, 2017)



### 3. *Triage Two-Tier*

*Triage Two-Tier* adalah tindakan pertolongan pasien yang melibatkan 2 (dua) orang petugas, untuk melakukan pengkajian lebih rinci. Selain *triage two-tier*, ada *triage bedside*. Pasien datang langsung ditangani oleh perawat tanpa menunggu petugas perawat lainnya.

### 4. *Triage Expanded*

Perawat melakukan pertolongan pertama dengan bidai, kompres atau rawat luka. Penanganan ini disertai dengan pemeriksaan diagnostik dan pemberian obat. Jika penyakit/luka parah, penanganan bisa dilakukan dengan tes laboratorium.

#### 2.4.6 Proses *Triage*

Proses *triage* adalah mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan cepat, tepat, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan agar segera ditangani. Dalam tahap ini perawat bukan melakukan diagnosis, melainkan merencanakan intervensi untuk segera membawa pasien ke ruang perawatan. Hal ini bagi pasien yang memang dalam kondisi mengancam nyawa.

Menurut Mardalena (2016) ada dua hal penting untuk memahami proses *triage*, yaitu *undertriage* dan *uptriage*.

#### 1. *Undertriage*

*Undertriage* adalah proses meremehkan (*underestimating*) tingkat keparahan penyakit/cedera. Pasien yang diprioritaskan berdasarkan tingkatan. Misalnya, pasien harus segera ditangani dan diobati masuk prioritas pertama. Sementara itu, pasien prioritas kedua dikategorikan sebagai pasien yang masih mampu bertahan, sehingga perawat dapat menunda dan mengutamakan pasien yang paling parah.

#### 2. *Uptriage*

*Uptriage* adalah proses *overestimating* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. *Uptriage* dilakukan perawat yang merasa ragu ketika melakukan

*triage*. Misalnya, perawat yang merasa ragu dalam menentukan pasien masuk prioritas 3 atau 2. Selain itu, *uptriage* juga dilakukan perawat yang ragu menentukan pasien masuk ke prioritas 1 atau 2. Oleh sebab itu, perawat bisa saja mengganti prioritas yang awalnya telah ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. *Uptriage* digunakan untuk menghindari penurunan kondisi pasien.

Dua hal di atas penting dipahami oleh perawat gawat darurat. Sehingga perawat mampu memutuskan tindakan untuk pasien dengan cepat. Misalnya, apakah segera dibawa ke ruang perawatan atau menunggu.

#### 2.4.7 Klasifikasi *Triage*

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

##### 1. Klasifikasi Kegawatan *Triage*

Klasifikasi (penggolongan) *triage* dibagi menjadi 3 prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*. Menurut *Comprehensive Speciality Standart*, ENA (1999) dalam Oman *at all*, (2008) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada saat melakukan *triage*, pertimbangan didasarkan pada keadaan fisik, tumbuh kembang dan psikososial, faktor-faktor yang mempengaruhi akses pasien pada institusi pelayanan kesehatan, dan alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan termasuk mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan. Berikut klasifikasi pasien dalam sistem *triage* (Mardalena, 2016):

##### a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

Menurut Wijaya (2010) dalam Mardalena (2016), di dalam buku yang berjudul *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*, gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien



mebutuhkan tindakan yang 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 berakibat fatal, seperti gangguan *cardiacarrest*, trauma mayor dengan perdarahan, dan mengalami penurunan kesadaran.

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

Pasien yang memiliki penyakit yang mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penanganan bisa dilakukan dengan 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. Sebagai contoh 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 poli, pasien diberi terapi definitif, misal 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. Misalkan, panu, flu, batuk-pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

## 2. Klasifikasi Tingkat Keutamaan.

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

Pemberian warna juga dilakukan untuk penilaian dan intervensi penyelamatan nyawa. Intervensi biasa digunakan untuk mengidentifikasi *injury*. Pengetahuan akan tindakan yang dilakukan dengan cepat dan tepat memberikan dampak signifikan terhadap keselamatan pasien. Hal ini disebut dengan intervensi *live saving*. Berikut ini berapa warna yang sering digunakan untuk *triage* (Kushariyati, 2013):

### a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani (tingkat prioritas pertama). Warna merah menandakan bahwa pasien dalam keadaan mengancam jiwa. Pasien dengan *triage* merah memerlukan tindakan 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. Dampaknya 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. Selain itu, terjadinya luka pada kepala (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 (enam puluh) kali per menit, napas tidak teratur, lemah, dan kurang menerima rangsangan.

c. Hijau

Hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan yang biasa. Pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi yang mengancam nyawanya. Pasien yang diberi prioritas warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan/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 luka bakar ringan.

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 2.3 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	

### 3. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Kedaruratan *Triage*

Klasifikasi berdasarkan tingkat kedaruratan *triage* memiliki arti yang penting sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di IGD. Perawat melakukan kajian dan mengumpulkan data secara akurat. Ada 2 (dua) cara yang bisa dilakukan. Pertama secara validitas, yaitu merupakan tingkat akurasi sistem kedaruratan. Validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat *triage* dan membedakan tingkat kedaruratan sesuai standar. Kedua, secara reabilitas yaitu perawat yang menangani pasien sama dan menentukan tingkat kedaruratan yang sama pula. Kedua cara tersebut sering digunakan untuk menganalisis dan menentukan kebijakan untuk pasien yang dirawat di IGD.

### 4. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Menurut Iyer (2004) dalam Mardalena (2016), dalam bukunya yang berjudul *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan* menekankan pentingnya petunjuk yang harus dikuasai oleh perawat *triage*. Perawat dituntut mampu mengidentifikasi terhadap klasifikasi prioritas tinggi yang meliputi perdarahan aktif, nyeri hebat, gangguan emosi, stupor,

diaphoresis, dan dispnea saat istirahat. Termasuk mengetahui tanda-tanda vital di luar batas normal dan sianosis.

Klasifikasi *triage* berdasarkan tingkat keakutan dibagi ke 5 (lima) tingkatan, sebagai berikut (Mardalena, 2016):

a. Kelas I

Pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa (pasien mengalami memar minor).

b. Kelas II

Termasuk kelas dua adalah penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien (flu, demam biasa, atau sakit gigi).

c. Kelas III

Pasien berada dalam kondisi semakin mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama (pasien yang mengalami otitis media).

d. Kelas IV

Adapun pasien yang tidak mampu menahan kurang dari dua jam dikategorikan kelas IV. Pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindaklanjuti (pasien penderita asma, fraktur panggul, laserasi berat).

e. Kelas V

Pasien yang berada di kelas V adalah pasien gawat darurat. Apabila pasien diobati terlambat, dapat menyebabkan kematian (shock, henti jantung, dan gagal jantung).

## 5. Klasifikasi Berdasarkan Lokasi Kejadian

### *Triage In-Hospital*

Ada tiga tipe umum dalam sistem *triage in-hospital*, sebagai berikut:

1. *Traffic Director/Triage Non-Nurse*

*Traffic Director* atau *triage non-nurse*. Perawat bukanlah bagian dari staf. Dilakukan oleh petugas yang tidak berijazah(lisensi), pengkajian minimal terbatas pada keluhan utama dan seberapa sakitnya, tidak menggunakan protokol dilakukan tidak berdasarkan standar dan tidak memakai dokumentasi.

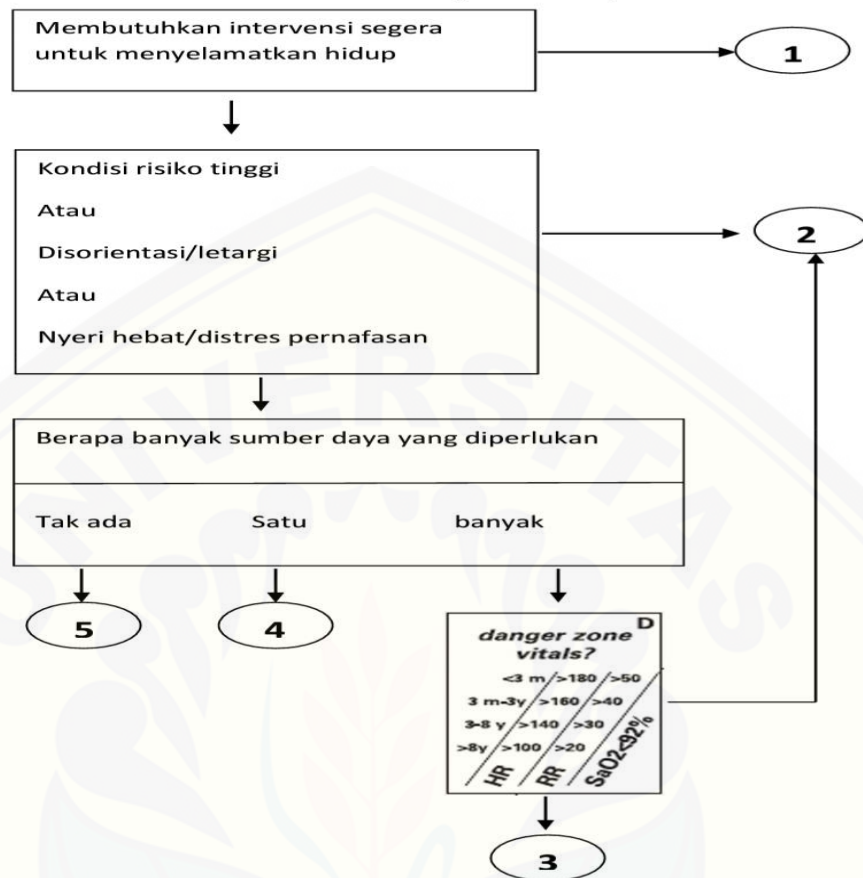
2. *Spot Check Triage/Advance Triage*

*Spot Check Triage* atau *advance triage* merupakan kebalikan dari tipe pertama. Perawat dan dokter harus memiliki lisensi untuk melakukan pengkajian. Pengkajian dilakukan dengan cepat, meliputi latar belakang dan evaluasi, baik evaluasi yang bersifat subjektif ataupun objektif.

3. *Comprehensive Triage*

*Comprehensive Triage* merupakan tipe yang menggunakan sistem *advanced* namun diterapkan bagi perawat yang tidak memiliki lisensi. Perawat nantinya akan diberikan pelatihan dan pengalaman *triage*. dalam pelatihan tersebut, perawat juga diberi bekal tentang tes diagnostik, dokumentasi, evaluasi, dan penatalaksanaan spesifik.

Penanganan *triage* in-hospital juga bisa menerapkan *triage* sistem ESI (*Emergency Severity Index*) atau Indeks Keparahan Darurat adalah algoritma *triase* dengan 5 (lima) tingkat yang dikategorikan pasien gawat darurat dengan mengevaluasi keparahan pasien dan kebutuhan sumber daya. Pada sistem *Trigae ESI* perawat *triase* hanya menilai tingkat keparahan. Jika pasien tidak dalam kriteria tingkat keparahan tergolong level 1 atau 2, perawat *triase* akan mengevaluasi kebutuhan sumber daya yang diharapkan untuk membantu menentukan *triase* level 3, 4, atau 5.

Gambar 2.5 Logaritma Pengambilan Keputusan *Triage* Metode ESI

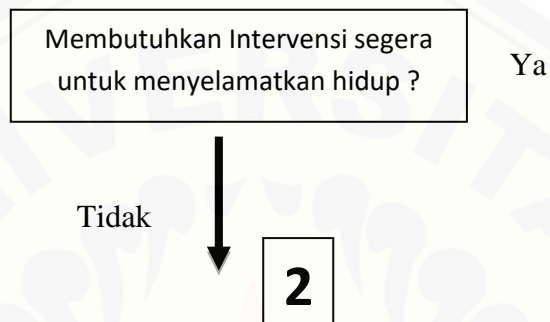
*ESI* digunakan oleh perawat dengan pengalaman *triase*, algoritma *ESI* membutuhkan seorang perawat gawat darurat yang berpengalaman, dengan pelatihan, perawat *triase* akan dengan cepat memberi keputusan tentang triase *ESI* dan levelnya. Menurut Gilboy *et al*, (2012), ada 5 (lima) pengkategorian dalam penanganan *triase*, adalah sebagai berikut :

#### 1. *ESI* level 1

Pasien datang ke IGD hal pertama yang perlu dilihat adalah apakah pasien tersebut memerlukan tindakan penyelamatan hidup *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 *triase* selesai dan pasien secara otomatis diprioritaskan sebagai *ESI* level 1.

Gambar 2.6 Logaritma *ESI* level 1



Tabel 2.4 Tindakan Penyelamatan Hidup Segera

	Menyelamatkan nyawa	Tidak menyelamatkan nyawa
Kepatenan jalan napas	Ventilasi BVM Saluran napas / pernapasan Intubasi Jalan napas bedah CPAP Emergent Emergent BiPAP	Pemberian oksigen Nasal kanul Masker non RBM
Terapi kelistrikan	Defibrillation Kardioversi emergensi	Monitor jantung
Prosedur	Tes dekompresi di dada Pericardiocentesis Operasi thorak Labs Akses intraosseous	Ekg 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 sistol 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 2.5 AVPU level

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

---

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 yang menyakitkan stimulus, seperti peras ke 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.

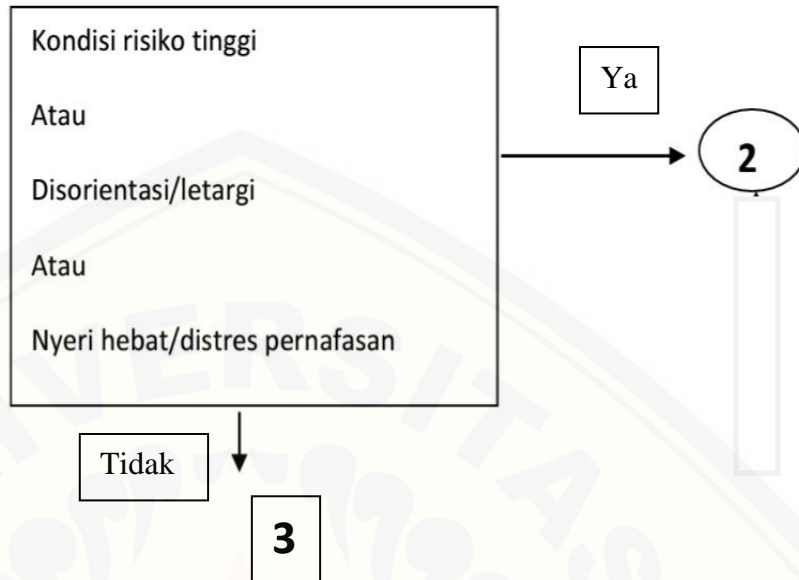
---

Sumber : Buku saku pelayanan kesehatan anak di rumah sakit, 2009

## 2. *ESI* level 2

Pada level ini, perawat triase telah memutuskan bahwa kondisi pasien aman atau tidak untuk sabar di bed pasien. Sementara itu *ESI* tidak membatasi secara spesifik interval waktu yang diperlukan. pasien level 2 *ESI* tetap tinggi prioritas, dan umumnya penempatan dan pengobatan harus dimulai dengan cepat. Pasien juga mengalami kesakitan dan berisiko tinggi. Oleh karena itu kebutuhan akan perawatan segera di temukan dan dilakukan. Kemampuan untuk mengenali situasi berisiko tinggi 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 2.7 Logaritma 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:

- a. Berapa lama pasien merasa sakit?
- b. Bagaimana pasien menggambarkan rasa sakit mereka?
- c. Apa yang membuat pasien datang ke UGD saat ini?
- d. Apakah pasien mengalami mual, muntah, atau diare?
- e. Gejala lain, seperti demam atau hilang nafsu makan?
- f. Apakah pasien mengalami dehidrasi?

Muntah darah atau keluhan utama BAB darah harus dipertimbangkan dan dievaluasi secara serius dalam konteks tanda-tanda vital. Tetapi 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 ketidaknyamanan 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 untuk perawatan definitif.

d. Penyakit umum

Beberapa keluhan medis umum lainnya perlu dipertimbangkan untuk kemungkinan situasi berisiko tinggi, seperti:

- 1) Ketoasidosis diabetic
- 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. Laki-laki dengan torsio 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 berisiko 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 postpartum dengan keluhan utama perdarahan pervagina juga dikategorikan *ESI* level 2 dan dilihat oleh dokter dengan segera. Semua wanita pasien, apakah hamil atau pascamelahirkan, terjadi ketidakstabilan hemodinamik yang signifikan dan membutuhkan penyelamatan hidup segera Intervensi harus diprioritaskan sebagai tingkat 1 *ESI*.

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 ke mata, 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  $38^{\circ}\text{C}$ , 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 pernafasan 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 pernafasan dan memiliki potensi untuk memperburuk keadaan. Potensi etiologi distress pernafasan mungkin termasuk asma, emboli paru, efusi pleura, pneumotoraks, aspirasi benda asing, menghirup asap beracun, atau sesak napas berhubungan dengan nyeri dada.

### m. 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 membuat trauma level 1 dengan mekanisme, 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*,



Kehadiran kebingungan, kelesuan, atau disorientasi mengacu perubahan akut pada level kesadaran (LOC). 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 triase untuk mengurangi rasa sakit, ketika menentukan kategori *triage*. Contoh pasien kriteria nyeri yang parah pada level 2 *ESI* adalah

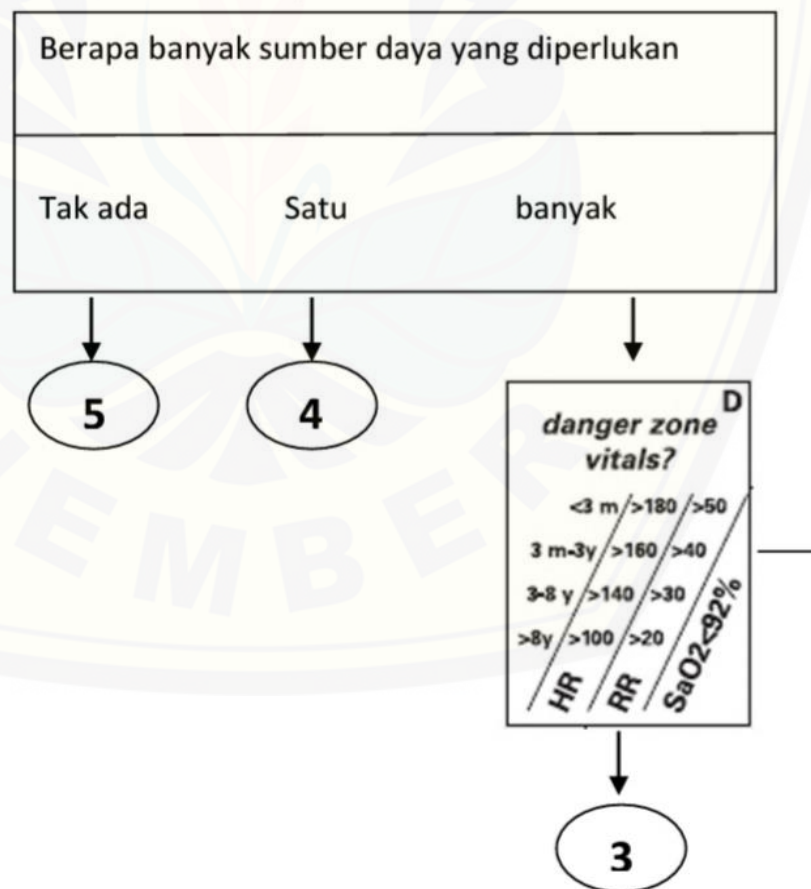
- 1) Seorang pasien dengan nyeri pinggang 10/10 yang menggeliat saat di *triage*.
- 2) Seorang wanita 80 tahun dengan 7/10 digeneralisasikan sakit perut dengan mual yang parah.
- 3) Seorang pasien 30 tahun di nyeri akut krisis.
- 4) Seorang pasien onkologi yang menjalani kemoterapi yang menderita sakit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

6) Wanita, dan lebih sering pria, dengan akut retensi urin.

### 3. *ESI* level 3, 4, 5

Sistem *triageESI* menggunakan pendekatan baru, tidak hanya mencakup penilaian perawat tentang siapa harus dilihat pertama, tetapi juga, untuk pasien yang tidak gawat (Mereka 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 2.8 Logaritma *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 telah juga menetapkan bahwa tingkat *triageESI* 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 *triageESI* 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. Dari sudut pandang klinis, tingkat *ESI* 4 dan 5 pasien stabil dan dapat menunggu beberapa jam untuk dilihat oleh pemberi. Namun, 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 2.6 Kebutuhan Sumber Daya Pada *ESI Level 3,4,5*

SUMBER DAYA	BUKAN SUMBER DAYA
Lab (Darah,Urin)	Anamnesis dan pemeriksaan fisik
ECG,X-Rays	Pemeriksaan status lokasi
CT-MRI-Ultrasonografi	
Angiografi	
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	Rawat luka sederhana (Dressing, kontrol luka)
Resources (hecting/Repair laserasi, Foley kateter)	Tongkat/Kruk, Balut/Sling
Proseder 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. 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.

#### 4. Respon Petugas pada Tiap Kategori *ESI*

Kategori <i>ESI</i>	Respon	Deskripsi Kategori	Deskripsi Klinis
Kategori 1	Penilaian dan tindakan diberikan secara simultan segera mungkin	Kondisi yang mengancam nyawa /berisiko mengancam nyawa bila tidak segera ditangani.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Henti jantung</li> <li>2. Henti nafas</li> <li>3. Sumbatan jalan nafas</li> <li>4. Pernafasan <math>&lt; 10</math>x/menit</li> <li>5. /distres pernafasan berat</li> <li>6. Sistol <math>&lt; 80</math> (dewasa) atau anak dengan klinis shock berat</li> <li>7. Kesadaran (tidak ada respon atau hanya berespon dengan nyeri)</li> <li>8. Kejang berkelanjutan</li> <li>9. Gangguan perilaku berat yang mengancam diri pasien dan orang lain</li> </ol>
Kategori 2	Penilaian dan tindakan diberikan secara simultan	Risiko mengancam nyawa, dimana kondisi pasien dapat memburuk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jalan nafas (stridor disertai distres pernafasan berat)</li> <li>2. Gangguan sirkulasi</li> <li>3. Akral dingin</li> <li>4. Denyut nadi <math>&lt; 50</math> kali</li> </ol>

	<p>dalam waktu 10 (sepuluh) menit</p>	<p>dengan cepat, dapat segera menimbulkan gagal organ bila tidak diberikan penanganan dalam waktu 10 (sepuluh) menit setelah datang</p>	<p>per menit atau lebih dari 150x/menit pada dewasa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Hipotensi dengan gangguan hemodinamik lain (Banyak kehilangan darah)</li> <li>6. Nyeri dada tipikal</li> <li>7. Nyeri hebat apapun penyebabnya</li> <li>8. Delirium(gaduh gelisah)</li> <li>9. Defisit neurologis akut (hemiparesis, disfasia)</li> <li>10. Demam dengan letargi</li> <li>11. Mata terpercik zat asam atau zat basa</li> <li>12. Trauma multipel yang membutuhkan respon tim</li> <li>13. Trauma lokal namun berat (<i>traumatic amputation</i>, fraktur terbuka dengan perdarahan)</li> <li>14. Riwayat tertelan bahan beracun dan berbahaya</li> <li>15. Riwayat tersengat racun binatang tertentu</li> <li>16. Nyeri yang diduga berasal dari emboli paru, diseksi aorta, kehamilan ektopik</li> </ol>
--	---------------------------------------	---	---

			17. Gangguan perilaku (agresif dan kasar, perilaku yang membahayakan diri sendiri dan orang lain dan membutuhkan tindakan <i>restraint</i> )
Kategori 3	Penilaian dan tindakan dapat dilakukan dalam waktu 30 menit	Kondisi potensi berbahaya, mengancam nyawa atau dapat menambah keparahan bila tindakan tidak dilaksanakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensi berat</li> <li>2. Kehilangan darah moderat</li> <li>3. Sesak nafas</li> <li>4. Saturasi oksigen 90-95%</li> <li>5. Paska kejang</li> <li>6. Demam pada pasien AIDS, pasien onkologi, pasien dalam terapi steroid)</li> <li>7. Muntah menetap dengan tanda dehidrasi</li> <li>8. Nyeri kepala dengan riwayat pingsan,</li> <li>9. Nyeri sedang apapun penyebabnya</li> <li>10. Nyeri perut tanpa tanda akut abdomen</li> <li>11. Pasien dengan usia &gt; 65 tahun</li> <li>12. Trauma ekstremitas moderat (deformitas, laserasi, sensasi perabaan menurun,</li> </ol>

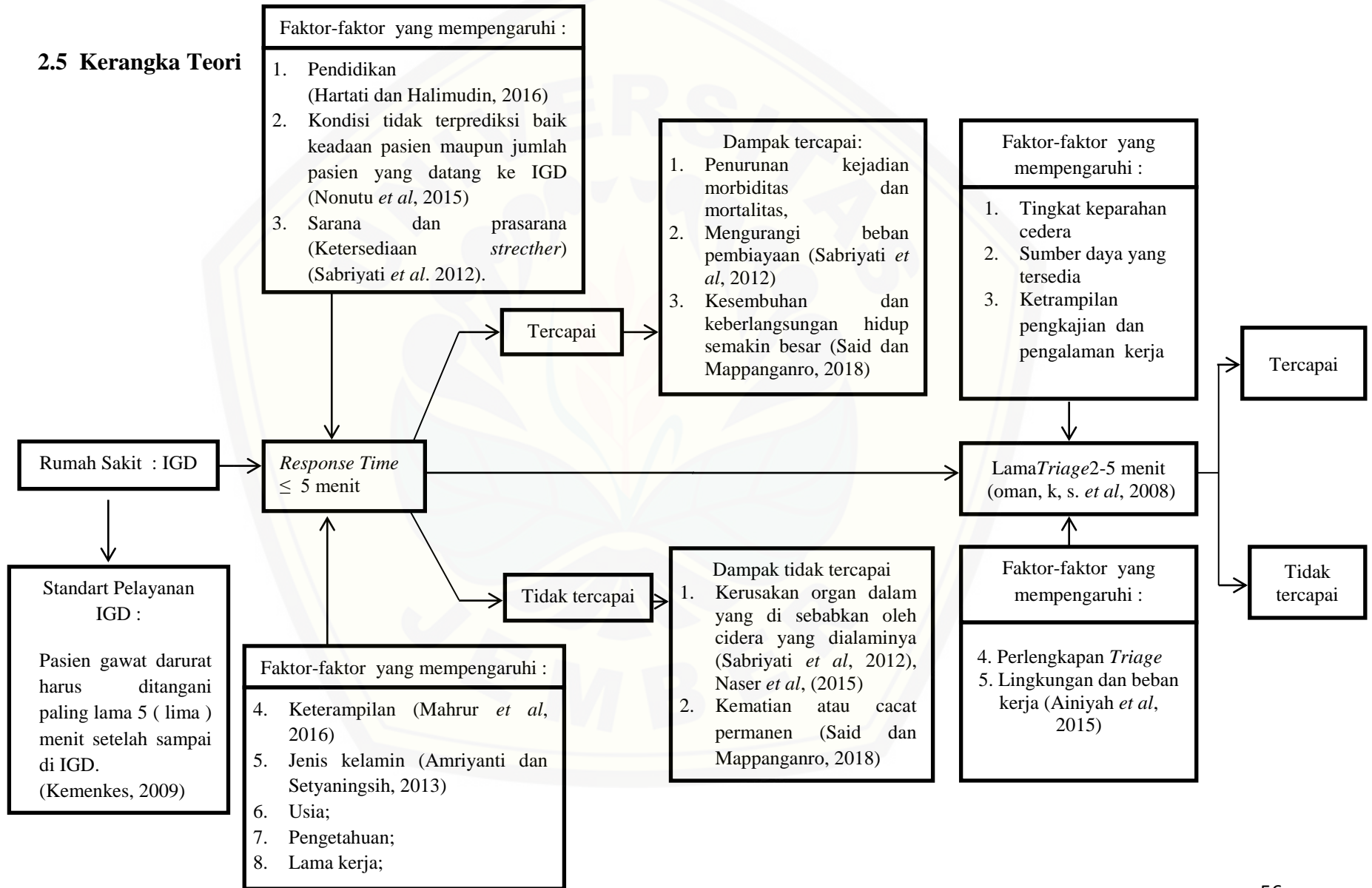
			<p>pulsasi ekstremitas menurun mendadak, mekanisme trauma memiliki risiko tinggi</p> <p>13. Neonatus dengan kondisi stabil</p> <p>14. Gangguan perilaku yang sangat tertekan, menarik diri, agitasi, gangguan isi dan bentuk pikiran akut, potensi menyakiti diri sendiri</p>
Kategori 4	Penilaian dan tindakan dalam waktu 60 menit	Kondisi berpotensi jatuh menjadi lebih berat apabila tindakan tidak segera dilaksanakan dalam waktu 60 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan ringan</li> <li>2. Terhirup benda asing tanpa ada sumbatan jalan nafas dan sesak nafas</li> <li>3. Cedera kepala ringan tanpa riwayat pingsan</li> <li>4. Nyeri ringan-sedang</li> <li>5. Muntah atau diare tanpa rehidrasi</li> <li>6. Radang atau benda asing di mata, penglihatan normal</li> <li>7. Trauma ekstremitas minor (keseleo, curiga fraktur, luka robek sederhana, tidak ada gangguan neurovaskular ekstremitas), sendi bengkak</li> </ol>



			8. Nyeri perut non spesifik 9. Gangguan perilaku (Riwayat gangguan yang merusak diri dan mengganggu orang lain, saat ini dalam observasi)
Kategori 5	Penilaian dan tindakan dalam waktu 120 menit	Kondisi tidak segera, yaitu kondisi kronik atau minor dimana gejala tidak berisiko memberat bila pengobatan tidak segera diberikan	1. Nyeri ringan 2. Riwayat penyakit tidak berisiko 3. Keluhan minor yang saat berkunjung masih dirasakan 4. Luka kecil (luka lecet, luka robek kecil) 5. Kunjungan ulang ganti verban, evaluasi jahitan 6. Kunjungan untuk imunisasi 7. Pasien kronis psikiatri tanpa gejala akut

Sumber: Habib *et al*, 2016

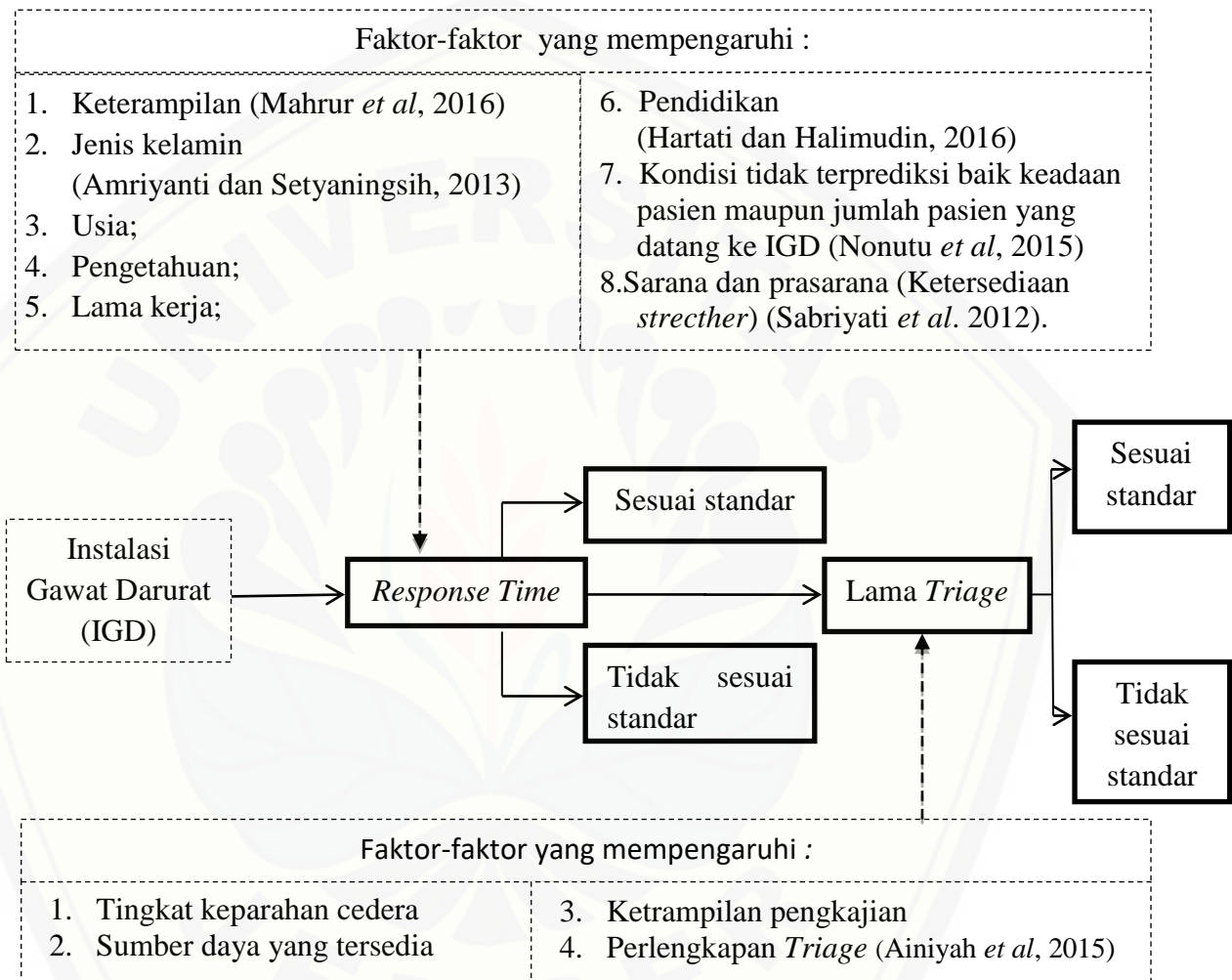
## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian

**BAB 3. KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

- : Diteliti
- : Tidak diteliti
- : Diteliti
- : Tidak diteliti

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah bagian yang penting dalam suatu penelitian, karena suatu penelitian tanpa adanya desain, seperti membangun rumah tanpa adanya gambar. Menurut Surahman *et al*, (2016), Desain penelitian merupakan suatu rencana, strategi dan struktur penelitian yang dimaksudkan untuk menjawab permasalahan yang ada dengan upaya optimalisasi yang berimbang antara validitas dalam dan validitas luar dengan melakukan pengendalian varian. Sedangkan menurut Sugiyono (2010) dalam Yusuf (2015), Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama penelitian. Desain penelitian merupakan rencana yang memuat secara sistematis keseluruhan kegiatan yang akan dilakukan oleh peneliti, disebut sebagai struktur dikarenakan desain penelitian melakukan strukturisasi penelitian yang berarti bahwa dalam desain penelitian tergambar model/paradigma operasional penelitian. Dikatakan juga sebagai strategi dikarenakan didalamnya terkandung petunjuk prosedural bagaimana rencana dan strukturisasi tersebut dapat dijalankan sehingga permasalahan penelitian terjawab. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif.

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan yang karakteristiknya diteliti (Surahman *et al*, 2016). Menurut Sugiyono (2010) dalam Yusuf (2015) Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010) dalam Yusuf (2015) Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang

sedang melaksanakan shift di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung berjumlah 17 orang perawat dan 4 orang dokter.

Instalasi Gawat Darurat RSD Balung pada bagian depan terdapat meja pendaftaran dan informasi dan bagian dalam terdapat ruang jaga petugas, ruang observasi, ruang PONEK, P1, P2 dan P3. Ruang jaga untuk tenaga dokter dan perawat, ruang observasi digunakan untuk pasien yang memerlukan observasi, ruang PONEK pelayanan obstetri neonatal, ruang P1 untuk pasien gawat yang membutuhkan tindakan langsung segera atau beresiko mengancam nyawa, dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, ruang P2 untuk pasien dengan kondisi potensi berbahaya dan ruang P3 untuk pasien tidak beresiko.

Ketenagaan di IGD RSD Balung terdiri dari tenaga dokter dan tenaga perawat. Kepala Instalasi di jabat oleh seorang dokter yang membawahi seorang perawat sebagai koordinator keperawatan dan seorang dokter sebagai koordinator dokter, koordinator dokter membawahi empat (4) orang dokter dan koordinator keperawatan membawahi perawat yang terdiri dari satu (1) orang ketua tim perawat, empat (4) orang penanggung jawab shift dan delapan (8) perawat pelaksana.

Jadwal dinas dibuat agar pelayanan kepada pasien berjalan dengan baik maka dibuatlah *shift* jaga perawat yang terdiri dari tiga (3) yaitu *shift* pagi, *shift* sore dan *shift* malam. *Shift* pagi mulai jam 07.00 sampai jam 14.00, *shift* sore dari jam 14.00 sampai jam 21.00 dan *shift* malam dari jam 21.00 sampai jam 07.00.

Perawat yang berdinas di IGD RSD Balung terdiri dari empat (4) kloter, kloter tersebut berdinas secara bergantian, ada yang berdinas pagi, siang/sore, malam dan ada yang libur/lepas. Petugas yang jaga pada shift pagi terdiri dari dokter, satu (1) orang koordinator perawat, satu (1) orang ketua tim, tiga (3) perawat pelaksana, satu (1) tenaga administrasi dan dua (2) perawat limpahan ICU, shift sore terdiri dari dokter, satu (1) orang perawat penanggung jawab shift dan dua (2) perawat pelaksana sedangkan shift malam terdiri dari dokter, satu (1) orang perawat penanggung jawab shift dan dua (2) perawat pelaksana.

Keseluruhan tenaga kesehatan yang berdinasi di IGD berjumlah 17 orang perawat dan 4 orang dokter, yang bersedia menjadi sampel berjumlah 17 orang perawat. Kode responden dari angka 01 sampai angka 17, dari 17 orang perawat IGD yang bertugas, 14 orang perawat aktif melakukan *triage*. Rata-rata yang berdinasi pada *shift* pagi berjumlah 6 perawat, pada *shift* sore 3 perawat dan pada *shift* malam 3 perawat.

Data pasien IGD RSD Balung pada bulan November 2018 berjumlah 787 pasien termasuk 163 pasien ponak.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian (Surahman *et al*, 2016) Menurut Sugiyono (2010) dalam Yusuf (2015) sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi tersebut. Idealnya dalam suatu penelitian untuk mengetahui karakteristik populasi dengan melakukan pengamatan terhadap sampel, namun dalam praktiknya kita hanya bisa mengamati terhadap sampel, tidak hanya karena biaya penelitian yang besar tetapi juga penelitian terhadap populasi akan memakan waktu yang lama dan menimbulkan kesalahan dalam pengukuran (bias). Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan (perawat) yang sedang melaksanakan shift di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung berjumlah 17 orang.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan cara *total sampling*.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan (perawat) yang sedang shift di IGD RSD Balung. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang harus terpenuhi oleh setiap populasi yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010) dalam Utami (2012). Kriteria inklusi penelitian ini adalah tenaga kesehatan (Perawat) yang sedang berdinam di IGD RSD Balung.

##### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik populasi yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan tidak bisa dijadikan sampel (Notoatmodjo, 2010) dalam Utami (2012). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a) Tenaga kesehatan (perawat) yang tidak bersedia menjadi responden.
- b) Tenaga kesehatan (perawat) yang sedang cuti kerja.
- c) Tenaga kesehatan (perawat) yang sedang melaksanakan pelatihan.

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung Kabupaten Jember Jawa Timur yang terletak di Jl. Rambipuji No 19 Balung

#### 4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah dari bulan Agustus 2018 – Maret 2019 yang dihitung dari pembuatan proposal sampai

dengan publikasi penelitian. Data diambil selama 21 hari dari tanggal 14 Desember 2018 sampai tanggal 03 Januari 2019, 10 kali di *shift* pagi, 10 kali di *shift* sore dan 10 kali di *shift* malam, kemudian pengolahan data, dan dilanjutkan dengan penyusunan laporan skripsi.

Tabel 4.1 *Timeline* Penelitian

Kegiatan	Juli		Ag-sep-okt				November				Desember'18				Januari 2019				Februari				Maret					
	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	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 cara dan batasan pengukuran variabel yang akan diteliti (Surahman *et al*, 2016). Sedangkan menurut Aziz (2007) dalam Yusuf (2015) Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi dan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek ataupun fenomena. Definisi operasional disusun dalam bentuk matrik yang berisi : nama variabel, deskripsi variabel, alat ukur, dan skala ukur yang digunakan penelitian. Definisi operasional dibuat agar mudah dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindari perbedaan interpretasi serta membatasi ruang lingkup variabel. Definisi operasional pada penelitian ini adalah satu variabel, terdiri dari



dua unsur yaitu *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung. Penjelasan definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
<i>Response time</i> tenaga kesehatan (perawat) dan <i>response time</i> masing-masing <i>shift</i> .	Kecepatan dalam melayani pasien, dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai dilakukan tindakan <i>Primary Survey</i> .	1. $\leq 5$ menit 2. $\geq 5$ menit	1. Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> 2. stopwatch/ar loji	Rasio	Memperoleh nilai dalam bentuk menit dan detik. 1. Sesuai standar ( $\leq 5$ menit) 2. Tidak sesuai standar ( $\geq 5$ menit)
Lama <i>Triage</i> tenaga kesehatan (perawat) dan lama <i>triage</i> masing-masing <i>shift</i> .	Kecepatan tindakan <i>Triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>Primary survey</i> sampai ditentukan level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i>	1. 2-5 menit 2. $\geq 5$ menit	1. Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> 2. stopwatch/ar loji	Rasio	Memperoleh nilai dalam bentuk menit dan detik. 1. Sesuai standar (2- 5 menit) 2. Tidak sesuai standar ( $\geq 5$ menit)

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### Data Primer

Data primer adalah berbagai informasi tentang responden yang berkaitan dengan objek penelitian (Yusuf, 2015), data yang berasal dari subyek penelitian berbentuk pertanyaan/ Pernyataan terbuka, tertutup atau gabungan dari dua hal tersebut. Data primer pada penelitian ini menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage*.

#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yaitu menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage* terhadap seluruh tenaga kesehatan yang berdinasi di IGD. Cara pengisian lembar observasi diisi sendiri oleh peneliti. Alur pengambilan data adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan permohonan penelitian ke Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Fakultas Keperawatan menerbitkan surat permohonan ijin melakukan penelitian ditujukan kepada ketua LP3M, surat di bawa ke LP3M untuk diterbitkan surat permohonan ijin melakukan penelitian ditujukan kepada kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten Jember, kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten Jember menerbitkan surat rekomendasi yang ditujukan kepada kepala RSD Balung, pihak Rumah Sakit Daerah Balung menerbitkan surat ijin penelitian, surat tersebut guna untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time* lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung.
- b. Peneliti membawa surat ijin penelitian kepada kepala ruang IGD dan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian.
- c. Peneliti menghampiri tenaga kesehatan IGD dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kemudian menyerahkan lembar persetujuan *inform consent*.
- d. Peneliti melakukan observasi *response time* dan lama *triage* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung.

#### 4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage* yang terdiri dari informasi tentang responden yang terdiri dari kode responden, usia/umur, pendidikan, lama kerja, serta kolom-kolom berisikan nomor, tanggal observasi, waktu kedatangan pasien di IGD dalam WIB, *response time*, lama *triage* petugas kesehatan, dan keterangan *shift* jaga petugas dimana peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan tenaga kesehatan untuk merespon kedatangan pasien yang tiba di IGD dan waktu yg dibutuhkan dalam *mentriage* , peneliti mengelompokkan menjadi 2 tingkatan yaitu :

a. *Respon Time*

- 1) Sesuai standart :  $\leq 5$  menit
- 2) Tidak sesuai standar :  $> 5$  menit

b. Lama *Triage*

- 1) Sesuai standart : 2-5 menit
- 2) Tidak sesuai standar:  $> 5$  menit

#### 4.7 Pengolahan Data

##### 4.7.1 *Editing*

*Editing* merupakan penyeleksian data yang masuk dari pengumpulan data (Yusuf, 2015). Sedangkan menurut Surahman *et al*, (2016), *Editing* adalah kegiatan untuk mengecek, memeriksa atau mengoreksi data apakah sudah :

- a. Lengkap.
- b. Relevan.

- c. Keterbacaan tulisan, apakah tulisannya cukup jelas terbaca.

Peneliti mengecek lembar observasi *response time triage*.

#### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan kegiatan untuk mengklasifikasi data ataupun jawaban menurut kategorinya masing-masing (Yusuf, 2015). Sedangkan menurut Surahman *et al*, (2016), *Coding* adalah kegiatan merubah data dari bentuk huruf pada lembarobservasi menjadi bentuk angka/bilangan dalam rangka memudahkan pengolahan data di komputer. Peneliti merubah data detik ke dalam menit dengan cara hasil data detik dibagi 60 dengan bantuan exel.

#### 4.7.3 Entry data

*Entry data* merupakan pengetikan kode angka dari jawaban responden di lembar observasi ke dalam program pengolahan data di komputer (Surahman *et al*, 2016). Proses pemasukan data pada penelitian ini menggunakan SPSS (*Statistical Package for Sosial Sciences*). Peneliti memasukkan hasil data menit ke dalam komputer dengann menggunakan SPSS.

#### 4.7.4 Cleaning

*Cleaning* merupakan pemeriksaan kembali hasil entry data pada komputer agar terhindarkan dari ketidaksesuaian antara data komputer dan *coding* (Surahman *et al*, 2016). Cara meng-*cleaning* data adalah:

*Missing data*

Mendeteksi missing data dilakukan dengan melakukan list atau distribusi frekuensi dari variabel yang ada. Penelitian memeriksa kembali data yang akan di masukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan data.

#### **4.8 Analisa Data**

Analisa data adalah proses mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema yang dapat dirumuskan hipotesis kerja, atau proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang mudah dibaca dan diinterpretasikan (Surahman *et al*, 2016)

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat yaitu analisis yang dilakukan tiap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat bertujuan data dapat diberi arti yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian dan bahan untuk membuat kesimpulan serta saran yang berguna untuk kebijakan penelitian selanjutnya.

#### **4.9 Etika Penelitian**

##### **4.9.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)**

Lembar persetujuan diedarkan kepada responden sebelum pelaksanaan penelitian dimulai agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi selama pengumpulan data (Yusuf, 2015), jika responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, dan bila tidak bersedia maka peneliti tetap menghormati hak-hak responden. Responden pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung. Tenaga

kesehatan yang bersedia ikut bertsipasi dalam penelitian ini berjumlah 17 orang perawat, sedangkan dokter tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

#### 4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dan kerahasiaan dari responden di jamin oleh seorang peneliti (Yusuf, 2015). Kerahasiaan pada penelitian ini adalah dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas dalam pendokumentasian hasil penelitian yang didapat. Kepentingan dokumentasi seperti foto dan identitas responden disamarkan.

#### 4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Prinsip ini mengandung hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil yaitu responden mempunyai hak yang sama, sebelum, selama dan sesudah selesai menjadi partisipan dalam penelitian dan hak untuk mendapatkan keleluasaan pribadi (Surahman *et al*, 2016), perlakuan yang adil mencakup aspek:

- a. Seleksi responden yang adil dan tidak diskriminatif.
- b. Perlakuan yang tidak menghukum bagi yang menolak atau mengundurkan diri dari kepesertaan dalam penelitian, walaupun pernah menyetujui menjadi partisipan penelitian.
- c. Penghargaan terhadap semua persetujuan yang telah dibuat antara peneliti dan responden, termasuk prosedur dan tunjangan yang telah dijanjikan oleh peneliti.
- d. Responden dapat mengakses penelitian saat diperlukan untuk mengklarifikasi informasi

- e. Responden dapat mengakses bantuan profesional apabila terjadi gangguan fisik atau psikologis.
- f. Mendapatkan penjelasan bila diperlukan.
- g. Perlakuan dengan penuh rasa hormat selama berlangsungnya penelitian.

#### 4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Menurut Surahman *et al*, (2016), Penelitian ini mengutamakan keselamatan responden, prinsip ini mengandung 4 (empat) aspek yaitu:

- a. Bebas dari bahaya, peneliti harus melindungi responden yang di teliti, terhindar dari bahaya atau ketidaknyamanan fisik dan mental.
- b. Bebas dari eksploitasi, keterlibatan responden dalam penelitian tidak seharusnya merugikan bagi dirinya.
- c. Manfaat dari penelitian adalah meningkatnya pengetahuan yang berdampak pada diri responden.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit guna memperbaiki pelayanan di IGD.

## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari penelitian yang telah dilakukan pada tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik tenaga kesehatan : Umur tenaga kesehatan terbanyak pada kelompok umur 31 – 40 tahun sebanyak 9 orang (52,94%). Jenis kelamin yang terbanyak adalah jenis kelamin laki-laki sebanyak 11 orang (64,70%). Semua tenaga kesehatan berpendidikan tinggi yaitu S1 8 orang (47,06%), D4 1 orang (5,88%) dan D3 8 orang (47,06%). Tenaga kesehatan yang paling banyak berdinasi di IGD memiliki lama kerja 01 – 05 sebanyak 9 orang (52,94%).
2. *Respon time* di IGD RSD Balung rata-rata 2,42 menit, *respon time* tercepat pada *shift* pagi rata-rata 1,89 menit dan terlama pada *shift* malam rata-rata 2,76 menit, hal ini sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
3. *Triage* di IGD RSD Balung rata-rata 2,36 menit, *triage* tercepat pada *shift* pagi rata-rata 1,82 menit, dan terlama pada *shift* malam rata-rata 2,59 menit, hal ini sesuai standar waktu yang lazim diperlukan untuk proses *triage*.

### 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

#### 6.2.1 Bagi Rumah Sakit

- a. Adanya keseragaman sistem *triage* antar rumah sakit.
- b. Diharapkan fasilitas ruang *triage* yang telah ada digunakan kembali untuk optimalisasi fungsi *triage* di rumah sakit.
- c. Adanya petugas yang *stand by* di area drop zone sehingga *respon time* semakin cepat.



### 6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sistem *triage* yang berbeda-beda antar rumah sakit merupakan peluang bagi institusi pendidikan untuk membuat standar *triage* rumah sakit, sehingga pelaksanaan *triage* di rumah sakit terstandar secara nasional untuk memudahkan pelaksanaan *triage* di lapangan.

### 6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Karena keterbatasan waktu peneliti dalam penelitian ini yang waktunya singkat, sehingga karakteristik tenaga kesehatan belum diteliti secara menyeluruh dan mendalam, diharapkan peneliti selanjutnya memiliki waktu yang cukup sehingga semua karakteristik tenaga kesehatan dapat diteliti. Karakteristik tenaga kesehatan yang diteliti tidak hanya perawat akan tetapi dokter juga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., Ahsan dan M. Fathoni. 2015. Analisis Faktor Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat darurat. *Jurnal Ners*. 10(1): 147-157
- Apriani. dan S. Febriani. 2017. Hubungan Kegawatdaruratan dengan Waktu Tanggap pada Pasien Jantung Koroner. *Jurnal Kesehatan*. 7(3): 471-477
- Amriyanti. dan Y. Setyaningsih. 2013. Analisis praktik Lama Waktu Tindakan Perawat Pelaksana Pada Pasien IGD Berdasarkan Klasifikasi Kegawatdaruratan Di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 8(2).
- Asmawi. V. Hadju. Dan R. Amiruddin. 2017. Pengaruh Kompetensi Terhadap Kinerja Perawat Instalasi Gawat Darurat Dalam melakukan Triase Di RSUD Kabupaten Majene. *JST Kesehatan*. 7(4): 389-394.
- Astuti, F, W., Ekawati, I, Wahyuni. 2017. Hubungan Antara Faktor Individu, Beban Kerja Dan Shift Kerja Dengan Kelelahan Kerja Pada Perawat Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5(5): 2356-3346.
- Bukit, B., T. Malusa dan A. Rahmat. 2017. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Zahr Publising.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2014*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Fadhilah, N., W. A. Harahap dan Y. Lestari. 2013. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap Pada Pelayanan Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil. *Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Gilboy, N., P. Tanabe., D, Travers dan A. M. Rosenau. 2012 *Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care*. Version 4 Implementation Handbook 2012 Edition. Rockville: MD Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ).
- Hamarno. 2016. *Keperawatan Kegawatdaruratan & Manajemen Bencana*. Cetakan Pertama. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Manusia Kesehatan Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Habib, H., S. Sulistio., R. M. Mulyana. dan I. A. Albar. 2016. Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia.

- Hartati, S., dan Halimuddin. 2017. Response Time Perawat Di Ruang Instalasi Gawat Darurat.
- Haryatun, N., dan A. Sudaryanto. 2008. Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Cidera Kepala Kategori I-V Di IGD RSUD Dr. Moewardi. *Berita Ilmu Keperawatan*. 1(2): 69-74.
- Ikhsan, K., 2014, Pemahaman Perawat Dalam Penerapan Triage Di IGD RSI Sakinah Mojokerto.
- Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. <https://web.rshs.or.id>fasilitas>pelayanan-medis>(Diakses 10 Oktober 2018)
- Jayasutha, J. *Hospital And Its Organization*. New delhi: SRM University.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instalasi Pemerintah Tahun 2016*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instalasi Pemerintah Tahun 2017*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Standar IGD Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan. 25 September 2009 No 856/Menkes/SK/IX/2009. Jakarta.
- Kushariyati, N. 2013. Analisis Metode Triage Prehospital Pada Insiden Korban Masal (Mass Casualy Incident)
- 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).
- Maatilu, V., Mulyadi, dan Malara, R. T. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan*, 2(2).
- Maghfiroh, S., dan Mifbakhuddin. 2015. Hubungan Toleransi Stres, Shift Kerja Dan Status Gizi Dengan Kelelahan Pada Perawat IGD Dan ICU (Studi di RSI Sultan Agung Semarang). *Jurnal kesehatan Masyarakat*. 10(2).
- Mahrur. A., Yuniar I., dan Sarwono. 2016. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lamanya Waktu Tanggap Dalam Pelayanan Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 12(2): 36-43.

- Mahyawati. 2015. Hubungan Kegawatdaruratan Pasien Dengan Waktu Tanggap Perawat Di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Naskah Publikasi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Aisyiyah.
- Mardalena, I. S.Kep. Ns. 2017. *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta:Pustaka Baru Press.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Tentang Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. 6 Februari 2008 No 129/Menkes/SK/II/2008. Jakarta.
- Mulyaningsih. 2013. Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Penerapan MPKP Dengan Supervisi Oleh Kepala ruang Di RSJD Surakarta. *GASTER*. 10(1).
- Naser, R. W. A. M., Mulyadi, dan R. T. Malara, 2015. Hubungan Faktor-Faktor Eksternal Dengan Response Time Perawat Dalam Penanganan Pasien Gawat Darurat Di IGD RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *ejurnal Keperawatan (e-Kp)*. 3(2).
- Nonutu, P. T., Mulyadi dan R. Malara. 2015. Hubungan Jumlah Kunjungan Pasien Dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase Di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado. *ejournal Keperawatan (e-Kp)*. 3(2).
- Nur, D. R. N., B. T. Husodo dan P. Nugraha. 2018. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Evaluasi Program Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita di Taman Posyandu Puskesmas Lamongan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*. 6(1). Semarang: FKM Undip.
- Oman, K, S., J, K. McLain, dan J. S. Linda. 2000. *Emergency Nursing Secrets*. Pennsylvania: Hanley & Belfus, INC. Terjemahan oleh A. Hartono. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016. *Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*. 27 Mei 2016. Lembaran Negara Indonesia Tahun 2016 Nomor 802. Jakarta.
- Peryoga, S. U. 2017. Bantuan Hidup Dasar Dan Bantuan Hidup Lanjut Pada Anak. *Workshop FK UNS 201 Colostrom*. Surakarta
- Pradana, A. P. K. A., Setyawan. Dan I. Rahmawati. 2016. Gambaran Pengetahuan Perawat Dalam Melakukan Triase Di UGD RSUD Kota Surakarta.
- Rumah Sakit Daerah Balung – Jember. <http://rsudbalung.6.te.net> (Diakses pada 1 Oktober 2018).
- Nurhasim, S. 2015. Pengetahuan Perawat Tentang *Response Time* Dalam Penanganan Gawat Darurat Di Ruang *Triage* RSUD Karanganyar.

- Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Sabriyati, W. O. N. I., A. A. Islam dan S. Gaus. 2012. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Pada Response Time I Di Instalasi Gawat Darurat Bedah Dan Non Bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.
- Said, S dan A. Mappanganro. 2018. Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Respon Time Pada Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. *Jurnal of Islamic Nursing*. 3(1)
- Saputra, D. I. 2018. Pelayanan Prima (Service Excellence) Di PT. Nur Dhuha Wisata. *Skripsi*. Surabaya: Program Studi Manajemen Dakwah Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Ampel.
- Suhartati. 2011. *Standar Pelayanan keperawatan Gawat Darurat Di RumahSakit*. Jakarta : Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisan Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Suroso, J. 2011. Indeks Kepuasan Pasien Suatu Rumah Sakit Di Purwokerto. *The Soedirman Journal Of Nursing*. 6(1): 39-46.
- Surahman., M. Rahmat dan S. Supardi. 2016. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Surtiningsih, D., C, Susilo, dan M. A. Hamid,. 2016. Penerapan Response Time Perawat Dalam Pelaksanaan Penentuan Prioritas Penanganan Kegawatdaruratan Pada Pasien Kecelakaan Di IGD RSD Balung. *The Indonesian Journal Of Health Science*. 6(2): 124-131.
- Suwardi., Pudjiastuti, dan Zawawi.. 2013. *Materi Pelatihan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD) Bagi Perawat*. Surakarta: Bagian pendidikan dan Pelatihan RSUD Dr. Moewardi.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. *Tentang Rumah Sakit*. 28 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009. Nomor 153. Jakarta.
- Universitas Jember, 2016. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
- Utama, P., Y., E. P. Apriatni,. dan S. Listyorini. 2013. Analisis Tingkat kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Smarang Dilihat Dari Dimensi Kualitas Pelayanan. *Diponegoro Journal Of Social And Politic*. 2(2): 1-9.

- Utami, R. 2012. Hubungan Penerapan Atraumatik Care Dengan Tingkat Kepuasan Orang Tua Anak Selama Proses Hospitalisasi Di Ruang Anak RSD Balung Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu keperawatan universitas Jember
- Wicaksono, S. A., B. Palestin dan E. Suryan. 2014. Gambaran Motivasi Untuk Bekerja Ke Luar Negeri Pada Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. *Caring*; 2014 – 01 (07) : (47-56)
- Widodo, E. 2015. Hubungan *Respon Time* Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Dengan Kepuasan Pelanggan Di IGD RS. Panti Waluyo Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Yanty, G., D. Karim dan Misrawati. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan IGD Terhadap Tindakan Triage Berdasarkan Prioritas*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.
- Yusuf, S. F. 2015. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Padang Sidempuan: Darmais Press

# LAMPIRAN



Lampiran A Lembar *Informed**INFORMED*

## SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : M. Abdul Salim  
NIM : 172310101228  
Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Koprал Soetomo No 133 Karanganyar Ambulu

Saya dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember akan melakukan kegiatan penelitian dengan judul “Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Daerah Balung”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSD Balung. Peneliti akan mengobservasi secara langsung tentang *respon time triage* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di IGD. Penelitian ini dilaksanakan selama 1 (satu) bulan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan responden, penelitian ini hanya untuk kepentingan ilmiah.

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

Hormat saya,

M. Abdul Salim  
NIM 172310101228



Lampiran B Lembar *Consent*

Kode Responden :

*CONSENT*

## SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai tenaga kesehatan :

Responden :  
Usia :  
Pendidikan :  
Lama bekerja :  
Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari:

Nama : M. Abdul Salim  
NIM : 172310101228  
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSD Balung.

Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu mengetahui gambaran *response time triage* di IGD RSD Balung.

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

Jember,

Responden

(.....)

Lampiran C. Lembar Observasi *Response Time* dan *Lama Triage* di IGD Rumah Sakit Daerah Balung

Kode Responden :
------------------

## LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN

Inisial Responden : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

Umur : \_\_\_\_\_

Pendidikan : \_\_\_\_\_

Lama Kerja : \_\_\_\_\_

No	Kegiatan Observasi										
	Tgl	Kode pasien	Waktu datang Pasien di IGD	<i>Response Time</i>	<i>Triage Time</i>	Lama <i>Triage</i>	Kategori <i>Triage</i>				Keterangan
							P1	P2	P3	PONEK	
1											
2											
3											
4											
5			\								

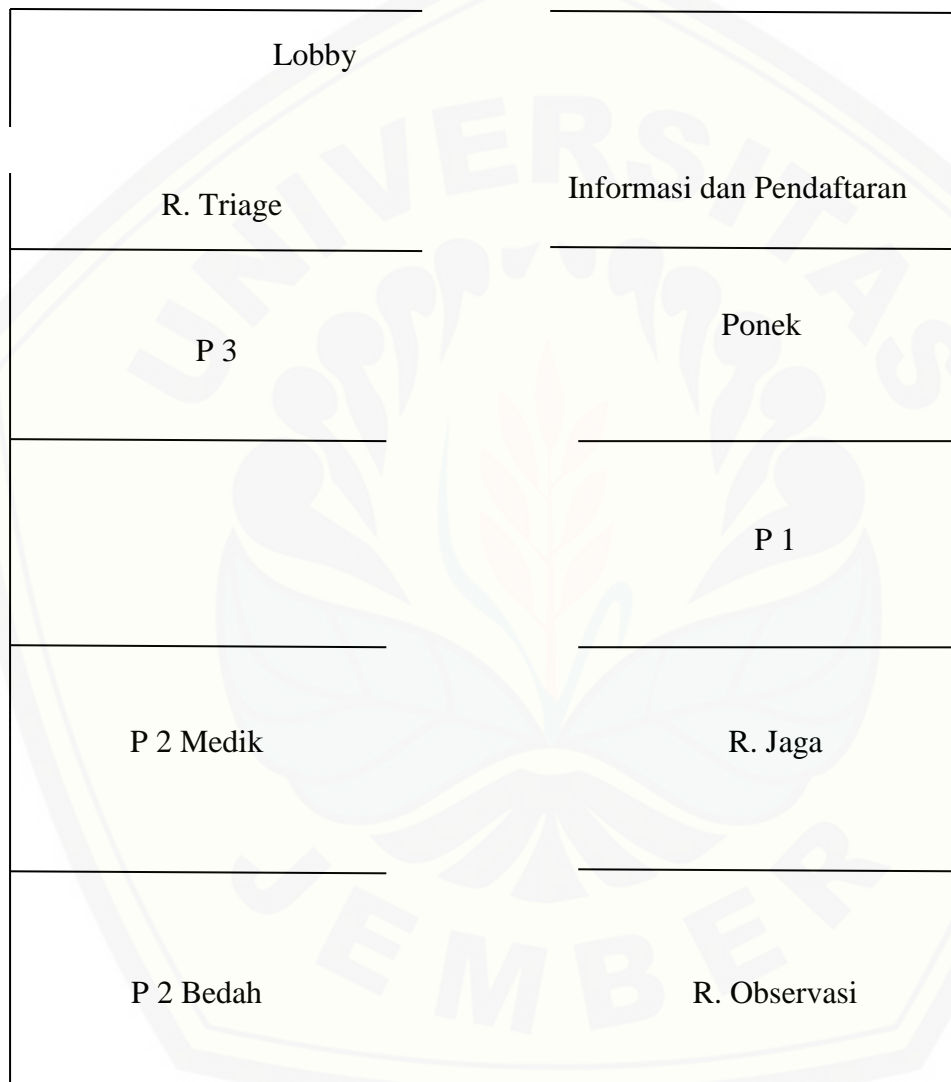
Lampiran D. Lembar SOP *Response Time*

		<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) <i>RESPONSE TIME TRIAGE</i></b>
<b>Operasional Prosedur</b>		
<b>No</b>	<b>Kegiatan</b>	
<b>1</b>	<b>Pengertian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Response time</i> adalah merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD dengan waktu pelayanan yang diperlukan pasien sampai selesai proses penanganan <math>\leq 5</math> menit, dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai dimulai tindakan <i>Primary survey</i></li> <li>2. <i>Triase</i> adalah sistem seleksi dan pemilihan pasien dalam menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien lebih lanjut (Kemenkes RI, 2011). lama waktu <i>Triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>Primary survey</i> sampai ditentukannya level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i> Waktu yang lazim untuk proses <i>triage</i> 2-5 menit</li> </ol>
<b>2</b>	<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengukur pertolongan medis terhadap pasien yang mengancam jiwanya.</li> <li>2. Untuk mengukur kecepatan dan ketepatan penanganan pada pasien kegawat darurat</li> </ol>
<b>3</b>	<b>Kebijakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK Kemenkes RI N0. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standart Instalasi Gawat Darurat.</li> <li>2. Kemenkes RI tahun (2011), Pedoman Standart Pelayanan IGD Pelayanan IGD, Kementerian Kesehatan RI</li> </ol>
<b>4</b>	<b>Indikasi</b>	Pasien yang masuk di IGD
<b>5</b>	<b>Persiapan Alat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stopwatch.</li> <li>2. Lembar observasi.</li> <li>3. Bolpoint.</li> </ol>
<b>6</b>	<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang ke IGD dan dicatat waktu kedatangan di lembar observasi</li> <li>2. Catat waktu mulai pasien diperiksa dan diberikan penanganan pertama oleh tenaga kesehatan (dokter / perawat) dengan cara <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Peneliti akan mulai menekan stopwatch ketika</li> </ol> </li> </ol>

		<p>ada pasien yang masuk ke ruang IGD, peneliti akan mencatat kecepatan respon time sampai tenaga kesehatan menghampiri pasien untuk melakukan tindakan <i>Primary Survey</i>.</p> <p>b. Peneliti akan mematikan stopwatch setelah petugas kesehatan selesai melakukan <i>Primary Survey</i>.</p> <p>3. Peneliti akan menghitung selisih antara waktu pasien mendapatkan penanganan</p> <p>4. Kemudian penghitungan lama triage di lakukan dengan cara</p> <p>a. Peneliti akan mulai menekan stopwatch ketika dilakukan pengkajian Primary survey</p> <p>b. Peneliti akan mematikan stopwatch setelah petugas kesehatan sampai diketukannya level <i>Triage</i> menurut <i>ESI</i></p> <p>5. Peneliti akan menghitung selisih antara waktu lama <i>trriage</i></p> <p>6. Tenaga kesehatan (dokter/perawat) IGD memberikan diagnosis dan penanganan (permasalahan pada airway, breathing, circulation), menilai disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi.</p> <p>7. Tenaga kesehatan (dokter /perawat) IGD melakukan stabilisasi dan evakuasi.</p> <p>8. Jika pasien sudah stabil : rawat jalan, rawat inap atau rujuk.</p> <p>9. Peneliti mengisi kelengkapan lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>trriage</i> tenaga kesehatan IGD.</p>
7	Unit Terkait	IGD

Lampiran E. Denah IGD RSD Balung

DROP ZONE





Lampiran G. Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Judul Skripsi : GAMBARAN RESPON TIME TRIAGE PERAWAT IGD RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) BALUNG  
 Nama : M. Abdul Salim  
 Nim : 172310101228  
 Dosen Pembimbing I : Ns. Baskoro Setioputro, M. Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan
20/08 2018	KONSUL BAB I Via email	- Tebangan pd Respon time - Masalah Respon time - Pentingnya Respon time	
06/09 2018	KONSUL REVISI BAB I	- BAB I Merawat NRSK - Porsi Kalimat efektif dan narasi yang antre kalimat - Sangat & padat	
10/09 2018	BAB 1 & 2	- Sumber Kutipan - Respon time ? - Pentingnya Respon time - Sistem triase & Balancing	
18/09 2018	BAB 2 & 3	- waktu yg & perlukan triage prioritas - Dampak Respon time - Konsep : IGD → triage → RT	
15/10 2018	BAB 1 - 4	A&C Sempro	
19/11 2018	KONSUL REVISI Posca Sempro BAB - 1 - 4		
19/12 2018	KONSUL DATA Penelitian	- Pengambilan data - Lakukan pd P/S/M	
9/01 2019	KONSUL Bab 5	- Sesuaikan dg tujuan khusus - Data - teori - opini	
11/01 2019	KONSUL Bab 5	- Bab 4 Sesuaikan Penelitian - Bab 5 - Karakteristik - umur dst - RT & Global - LT & Khusus/RSD	
15/01 2019	KONSUL Bab 5	UJI Korelasi + umur - kelamin - pendidikan - Bat triage - shift	RT LT





LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
 PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
 FAKULTAS KEPERAWATAN  
 UNIVERSITAS JEMBER

Judul Skripsi : GAMBARAN RESPON TIME TRIAGE IGD RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) BALUNG  
 Nama : M. Abdul Salim  
 Nim : 172310101228  
 Dosen Pembimbing II : Ns. Zulfatul A'la, M. Kep



Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan
12/9 2018	BAB I	- Kalimat efektif - S.M.K.S	ZH
24/9 2018	BAB 2	- RT & Persepsi - Faktor 2 yg berpengaruh	ZH
1/10 2018	BAB 3	- yg mempengaruhi RT	ZH
17/10 2018	BAB 1-4	Ace tempo	ZH
18/1 2019	Bab 5	- Perbaikan tabel - Korelasi	ZH
31/1 2019	Bab 5	perbaiki tabel.	ZH
22/1 2019	Bab 5-6	ACC.	ZH

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

FAKULTAS KEPERAWATAN



UNIVERSITAS JEMBER

Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSD Balung  
 Nama Mahasiswa : M. Abdul Salim  
 NIM : 172310101228  
 Dosen Penguji I : Ns. Mulia Hakam, M. Kep, Sp. Kep. MB

Tanggal	Aktivitas	Saran	Tanda tangan
14/3 2019	Konsul Revisi Sidang - Abstrak (IMRAD) - Ringkasan (Pembahasan) - Jumlah populasi & Sampel - Penjelasan P-value - opini RT tertama - Saran aplikatif	- abstrak 2 variabel → (variabel terbit dari 2 unsur variabel - Ringkasan (kann di abstrak) - waktu penelitian + P 10 x 5 10 x M 10 x - Perbaiki Keterangan uji Korelasi + Key word + 1	
15/3 2019	Konsul Revisi Sidang - Abstrak - Ringkasan - waktu penelitian - uji Korelasi	Acc	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**

Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSD Balung  
 Nama Mahasiswa : M. Abdul Salim  
 NIM : 172310101228  
 Dosen Penguji I : Ns. Fitrio Deviantony, S. Kep., M. Kep

Tanggal	Aktivitas	Saran	Tanda tangan
13/3 2019	Konsul Revisi Sidang - Perbaikan tulisan - Bab 5 langsung hasil penelitian - Bab 4 Sevardis penelitian - tujuan dan pembaharuan hasil sama	- tujuan kehusur + ket masing2 shift dan menghaput dokter - DO + ket masing2 shift - keterbatasan penelitian (yg menjadi responden) - Saran y peneliti selanjutnya → ⊕ Karakteristik dokter	
14/3 2019	Konsul Revisi - tujuan kehusur - DO - keterbatasan penelitian - Saran y peneliti selanjutnya	Acc	
15/3 2019			

## Lampiran H. Descriptive Statistics

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
respon_shiftpagi	51	3.87	.87	4.73	1.8944	.93414	.873
respon_shiftsore	45	3.50	.87	4.37	2.7100	.94379	.891
respon_shiftmalam	40	3.60	1.02	4.62	2.7604	.99928	.999
Valid N (listwise)	40						

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
trriage_shiftpagi	51	3.53	.80	4.33	1.8199	.79903	.638
trriage_shiftsore	45	3.70	.82	4.52	2.4811	.98382	.968
trriage_shiftmalam	40	3.37	1.02	4.38	2.5979	1.02794	1.057
Valid N (listwise)	40						

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
respon_time	136	3.87	.87	4.73	2.4190	1.03378	1.069
Valid N (listwise)	136						

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
lama_triage	136	3.72	.80	4.52	2.2675	.99016	.980
Valid N (listwise)	136						

Lampiran I. Correlation


**Correlations**

		responshtpagi	responshtsore	responshtmala m
responshtpagi	Pearson Correlation	1	-.038	.119
	Sig. (2-tailed)		.806	.465
	Sum of Squares and Cross-products	43.631	-1.523	4.222
	Covariance	.873	-.035	.108
	N	51	45	40
responshtsore	Pearson Correlation	-.038	1	.034
	Sig. (2-tailed)	.806		.835
	Sum of Squares and Cross-products	-1.523	39.192	1.288
	Covariance	-.035	.891	.033
	N	45	45	40
responshtmalam	Pearson Correlation	.119	.034	1
	Sig. (2-tailed)	.465	.835	
	Sum of Squares and Cross-products	4.222	1.288	38.944
	Covariance	.108	.033	.999
	N	40	40	40

## Correlations

		triageshiftpagi	triageshiftsore	triageshiftmalam
triageshiftpagi	Pearson Correlation	1	.022	-.050
	Sig. (2-tailed)		.888	.758
	Sum of Squares and Cross-products	31.922	.697	-1.498
	Covariance	.638	.016	-.038
	N	51	45	40
triageshiftsore	Pearson Correlation	.022	1	-.145
	Sig. (2-tailed)	.888		.371
	Sum of Squares and Cross-products	.697	42.588	-5.651
	Covariance	.016	.968	-.145
	N	45	45	40
triageshiftmalam	Pearson Correlation	-.050	-.145	1
	Sig. (2-tailed)	.758	.371	
	Sum of Squares and Cross-products	-1.498	-5.651	41.210
	Covariance	-.038	-.145	1.057
	N	40	40	40

## Lampiran J. Surat Ijin Penelitian

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember


---

Nomor : 6699/UN25.1.14/LT/2018 Jember, 15 November 2018  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M  
Universitas Jember

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : M. Abdul Salim  
N I M : 172310101228  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Gambaran Respon Time Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Saki Daerah Balung Kabupaten Jember  
lokasi : Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan  
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.  
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

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



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](mailto:penelitian.lp2m@unej.ac.id) - [pengabdian.lp2m@unej.ac.id](mailto:pengabdian.lp2m@unej.ac.id)

Nomor : 5093 /UN25.3.1/LT/2018

19 November 2018

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Direktur  
Rumah Sakit Daerah Balung  
Di  
Jember

Memperhatikan surat dari Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6699/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 15 November 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : M. Abdul Salim  
NIM : 172310101228  
Fakultas : Keperawatan  
Jurusan : Ilmu Keperawatan  
Alamat : Jl. Kopril Soetomo Karanganyar, Ambulu-Jember  
Judul Penelitian : "Gambaran *Response Time Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember"  
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten 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.

a.n. Ketua  
Sekretaris II,  
  
Dr. Susanto, M.Pd.  
NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth  
1. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;  
2. Mahasiswa ybs; ✓  
3. Arsip.





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

Kepada  
 Yth. Sdr. Dir. RSD Balung  
 Kab. Jember  
 di - J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/2905/415/2018

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 Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember tanggal 19 Nopember 2018 Nomor : 5093/UN25.3.1/LT/2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : M. Abdul Salim /172310101228  
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Melakukan penelitian terkait dengan judul "Gambaran Response Time Triage di Instansi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember"  
 Lokasi : Rumah Sakit Daerah Balung Jember, Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : 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 : 05-12-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik

**ACHMAD DAVID A. S.Sos**  
 Penata  
 NIP. 19690912 199602 1 001

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
Email : balung\_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com  
Website : http://rsudbalung.6te.net  
**BALUNG - JEMBER**

Jember, 14 Desember 2018

Nomor : 045/1566 /35.09.611/XII/2018  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. M. ABDUL SALIM

Di -

JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/2905/415/2018 tanggal, 05 Desember 2018 perihal melakukan Ijin Penelitian Saudara:

Nama : **M. ABDUL SALIM**  
NIM : 172310101228  
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian tentang: "Gambaran Response Time Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember".  
Tanggal : 06-12-2018 s/d 31-12-2018

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Penelitian di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Penelitian mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Penelitian yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Penelitian disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pit. DIREKTUR

  
**drg. NUR CAHYOHADI, MARS**  
Pembina/IV a  
NIP. 19640912 199203 1 007

**Tembusan Yth.**

1. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;

## Lampiran K. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**  
Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
Email : balung\_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com  
Website : http://rsudbalung.6te.net  
**BALUNG - JEMBER**

---

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor: 800/ 90 /35.09.611/II/2019

Dengan ini yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg. NUR CAHYOHADI, MARS  
NIP : 19640912 199203 1 007  
Jabatan : Plt. Direktur RSD Balung  
Menerangkan :  
Nama : M. ABDUL SALIM  
NIM : 172310101228  
Status : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Yang bersangkutan telah benar – benar melakukan Penelitian di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung terhitung mulai tanggal 06-12-2018 s/d 31-12-2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Balung  
Pada tanggal : 19-01-2019

  
**Pit. DIREKTUR**  
**drg. NUR CAHYOHADI, MARS**  
Pembina / IV a  
NIP. 19640912 199203 1 007

## Lampiran L. Data Responden

**Daftar Identitas Responden Perawat IGD RSD BALUNG**

No	Nama Inisial Responden	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Lama Bekerja	Jabatan	Kode Responden
1	M.H	Laki-laki	44 th	D 4 Kep	12 th	Koordinator Perawat IGD	1
2	SC	Perempuan	39 th	S.Kep. Ns	15 th	Katim	2
3	I.R	Perempuan	32 th	D III Kep	5 th	Adm	3
4	E.I	Laki-laki	31 th	S Kep. Ns	10 th	PJ Shift	4
5	K.A	Laki-laki	29 th	D III Kep	2,5 th	PP	5
6	SY	Laki-laki	40 th	D III Kep	8 th	PP	6
7	YL	Perempuan	28 th	S. Kep	13 th	PP	7
8	F.P	Laki-laki	31 th	S.Kep. Ns	5 th	PP	8
9	F.R	Laki-laki	25 th	D III Kep	2 th	PP	9
10	H.K	Perempuan	30 th	D III Kep	3 th	PJ Shift	10

---

11	N.K	Laki-laki	29 th	S.Kep	2 th	PP	11
----	-----	-----------	-------	-------	------	----	----

---

12	L.Y	Laki-laki	33 th	D III Kep	11 th	PJ Shift	12
----	-----	-----------	-------	-----------	-------	----------	----

---

13	F.P	Laki-laki	28 th	D III Kep	3 th	PP	13
----	-----	-----------	-------	-----------	------	----	----

---

14	F.R	Perempuan	30 th	S. Kep	9 th	PP	14
----	-----	-----------	-------	--------	------	----	----

---

15	R.E	Perempuan	31 th	D III Kep	6 th	PP	15
----	-----	-----------	-------	-----------	------	----	----

---

16	D.R	Laki-laki	30 th	S. Kep	2 th	PP	16
----	-----	-----------	-------	--------	------	----	----

---

17	RN	Laki-laki	29 th	S. Kep	3 th	PP	17
----	----	-----------	-------	--------	------	----	----

---

