



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI
GAWAT DARURAT (IGD) RSUD Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh:

Ilham Febriyanto

NIM 172310101223

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



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI
GAWAT DARURAT (IGD) RSUD DR. H. KOESNADI BONDOWOSO**

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:

**Ilham Febriyanto
NIM 172310101223**

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

SKRIPSI

**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI INSTALASI
GAWAT DARURAT (IGD) RSUD Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

Oleh:

**Iham Febriyanto
NIM 172310101223**

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Wantiyah, S.Kep., 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 Sona Novianti, Chalya Nathania Almaira Ilham, Kimora Adzkiya Abriana Ilham, 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

“Man Jadda Wa Jadda, Man Shabara Zhafira, Man Sara Ala Darbi Washala”
“Siapa bersungguh – sungguh pasti berhasil, siapa bersabar pasti beruntung, siapa
menapaki jalan – Nya akan sampai tujuan”
(Pepatah Arab)

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

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

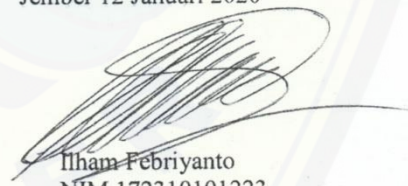
Nama : Ilham Febriyanto

NIM : 172310101223

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time* Dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (Igd) Rsu Dr. H. Koesnadi Bondowoso “ 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.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta dapat sanksi apabila dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember 12 Januari 2020



Ilham Febriyanto
NIM 172310101223

PENGESAHAN

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “ Gambaran *Response Time* dan lama *Triage* di IGD RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso ” telah diuji dan disahkan pada :

Hari / tanggal : Rabu / 22 Januari 2020
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. Wantiyah, S.Kep., M. Kep
NIP. 19810712 200604 2 001

Penguji I



Ns. Siswoyo, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19800412 200604 1002

Penguji II



Ns. Rismawan A. Y., S. Kep., M.Kep
NIP. 760018003

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Suni Syeremi, S.Kep., M.Kes
NIP. 19780323 200501 2 002

Gambaran *Response Time* dan *Lama Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD)
Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dokter Koesnadi Bondowoso.
(*The Description of The Response and Triage Time in The Emergency Room of
Regional General Hospital Doctor Koesnadi Bondowoso*).

Ilham Febriyanto
Faculty of Nursing The University of Jember

ABSTRACT

Emergency services are services whose handling must be fast and precise in determining the emergency priorities of patient so that disability and death can be prevented and minimized. 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 Regional General Hospital Doctor Koesnadi Bondowoso. The research employs quantitative descriptive method, where there is two variable, response time and triage time. The population of this research is the health providers (doctors and nurses) who serve at the Emergency Room at Regional General Hospital Doctor Koesnadi Bondowoso. Numbering 9 doctors and 26 nurses as the sample. The instruments the research is observation sheets. The results regarding of response time at Emergency Room Regional General Hospital Doctor Koesnadi Bondowoso reveals the average time of 2.33 minutes, the quickest response time is recorded at morning shift with the average time 2,13 minutes and the longest response time is recorded at the night shift with the average of 2.45 minutes, The average triage at the Emergency Room of Regional General Hospital Doctor Koesnadi Bondowoso is 3,89 minutes, the quickest triage is recorded at the morning shift at 3,72 minutes, meanwhile the longest is recorded at the night shift at 3,96 minutes. In essence, the faster the patient's handling, the risk of getting worse the patient's condition will be reduced and the speed and accuracy in sorting the patient must be according to the conditions when he first came to the emergency room. Health workers in the emergency room with a severe and critical emergency level get top priority treatment quickly and precisely compared to patients who come with the condition.

Key Word: response time, triage time, emergency room

RINGKASAN

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dokter Koesnadi Bondowoso; Ilham Febriyanto 172310101223;2019; 108 Halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan penanganan cepat dan tepat dalam menentukan prioritas kegawatdaruratan pasien untuk mencegah kecacatan dan kematian. Penanganan pasien gawat darurat mempunyai filosofi yaitu *Time Saving is Life Saving*, bahwa nyawa tergantung waktu atau istilah lainnya adalah waktu adalah nyawa. Salah satu parameter keberhasilan penanganan gawat darurat adalah *response time*. *Response time* adalah kecepatan penanganan dalam menangani pasien, dihitung sejak pasien baru datang ke IGD sampai dilakukannya penanganan. Waktu tanggap atau *response time* yang baik adalah ≤ 5 menit. Waktu tanggap darurat harus dimanfaatkan sebaik mungkin oleh perawat dan dokter untuk menangani kasus gawat darurat pasien yang disebut prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation* dan *Disability*). *Triage* adalah proses penentuan prioritas berdasarkan ancaman nyawa untuk mencegah kematian. Dalam melakukan *triage* dilakukan penanganan cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien, pemberian label sesuai prioritas pasien. Kecepatan pertolongan pada pasien dengan kasus gawat darurat menjadi elemen yang penting dalam penanganan pasien di sebuah Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan (Dokter dan Perawat) yang bertugas di IGD. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah Dokter Jaga IGD berjumlah 9 Orang dan Perawat IGD yang berjumlah 26 Orang. Penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif dengan teknik total sampling, terdapat dua variabel yaitu *response time* dan lama *triage*. Instrumen

yang digunakan adalah lembar observasi *response time* dan lembar observasi lama *triage*.

Hasil *response time* petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 2,33 menit, dan sesuai dengan standard yaitu kurang dari 5 menit dan rata – rata lama *triage* petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 3,89 menit, dan sesuai dengan standard yaitu kurang dari 5 menit. Sebagian responden berjenis kelamin Laki – laki dan usia tergolong produktif yaitu 31,54 tahun, semua petugas berpendidikan tinggi dan lama kerja terbanyak adalah 1 – 5 tahun.

Penelitian ini menjelaskan bahwa waktu *response time* dan lama *triage* di IGD akan berpengaruh terhadap pasien, semakin cepat penanganan pasien maka resiko semakin buruknya kondisi pasien akan berkurang, diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti seberapa besar pengaruh jarak drop zone dengan ruang *triage* terhadap *response time* dan lama *triage*.

PRAKATA

Dengan segala kerendahan hati, peneliti panjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah - Nya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga mampu menyelesaikan Skripsi yang berjudul “ Gambaran *Response Time* dan *Lama Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso”. 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 :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Baskoro Setioputro, S. Kep., M. Kep selaku dosen Pembimbing Utama dan Ns. Wantiyah, S. Kep., M. Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota;
3. Ns. Dini Kurniawati, M. Psi, M. Kep, S. Kep. Mat 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, sehingga 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, 22 Januari 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN BIMBINGAN.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
ABSTRACT	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
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 Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan.....	6
1.4.3 Manfaat bagi Rumah Sakit.....	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
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	8
2.2.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	9
2.2.2 Peran dan tugas Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	10
2.2.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)	10
2.2.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.....	11
2.2.5 Faktor yang mempengaruhi pelayanan gawat darurat	12
2.3 <i>Response Time</i>.....	13
2.3.1 Pengertian <i>Response Time</i>	13

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>	14
2.3.5 Penilaian	15
2.3.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Response Time</i>	17
2.4 <i>Triage</i>	20
2.4.1 Awal Mula <i>Triage</i>	20
2.4.2 Pengertian <i>Triage</i>	21
2.4.3 Tujuan <i>Triage</i>	21
2.4.4 Prinsip <i>Triage</i>	23
2.4.5 Sistem <i>Triage</i>	23
2.4.6 Proses <i>Triage</i>	26
2.4.7 Klasifikasi <i>Triage</i>	27
2.5 Kerangka Teori	46
BAB 3. KERANGKA KONSEP	47
3.1 Kerangka Konseptual	47
BAB 4. METODE PENELITIAN	48
4.1 Desain Penelitian	48
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	48
4.2.1 Populasi Penelitian	48
4.2.2 Sampel Penelitian	48
4.2.3 Teknik Sampling.....	49
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian	49
4.3 Lokasi Penelitian	50
4.4 Waktu Penelitian	50
4.5 Definisi Operasional	51
4.6 Pengumpulan Data	52
4.6.1 Sumber Data	52
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	52
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	52
4.7 Pengolahan Data	53
4.7.1 <i>Editing</i>	53
4.7.2 <i>Coding</i>	54
4.7.3 <i>Entry Data</i>	54
4.7.4 <i>Cleaning</i>	54
4.8 Analisa Data	54
4.9 Etika Penelitian	55
4.9.1 Hak dan martabat manusia (<i>human ignity</i>).....	55
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	55
4.9.3 Keadilan (<i>Justice</i>)	56
4.9.4 Kemanfaatan (<i>Beneficiency</i>)	56

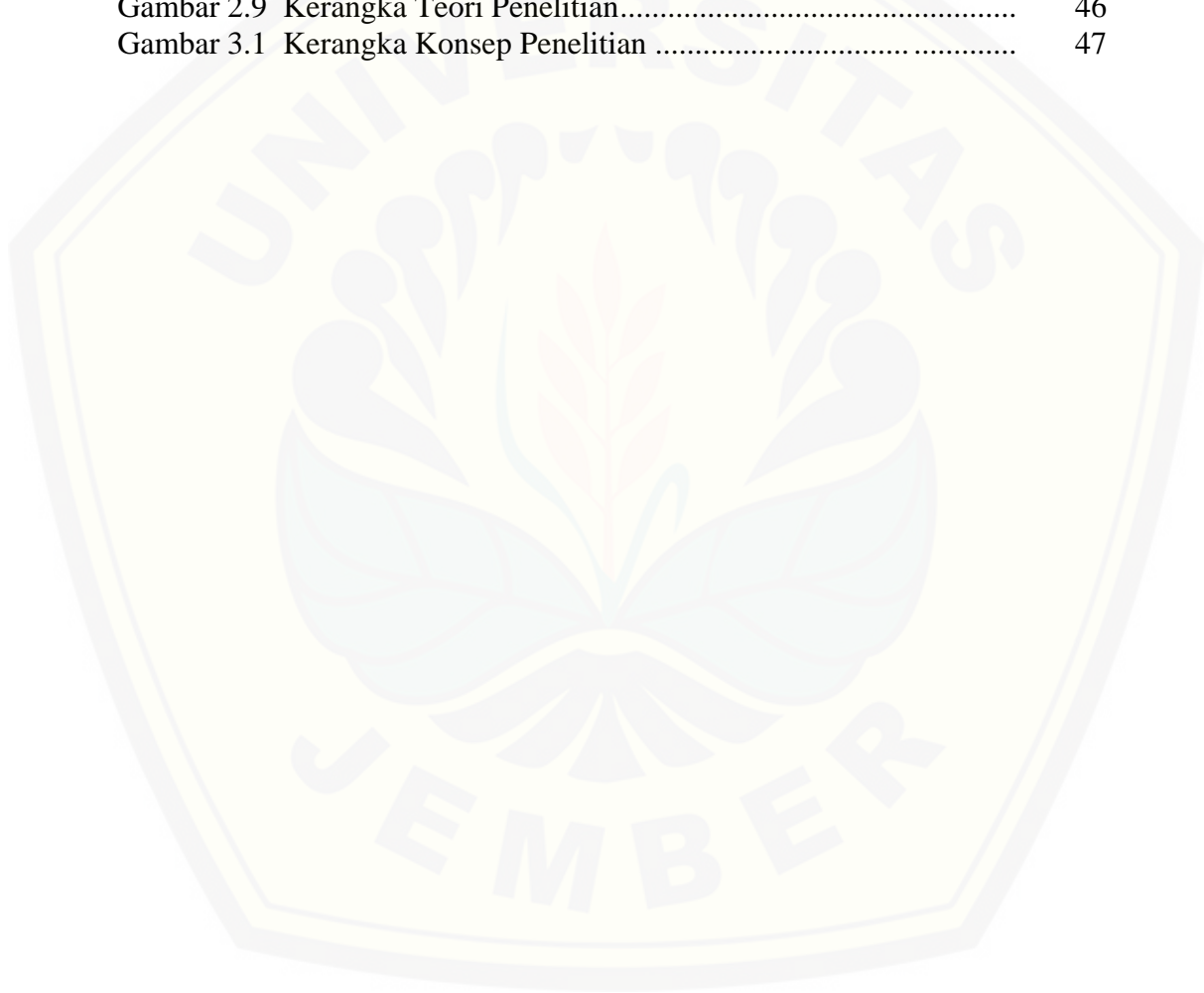
BAB 5. PEMBAHASAN	57
5.1 Hasil Penelitian.....	57
5.1.1 Deskripsi lokasi penelitian	57
5.1.2 Karakteristik Tenaga Kesehatan.....	58
5.1.3 Karakteristik ketepatan <i>response time</i>	59
5.1.4 Karakteristik ketepatan lama <i>triage</i>	59
5.2 Pembahasan.....	60
5.2.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan	60
5.2.2 <i>Response time</i> di IGD.....	62
5.2.3 Lama <i>Triage</i> di IGD.....	65
5.3 Keterbatasan Penelitian	67
5.4 Implikasi Keperawatan	67
BAB 6. PENUTUP	68
6.1 Kesimpulan.....	68
6.2 Saran	68
6.2.1 Bagi Rumah Sakit.....	69
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	69
6.2.3 Bagi Keperawatan	69
6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya	70
LAMPIRAN.....	71
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 <i>Key Performance Indicator IGD</i>	12
Tabel 2.2 <i>Standar Response Time</i>	14
Tabel 2.3 <i>Prioritas Triage</i>	30
Tabel 2.4 <i>Tindakan Penyelamatan Hidup Segera</i>	35
Tabel 2.5 <i>APVU Level</i>	36
Tabel 2.6 <i>Kebutuhan Sumber Daya pada ESI</i>	42
Tabel 4.1 <i>Timeline Penelitian</i>	50
Tabel 4.1 <i>Definisi Operasional</i>	51
Tabel 5.1 <i>Tabel Distribusi Frekuensi Responden</i>	58
Tabel 5.2 <i>Tabel Distribusi Rata – Rata Nilai Response Time</i>	59
Tabel 5.3 <i>Tabel Distribusi Ketepatan Triage</i>	59

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> Petugas Kesehatan.....	16
Gambar 2.2 Dasar-dasar <i>Triage</i>	22
Gambar 2.4 Bantuan Hidup Dasar (BHD)	25
Gambar 2.5 Logaritma Pengambilan Keputusan <i>Triage</i> metode <i>ESI</i>	33
Gambar 2.6 Logaritma <i>ESI</i>	35
Gambar 2.7 Logaritma <i>ESI</i> level 2.....	37
Gambar 2.8 Logaritma <i>ESI</i> dengan Sumber Daya.....	41
Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian.....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	47



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	72
B. Lembar <i>Consent</i>	73
C. Lembar SOP <i>Response Time</i> dan <i>Lama Triage</i>	74
D. Lembar Observasi <i>Response Time Triage</i>	76
E. Lembar <i>Descriptive Statistic</i>	77
F. Lembar Denah	79
G. Lembar Bimbingan.....	80
H. Lembar Surat Penelitian	82
I. Lembar Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian.....	84
J. Lembar Jadwal Dinas	85
K. Lembar Dokumentasi	86

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan penanganan cepat dan tepat dalam menentukan prioritas kegawatdaruratan pasien untuk mencegah kecacatan dan kematian (Mahyawati dan Widaryati, 2015). Salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan adalah rumah sakit dengan instalasi gawat darurat. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap. Rumah Sakit didirikan untuk memudahkan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan keselamatan terhadap pasien, masyarakat, area rumah sakit dan sumber daya manusia serta meningkatkan mutu standar pelayanan rumah sakit, memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat dan sumberdaya manusia yang ada di rumah sakit tersebut. (Undang-Undang Republik Indonesia No 44, 2009).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan sektor rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien gawat darurat sehingga sektor ini menjadi sektor pertama yang dituju seseorang yang memperoleh masalah kesehatan agar mendapatkan pertolongan yang segera. IGD menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Sesuai dengan pendapat AHCA (*America Hospital Association*) tahun 2007 mengatakan bahwa masyarakat mengandalkan ruang gawat darurat untuk mencari pengobatan dan perawatan medis, dalam kondisi mengancam jiwa ataupun tidak mengancam jiwa. Menurut Carret 2007, pada pasien yang mengancam jiwa yang berobat ke instalasi gawat darurat dapat mengkonsumsi sumber daya yang seharusnya digunakan untuk pasien akut dan mendesak, yang dimaksud sumber daya disini tidak hanya pada kelengkapan fasilitas dan adanya petugas medis, melainkan kualitas pelayanan yang meliputi kecepatan pelayanan dan penanganan terhadap pasien. Penanganan pasien gawat darurat mempunyai filosofi yaitu *Time Saving is Life Saving*, yang dapat diartikan

semua tindakan yang dilakukan di ruang gawat darurat yang benar - benar efektif dan efisien, semakin cepat dan tepat penanganannya semakin besar pula kesempatan untuk menyelamatkan nyawa seseorang, dalam hitungan menit pasien bisa kehilangan nyawa, berhenti nafas 2-3 menit dapat menyebabkan kematian yang sangat fatal. (Sutawijaya, 2009).

Salah satu parameter keberhasilan penanganan gawat darurat adalah kecepatan dan ketepatan dalam menyelamatkan pasien. Penelitian yang dilakukan Naser *et al* (2015) terhadap 40 perawat di RSUP Prof. DR. R.D Kandou Manado menyatakan hampir sebagian *respon time* perawat yang 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 ≤ 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 rumah sakit khususnya 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. Pada tahun 2016 di Jawa Timur di dapat data kunjungan pasien ke rumah sakit sebanyak 14.211.845 pasien. Jumlah pasien yang datang ke Rumah Sakit di Kabupaten Bondowoso sebanyak 528.681 pasien, (Profil Kesehatan Kabupaten Bondowoso, 2016) sehingga potensi kasus yang mengalami kegawatan juga sangat besar untuk mendapatkan pertolongan dengan segera.

Response time adalah kecepatan penanganan dalam menangani pasien, dihitung sejak pasien baru datang ke IGD sampai dilakukannya penanganan (Suhartati, 2011). Waktu tanggap atau *response time* yang baik adalah ≤ 5 menit

(Kepmenkes, 2009). Di dalam profil indikator definisi *respon time*/waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien baru datang di IGD sampai mendapat penanganan medis.

Waktu tanggap pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan bisa dihitung dengan menit, dampak terhadap pasien jika penanganan terlambat adalah adanya kerusakan organ yang disebabkan oleh cedera, kecacatan, peningkatan kejadian morbiditas dan mortalitas serta beban pembiayaan yang besar (Sabriyati et al, 2012), hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: pendidikan, keterampilan, pengetahuan, 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 dibutuhkan tidak melebihi waktu standar yang ada (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). Pertolongan yang cepat dan tepat kepada pasien yang datang ke IGD membutuhkan kompetensi sesuai standart sehingga bisa menjamin penanganan kegawatdaruratan dengan waktu tanggap yang cepat dan tepat. Waktu tanggap darurat harus dimanfaatkan sebaik mungkin oleh perawat dan dokter untuk menangani kasus gawat darurat pasien yang di sebut prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation dan Disability*). *Airway* merupakan pertolongan pada saluran pernafasan karena adanya penyakit atau terjadi kecelakaan. *Breathing* adalah penanganan terhadap kemampuan paru-paru dalam memompa udara dan *circulation* adalah penanganan terhadap kemampuan jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh, sedangkan *disability* adalah penanganan terhadap kemungkinan terjadinya kecacatan permanen akibat kecelakaan. Prosedur ABCD harus dilakukan secara tepat dan cepat, karena jika rentang waktu tanggap semakin lama maka peluang keselamatan pasien akan semakin kecil terutama pada pasien dengan masalah *Airway, Breathing dan Circulation*.

Triage adalah suatu proses dalam menentukan prioritas berdasarkan ancaman nyawa untuk mencegah adanya kematian, dalam melakukan *triage* dilakukan penanganan cepat dan tepat sesuai dengan kondisi pasien tersebut, untuk pemberian label berdasarkan prioritas, warna merah dalam kondisi *emergency*, warna kuning dalam kondisi gawat, warna hijau dalam kondisi tidak

gawat dan warna hitam sudah meninggal. Pengkajian keperawatan kedaruratan adalah hal yang sangat penting dalam menyelamatkan jiwa dari kecacatan dan kematian, perawat harus tepat ketika melakukan pengkajian, kelalaian dalam melakukan tindakan akan menyebabkan keterlambatan dalam menentukan 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 yang penting dalam penanganan pasien disebuah Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit. Kecepatan pertolongan dapat menyelamatkan seseorang dari kecacatan atau kematian disamping ketepatan dalam menentukan diagnosis atau masalah pasien yang datang ke IGD diistilahkan dengan istilah *response time*.

RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso merupakan satu dari sekian layanan kesehatan milik Pemkab Bondowoso yang berupa RSUD, dikelola oleh Pemda Kabupaten dan termaktub dalam RS Tipe B. Setelah menjalani proses akreditasi RS Seluruh Indonesia dengan tahapan (5 Pelayanan) akhirnya diberi status lulus Akreditasi Rumah Sakit. RSUD ini berada di Lokasi Jalan Kapten Piere Tendean No. 3 Bondowoso. RSUD ini memiliki layanan unggulan di bidang bedah Onkologi, jantung, paru, komplementer dan memiliki Luas tanah 70346 dengan luas bangunan 18082.

Di zaman modern ini, kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas sangatlah tinggi, terutama dalam bidang pelayanan kesehatan. Persaingan yang terjadi diantara rumah sakit mengenai kepuasan pasien menjadi prioritas utama, dimana kepuasan pasien akan terpenuhi jika pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan harapan mereka (Utama *et al.* 2013). Istilah pelayanan prima sendiri merupakan terjemahan dari *service excellence*, yang 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 keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya (Suroso, 2011).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.2 Rumusan Masalah

Dalam penelitian ini dirumuskan suatu masalah “ Bagaimana Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik tenaga kesehatan (dokter dan perawat) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- b. Mengetahui *response time* tenaga kesehatan (dokter dan perawat) dan *response time* masing-masing *shift* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- c. Mengetahui lama *triage* tenaga kesehatan (dokter dan perawat) dan lama *triage* masing-masing *shift* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

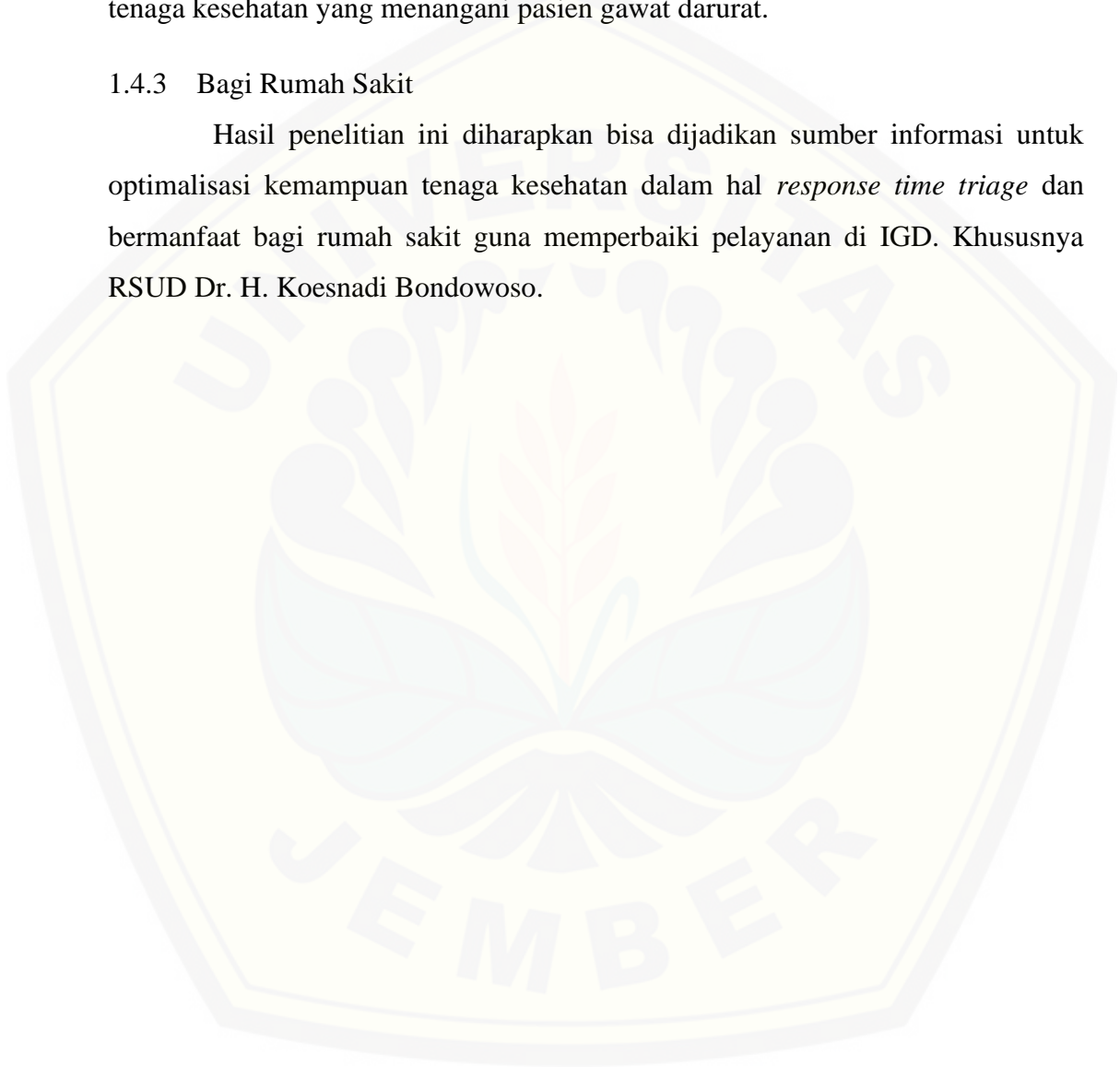
Peneliti berharap hasil penelitian ini dapat menambah informasi dan wawasan peneliti mengenai konsep *response time triage*.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan 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 bisa dijadikan sumber informasi untuk optimalisasi kemampuan tenaga kesehatan dalam hal *response time triage* dan bermanfaat bagi rumah sakit guna memperbaiki pelayanan di IGD. Khususnya RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.



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 RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
2.	Tahun	2016	2019
3.	Sampel	32	35
4.	Peneliti	Sri Hartati dan Halimuddin	Ilham Febriyanto
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) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
7.	Populasi	Perawat di ruang IGD	Dokter dan Perawat di ruang IGD
8.	Teknik Sampling	<i>Total sampling</i>	<i>Total sampling</i>
9.	Alat Ukur	Lembar kuesioner dan observasi	Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> dan Observasi langsung dengan menggunakan stopwatch

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (permenkes No 340/2010), sedangkan menurut permenkes No 1204/2004, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat (UU No. 44, 2009).

Fungsi dari sarana kesehatan yaitu melakukan upaya kesehatan dasar, yang diselenggarakan dengan pendekatan dan 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 keperawatan dan pelayanan farmasi. Pelayanan pasien melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan 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 kepada perorangan secara paripurna, sedangkan fungsi rumah sakit itu sendiri adalah:

- 1) Penyelenggaraan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar rumah sakit.
- 2) Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan perorangan sesuai kebutuhan medismelalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat II dan III.
- 3) Pelatihan SDM dan penyelenggaraan pendidikan untuk meningkatkan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan.

- 4) Penyelenggaraan pengembangan teknologi di bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dibidang kesehatan.

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum (RSUD) 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 jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau yang lainnya.

Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan kemampuan dan fasilitas 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

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

IGD adalah unit pelayanan yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi atau biasa disebut Kainst, berada di bawah pembinaan Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik dan berkoordinasi dengan Seksi Keperawatan dalam hal SDM keperawatan dan asuhan keperawatan di IGD serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit melalui Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik (Bandung, 2014).

Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam jangka 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 guna 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 terjangkau sesuai dengan yang di butuhkan masyarakat.
- b. Menyiapkan sumber daya manusia yang bermutu dan terampil dalam memberikan pelayanan gawat darurat.
- c. Meningkatkan mutu pelayanan gawat darurat secara berkesinambungan.
- d. Ikut berpartisipasi melaksanakan penelitian di bidang kegawatdaruratan.

Sedangkan tugas IGD adalah :

- a. Menyelenggarakan pelayanan medis 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 dan medis saat siaga bencana.
- c. Mengelola pelatihan penanganan pasien gawat darurat.

2.2.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pasien yang datang ke IGD rumah sakit membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Berdasarkan (Kemenkes RI, 2011)

1. Setiap Rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan.
2. Pelayanan di IGD RS harus bisa memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
3. Berbagai nama untuk unit Gawat Darurat RS diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Rumah Sakit dilarang meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Korban gawat darurat harus ditangani paling lambat 5 menit setelah sampai IGD.
6. Organisasi Instalasi Gawat darurat didasarkan pada struktur organisasi fungsional yang berdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di IGD dengan kewenangan penuh yang dipimpin oleh Dokter.

2.2.4 Mutu Pelayanan di IGD

Standarisasi IGD menjadi salah satu komponen yang penting dalam penilaian akreditasi di rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan No 129 Tahun 2008 tentang Standar pelayanan Rumah Sakit yang menggunakan parameter kinerja kunci atau *Key Performance Indicator* (KPI). Dalam standar pelayanan minimal rumah sakit, unit pelayanan IGD mempunyai beberapa parameter sebagai berikut :

Table 2.1 *Key Performance Indicator* IGD Rumah Sakit

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat darurat	Kemampuan dalam menangani <i>life saving</i>	100%
	Jam pelayanan untuk gawat darurat	24 Jam
	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat dan masih berlaku BLS/ACLS/PPGD	100%
	Tersedia tim untuk penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap untuk pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien tiba/datang
	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan	$\geq 70\%$
	Tidak ada pasien yang membayar uang muka	100%
	Waktu kematian pasien ≤ 24 jam	\leq dua perseribu pindah ke ruang rawat inap setelah 8 (delapan) jam

2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Gawat Darurat

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

(Maryuani Anik, 2009) mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi asuhan keperawatan gawat darurat, yaitu kondisi kegawatan yang seringkali tidak terprediksi baik kondisi pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan di antara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat, diberikan untuk semua usia dan sering dengan data yang sangat mendasar, tindakan yang diberikan harus cepat dan tepat. Beberapa aspek yang mendukung pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat diantaranya : ketanggapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kelengkapan fasilitas Instalasi Gawat Darurat menurut (Pratiwi, 2011).

2.3 Waktu Tanggap atau *Response Time*

2.3.1 Pengertian *Response Time*

Response time adalah kecepatan menangani pasien yang dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan medis (Suhartatik, 2011). Kecepatan dan ketepatan pertolongan kepada pasien yang datang ke IGD memerlukan kompetensi dan kemampuan sesuai standart sehingga bisa menjamin penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan tepat.

Sesuai dengan peraturan Kemenkes RI 2011, dokter maupun perawat memiliki standart pelayanan IGD di rumah sakit hanya dalam waktu kurang dari 5 menit sejak awal kedatangan pasien tersebut. Semua pasien di IGD yang mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan professional dalam jangka waktu 5 menit dari kedatangan pasien (Rochana et al., 2016). Hal tersebut berakibat fatal apabila tidak segera mendapatkan penanganan awal, bisa berpeluang terjadi kerusakan organ-organ ataupun kematian yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya. Kematian ada dua macam, kematian klinis dan kematian biologis. kematian klinis terjadi apabila penderita henti nafas dan henti jantung secara bersamaan dalam selang waktu 6-8 menit, sedangkan kematian secara biologis

dapat terjadi akibat kematian sel-sel pada otak dan berlangsung selama 6-8 menit setelah berhentinya sistem pernafasan penderita (Musliha, 2010).

2.3.2 Tujuan *Response Time*

Tujuan dari *response time* adalah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu untuk 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 lambat 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 dijelaskan bahwa waktu tanggap pertolongan di IGD adalah ≤ 5 (lima) menit setelah kedatangan pasien.

Tabel 2.2 Standar *Response Time*

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat darurat	Waktu tanggap/ <i>response time</i> pelayanan gawat darurat	≤ 5 (lima) menit setelah pasien datang / tiba

2.3.4 Pengukuran *Response Time*

Response Time adalah komponen yang relevan dari kerangka pengukuran kinerja layanan gawat darurat, keberhasilan penanggulangan medik pasien gawat darurat ditentukan oleh kecepatan memberikan pertolongan kepada pasien gawat darurat baik pada kegiatan rutin setiap hari maupun ketika ada bencana. *Response time* sangat bergantung kepada kecepatan dan kualitas pemberi pertolongan untuk menyelamatkan ataupun 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 perilaku objek sasaran (Fatoni, 2006). Dalam

prosedur ini, Peneliti akan mulai menekan stopwatch ketika ada pasien yang masuk ke ruang IGD, kemudian peneliti akan mencatat kecepatan *response time* sampai tenaga kesehatan menghampiri pasien untuk melakukan tindakan *Primary Survey*, kemudian peneliti akan mematikan *stopwatch* setelah petugas kesehatan selesai melakukan *Primary Survey*, setelah itu peneliti akan menghitung selisih antara waktu pasien mendapatkan penanganan.

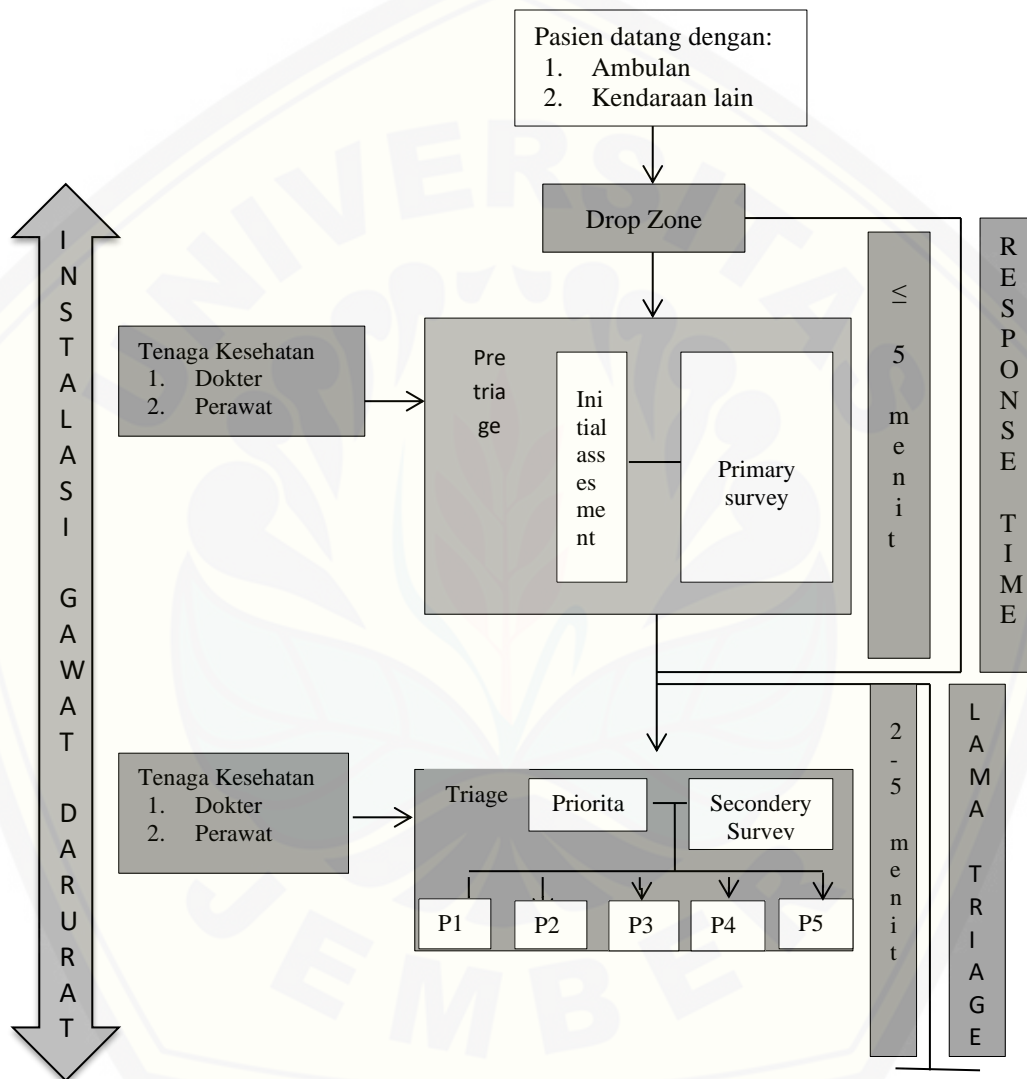
Cara menghitung waktu tanggap seorang petugas kesehatan adalah sejak pasien tersebut datang ke IGD untuk mendapatkan penanganan pertama (Kemenkes RI, 2008), terhitung saat pasien membuka pintu masuk IGD untuk mendapatkan penanganan pertama dengan *triage*. Penjelasan dari *Outcomes Quantifying the Impact of Emergency Response Times Interval* adalah proses *response time*, setelah kecelakaan terjadi, memastikan keadaan aman dan tidak membahayakan, mencari pertolongan dan telpon ke IGD terdekat dan di mulai menghitung *response time* dengan menghidupkan *stopwatch*, penerima info memprioritaskan 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, *stopwatch* dimatikan. Tujuan dari *response time* adalah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien yang membutuhkan pertolongan.

2.3.5 Penilaian

Primary Survey (Airway, Breathing dan Circulation) adalah pengkajian cepat dan tepat untuk mengidentifikasi masalah dengan 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 keadaan 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), last meal (obat/makanan yang baru saja dikonsumsi/berapa

jam sebelum kejadian), past illness (penyakit sebelum), event/environment (kejadian yang menyebabkan terjadinya keluhan utama). Pemeriksaan fisik diantaranya: tingkat kesadaran, trauma, nyeri tekan, spasme otot, krepitasi dan perlukaan.



Gambar 2.1 Response Timedan Lama Triage Petugas Kesehatan

2.3.6 Faktor Faktor yang Mempengaruhi *Response Time*

2.3.6.1 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 bisa menyesuaikan diri dengan tuntutan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), hal ini tentunya berdampak pada meningkatnya efisiensi kerja dan produktivitas. (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 dianggap sebagai karakteristik yang efektif dalam pekerjaannya. (Bukit *et al*, 2017). Sedangkan menurut Oman *et al*, (2008) di IGD keterampilan perawat sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis sebagai 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), semakin cukup umur seseorang tingkat kematangan dan kekuatan maka semakin matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari pada sebaliknya.

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 bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan *response time*.

5) Masa Kerja

Length of service (lama bekerja) adalah lamanya seseorang memberikan tenaganya pada perusahaan tertentu (Nitisemito, 2006), sejauh mana tenaga kerja dapat mencapai hasil yang memuaskan tergantung dari kemampuan dan keterampilan untuk melaksanakan pekerjaan dengan baik. Sedangkan menurut Ismani (2001), 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 dapat menyelesaikan tugas dengan baik. Robin (2007) mengatakan bahwa tidak ada kejelasan bahwa masa kerja yang lama dalam pekerjaan akan lebih produktif dan bermotivasi tinggi dibanding mereka yang masa kerjanya belum lama.

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 lama 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 diberi pekerjaan yang berlebih dapat berdampak kepada penurunan tingkat kesehatan,

motivasi kerja, kualitas pelayanan keperawatan dan kegagalan dalam melakukan penanganan terhadap pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Said dan Mapanganro (2018) di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar perawat yang mempunyai 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 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 karena 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%).

2.3.6.2 Sarana dan Prasarana

Sarana menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sesuatu yang dipakai sebagai alat untuk mencapai maksud dan tujuan, sedangkan prasarana adalah suatu penunjang terselenggaranya proses tersebut. Salah satu sarana rumah sakit adalah *stretcher*, dimana *stretcher* sangat dibutuhkan untuk mobilisasi pasien dan berpengaruh terhadap *response time*, tidak adanya *stretcher* dapat berdampak buruk, karena pasien harus menunggu, hal ini berpengaruh terhadap kondisi pasien dalam mendapatkan penanganan. Ketersediaan *stretcher* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya kunjungan pasien yang terlalu banyak dan bersamaan serta jumlah *stretcher* yang kurang.

Penelitian yang dilakukan oleh Naser *et al*, (2015) tentang ketersediaan *stretcher* saat menangani 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 berjumlah 20 orang (50%) dan pasien yang mendapat *response time* < 5 menit berjumlah 13 orang (32,5%).

2.4 Triage

2.4.1 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)

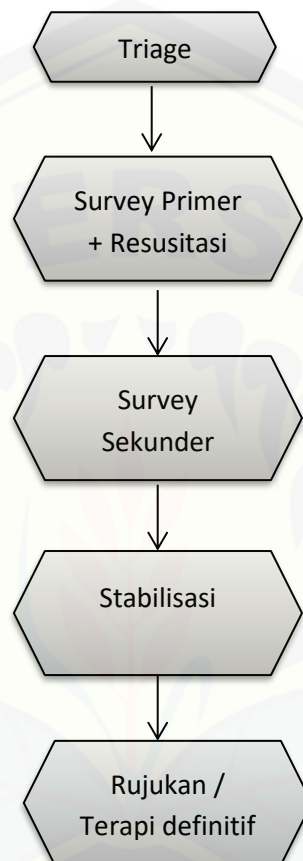
Triage adalah pengelompokan korban berdasarkan berat dan ringannya trauma/penyakit serta kecepatan penanganannya (Suwardi *et al*, 2013). Suhartati *et al* (2011) mendefinisikan *triage* adalah pemilahan terhadap kegawatan pasien untuk menentukan prioritas penanganan lebih lanjut, sedangkan menurut Hamarno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

2.4.3 Tujuan *Triage*

Tujuan *Triage* adalah mempercepat 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 Life Support* (BLS). 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 berpengalaman. Hal ini dikarenakan perawat akan dihadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat.

Triage dilakukan dengan memprioritaskan pasien berdasarkan kondisi pasien tersebut. Untuk melihat kondisi pasien, perawat perlu melakukan

pengkajian 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 pasien. Misalnya, apakah pasien memiliki riwayat kencing manis, darah tinggi, 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 mana yang tidak bisa digerakkan. Dalam situasi semacam ini perawat dituntut sigap untuk

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. Perawat yang melakukan tindakan *triage* harus 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 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.

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 tindakan selanjutnya. Penghitungan lama *triage* di lakukan dengan cara peneliti akan mulai menekan *stopwatch* ketika dilakukan pengkajian *primary survey* kemudian peneliti akan mematikan *stopwach* setelah petugas kesehatan melakukan pengkajian sampai ditentukannya tingkat kegawatdaruratan pasien menggunakan warna menurut konsep *triage* bencana, setelah itu peneliti akan menghitung selisih antara waktu lama *triage*.

2.4.5 Sistem *Triage*

Sistem *triage* digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yaitu 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.

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. Keadaan tersebut dapat ditangani dengan memberikan RJP. *Triage* komprehensif menekankan pada konsep ABC, 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 menggunakan ABC.

- a. *Airway Control*

Airway Control (penanganan melalui jalan napas). Pertolongan pertama dilakukan dengan memposisikan pasien telentang dan mengangkat dagu pasien. Perawat bisa membuka jalan napas dengan ekstensi kepala dalam posisi dagu terangkat.

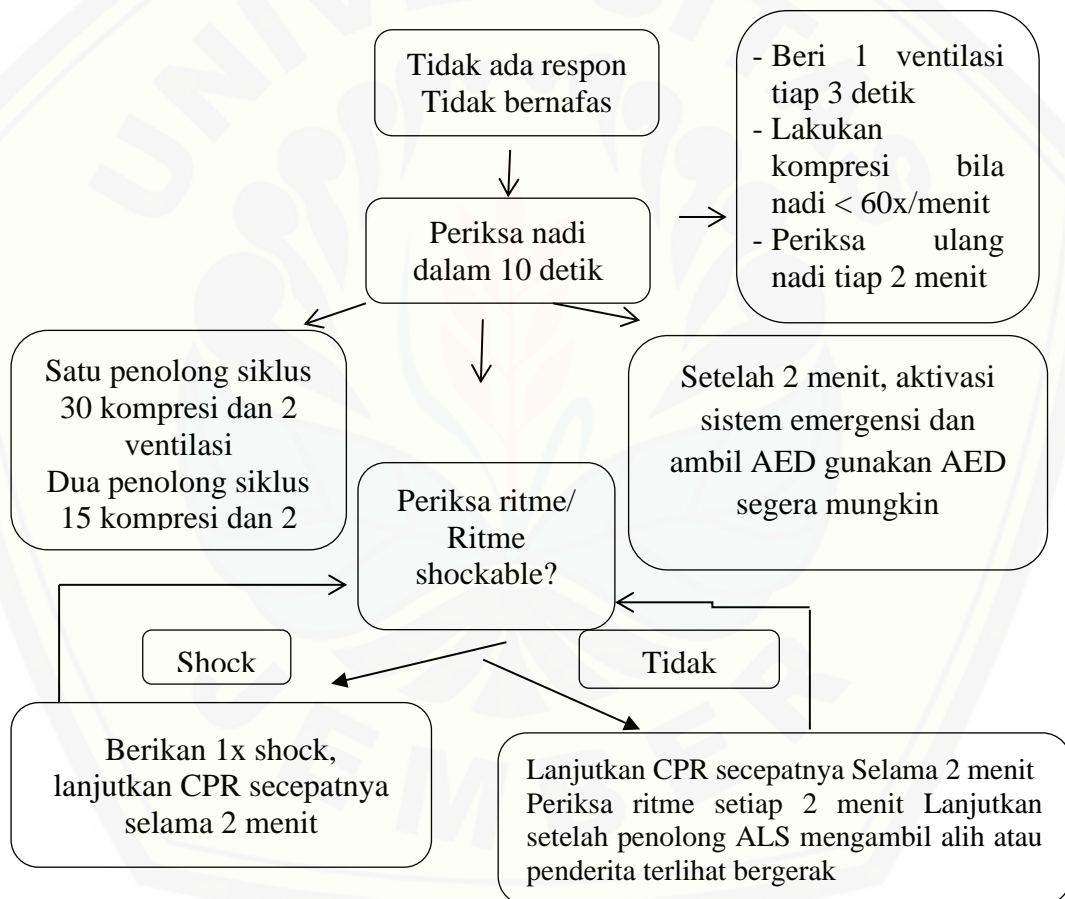
- b. *Breathing Support*

Breathing Support (memberi bantuan napas). Mengetahui pasien masih bernapas atau tidak, dilakukan dengan melihat (look), mendengar bunyi napas (listen), dan merasakan (feel). Apabila 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.

- b. *Circulation Support*

Bantuan sirkulasi ini dapat dilakukan bila denyut nadi besar teraba. Perawat bisa memberikan napas buatan 10 sampai 12 kali per menit. Jika nadi tidak teraba, tindakan yang dilakukan adalah kompresi jantung luar. Jika bantuan sirkulasi digunakan untuk bayi dan anak-anak, berikan kompresi sebanyak 100

kali /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*. 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.

4. *Triage Expanded*

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

2.4.6 Proses *Triage*

Proses *triage* adalah mengumpulkan keterangan datasesuai 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 (*understimating*) 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 *overstimating* 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.

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):

2.4.7.1 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) adalah 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. Berikut klasifikasi pasien dalam sistem *triage* (Mardalena, 2016):

1. 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 membutuhkan 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.

2. 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.

3. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

Pasien P3 adalah keadaan tidak mengancam nyawa, namun membutuhkan tindakan darurat. Jika pasien P3 dalam kondisi sadar, tidak mengalami gangguan ABC, maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poli, pasien diberi terapi definitif, misal laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan sejenisnya.

4. 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.

2.4.7.2 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):

1. 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 Korban kritis/*immediate* yang mengancam nyawa (prioritas 1), diberi label merah/kegawatan, digunakan untuk pasien dengan luka parah dibutuhkan transportasi segera menuju rumah sakit. Kriteria pengkajian adalah sebagai berikut:

- a. Respirasi lebih dari 30 x permenit.
- b. Nadi radialis tidak teraba.
- c. Mengalami penurunan kesadaran.

2. 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 kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas.

Adapun yang termasuk prioritas kedua, di antaranya yaitu *Delayed* / tertunda yang tidak mengancam nyawa dalam waktu deka (prioritas 2). Diberikan label kuning/kegawatan, digunakan untuk cedera yang tidak segera dan dapat menunggu pada periode tertentu. Penatalaksanaan dan transportasi dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Respirasi kurang dari 30 x permenit.
- b. Nadi radialis teraba.
- c. Pasien sadar.

3. 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 Korban kecelakaan yang terluka yang bisa berjalan diberi label hijau artinya tidak ada kegawatan / penanganan bisa ditunda (prioritas 3). Penolong akan memberikan instruksi verbal untuk mengkaji korban dari trauma, serta membawa 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)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respirasi > 30 kali per menit ➤ Tidak ada nadi radialis ➤ Tidak sadar/kesadaran 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Respirasi < 30 kali per menit ➤ Nadi teraba ➤ Status mental normal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tidak memiliki kegawatan yang serius

2.4.7.3 Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Kedaruratan *Triage*

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

2.4.7.4 Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Menurut Iyer (2004), dalam bukunya yang berjudul *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan* menekankan pentingnya petunjuk yang harus dikuasai oleh perawat *triage*. Perawat harus 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).

2.4.7.5 Klasifikasi Berdasarkan Lokasi Kejadian

Sistem *Triage* mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950 -an seiring jumlah kunjungan pasien yang datang ke IGD melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan pertolongan segera. (Kathleen et al., (2008). Ada dua klasifikasi berdasarkan lokasi kejadian, antara lain :

2.4.7.5.1 *Triage* Pre-Hospital

Triage Pre-Hospital merupakan tindakan penyelamatan pasien yang tengah mengalami gangguan medikal atau trauma. *Triage* pre-hospital juga mampu meminimalisir resiko terhadap cedera atau luka yang lebih serius. *Triage* pre-hospital digunakan sebagai upaya awal perawat untuk menggali data pasien.

Terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara *triage* prehospital dengan *triage* in-hospital. *Triage* pre-hospital memiliki keterbatasan staf medis. Misalnya dalam satu ambulans hanya terdapat dua perawat dan kondisi pasien yang membutuhkan banyak alat dan obat-obatan yang lebih lengkap. Tindakan cepat tanggap perawat dengan keterbatasan alat dan obat selama di ambulans inilah yang disebut dengan istilah *pre-hospital care*. Dimana tenaga kesehatan memilih dan memprioritaskan pasien yang mana dievakuasi terlebih dahulu.

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

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

a. *Triage* Hijau.

Korban dengan luka yang relatif kecil, Status tidak akan memburuk selama sehari-hari, Mungkin dapat membantu dalam perawatan sendiri: juga dikenal sebagai "berjalan terluka"

b. *Triage* Kuning (Tertunda).

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

c. *Triage* Merah (Segera).

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

d. *Triage* Hitam (Meninggal).

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

2. *SAVE (Secondary Assessment of Victim Endpoint)*.

Sistem save adalah Sistem yang dapat menstratifikasi korban bencana yang sangat membantu jika dilakukan dilapangan karena jumlah pasien yang banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit. Terdapat tiga Kategori *Triage* dalam *SAVE*, yaitu :

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

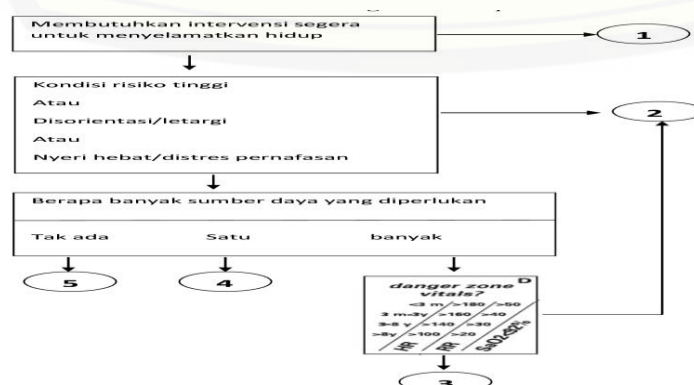
2.7.5.2 *Triage in-Hospital*

Rumah Sakit mempunyai konsep *triage* yang berbeda-beda. *Triage* modern yang diterapkan di rumah sakit saat ini terbagi menjadi lima kelompok.

2.4.7.5.2.1 *Triage Emergency Severity Index (ESI)*

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

Gambar 2.5 Logaritma Pengambilan Keputusan *Triage* Metode *ESI*

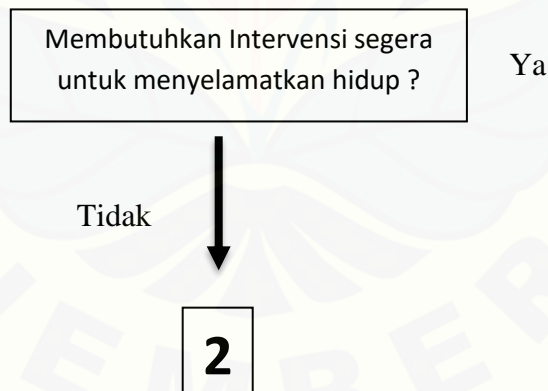


Menurut
Gilboy et

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	Intubasi	Pemberian oksigen
	Jalan napas bedah	Nasal kanul
	CPAP Emergent	Masker non RBM
	Emergent BiPAP	
Terapi keelektrikan	Defibrillation	Monitor jantung
	Kardioversi emergensi	
Prosedur	Tes dekompresi dada	Ekg
	Pericardiocentesis	Lab darah
	Operasi thorak	Pengeras suara
	Akses intraosseous	Tindakan mencari trauma perut
Hemodinamik	Resusitasi cairan IV	Cairan infus
	Pemberian darah	Kunci saline untuk obat-obatan
	Kontrol perdarahan besar	
Obat-obatan	Nalokson	ASA
	D50	Nitrogliserin IV
	Dopamin	Antibiotik
	Atropin	Heparin
	Adenocard	Obat nyeri

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.

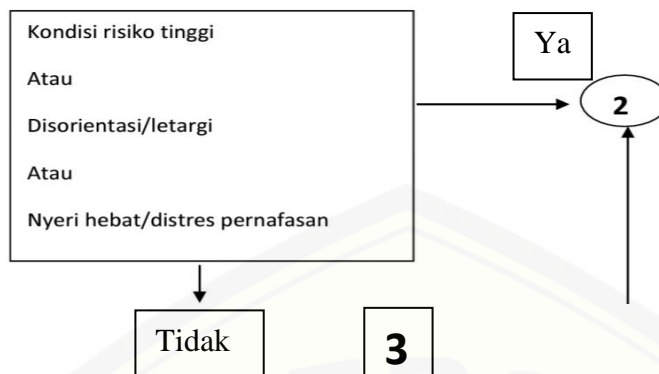
Tabel 2.5 AVPU level

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. 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

Situasi dengan resiko tinggi

a. Nyeri perut dan gastrointestinal

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

contoh pertanyaannya adalah sebagai berikut:

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

Muntah darah atau keluhan utama BAB darah harus dipertimbangkan dan dievaluasi secara serius dalam konteks tanda-tanda vital. Tetapi 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 harus 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. 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 seperti hiperkalemi atau hipokalemi yang menyebabkan disritmi jantung yang serius

e. Genital

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

f. Kesehatan mental

Banyak pasien dengan masalah kesehatan mental dan tergolong 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 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 risiko tinggi. Pasien dengan gejala-gejala ini mungkin mengalami stroke akut dan segera evaluasi sangat penting. Kejang merupakan keluhan utama yang umum 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 seperti terkena percikan bahan kimia ke mata, terutama alkali mengharuskan pembilasan segera untuk mencegah kerusakan lebih lanjut kornea 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. Pasien dengan kemungkinan fraktur panggul, tulang paha, 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. 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 < 30 hari dengan demam 38°C, atau lebih tinggi suhunya.

l. Pernafasan

Keluhan pernafasan menempatkan pasien di tempat tinggi risiko. Pasien dengan distress ringan hingga sedang dievaluasi lebih lanjut untuk laju pernapasan dan denyut nadi oximetry untuk menentukan apakah seharusnya dikategorikan *ESI* level 2. Pasien berisiko tinggi adalah pasien yang saat ini dengan ventilasi dan oksigenasi secukupnya tetapi dalam gangguan pernapasan dan memiliki potensi untuk memperburuk keadaan.

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.

3. *ESI* level 3, 4, 5

Sistem *triage ESI* 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 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 2.5 Kebutuhan Sumber Daya Pada *ESI Level 3,4,5*

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

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.

2.4.7.5.2.2 *ATS (Australian Triage Scale)*

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

2.4.7.5.2.3 *CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale)*

Konsep awal *CTAS* mengikuti *ATS*, dimana prioritas pasien disertai dengan waktu yang diperlukan untuk mendapatkan penanganan awal. Dalam sistem triage, mengacu pada keluhan utama pasien, dan hasil pemeriksaan tanda – tanda vital. Penilaiannya dilakukan selama 2 – 5 menit, namun bila pasien dianggap *CTAS* 1 dan 2, maka pasien harus segera diterapi.

2.4.7.5.2.4 *MTS (Manchester Triage Scale)*

Metode ini digunakan terutama untuk mengidentifikasi sindrom pasien yang datang ke instalasi gawat darurat yang mengacu pada kondisi klinis seperti tanda – tanda vital, tingkat kesadaran pasien, derajat nyeri, dan derajat obstruksi jalan nafas. Ketika pasien datang ke *IGD*, petugas triage langsung menganamnesa pasien kemudian langsung menentukan kategori pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien dengan metode warna

2.4.7.5.2.5 *Patient Acuity Category Scale (PCAS)*

Sistem *PCAS* berasal dari Singapura. *Patient Acuity Category Scale* (PACS) terdiri dari 4 kategori yaitu kategori merah atau P1 (Gawat Darurat) dengan respon time 0 – 5 menit, kategori kuning atau P2 (Gawat Tidak Darurat / Darurat Tidak Gawat) dengan response time 5 – 15 menit, kategori hijau atau P3 (Tidak Gawat Tidak Darurat) dengan respon time 5 – 15 menit, kategori hitam atau P0 (meninggal / sampai di IGD dengan *Death On Arrival* (DOA) dengan respon time 30 – 60 menit (Depkes, 2004).

4 Skala prioritas antara lain :

1. PACS 1

Merupakan kategori suatu keadaan yang memerlukan pertolongan segera dan apabila hal tersebut tidak segera dilakukan akan berakibat kecacatan organ bahkan kematian, pasien dengan kategori ini akan dirawat di ruang resusitasi / ruang prioritas 1

2. PCAS 2

Merupakan suatu keadaan yang memerlukan pertolongan segera, tetapi dibawah prioritas 1,

3. PCAS 3 dan PCAS 4

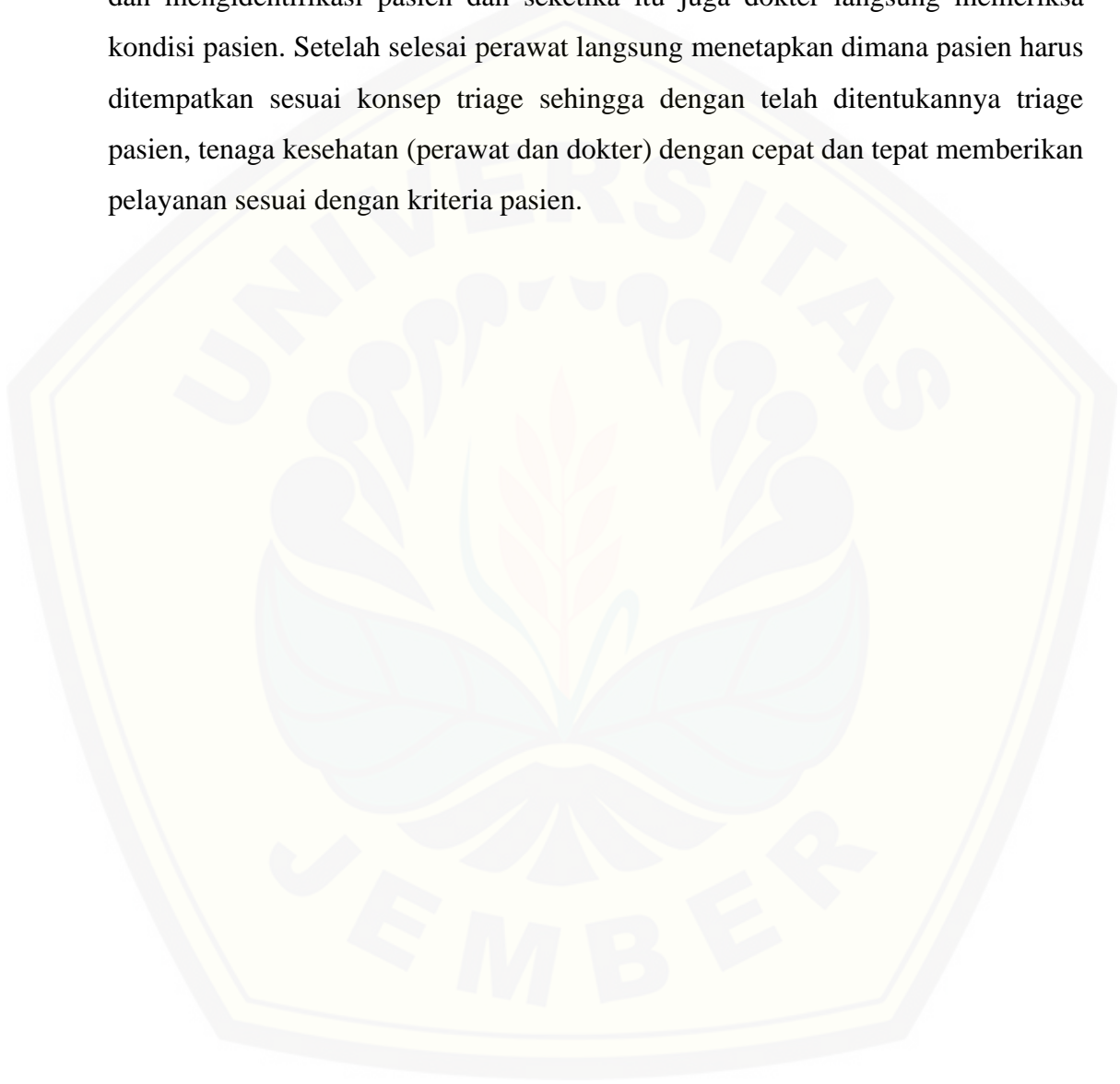
Merupakan suatu keadaan yang tidak memerlukan pertolongan segera

4. PCAS 0

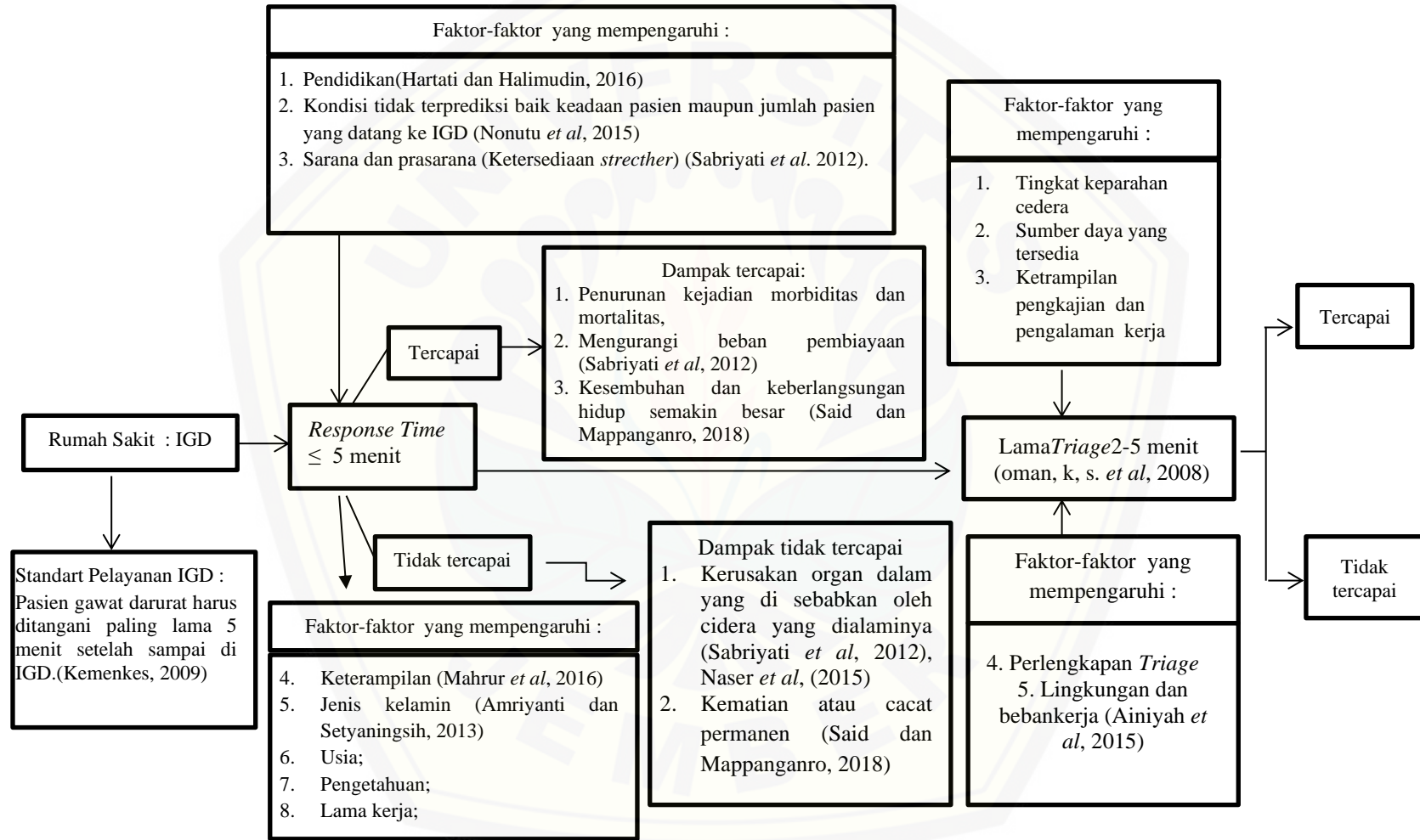
Penderita yang mengalami cedera mematikan atau sudah bisa dipertahankan lagi meskipun sudah dilakukan resusitasi, atau penderita sudah meninggal, tidak ada respon pada rangsang tidak ada respirasi spontan, tidak ada respon pupil terhadap cahaya.

Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso menggunakan kombinasi antara kategori warna dan *Patient Acuity Category Scale* (PACS) yang terdiri dari 4 kategori yaitu kategori merah atau P1 (Gawat Darurat) dengan respon time 0 – 5 menit, kategori kuning atau P2 (Gawat Tidak Darurat / Darurat Tidak Gawat) dengan response time 5 – 15 menit, kategori hijau atau P3 (Tidak Gawat Tidak Darurat) dengan respon time 5 – 15 menit, kategori hitam atau P0

(meninggal / sampai di IGD dengan *Death On Arrival* (DOA) dengan reson time 30 – 60 menit. Jadi saat pasien tiba di IGD RSUD Dr.H.Koesnadi, transporter dibantu satpam membantu pasien tidur di brancart IGD, kemudian langsung dibawa ke Ruang triage sekunder, setelah itu perawat langsung menganamnesa dan mengidentifikasi pasien dan seketika itu juga dokter langsung memeriksa kondisi pasien. Setelah selesai perawat langsung menetapkan dimana pasien harus ditempatkan sesuai konsep triage sehingga dengan telah ditentukannya triage pasien, tenaga kesehatan (perawat dan dokter) dengan cepat dan tepat memberikan pelayanan sesuai dengan kriteria pasien.



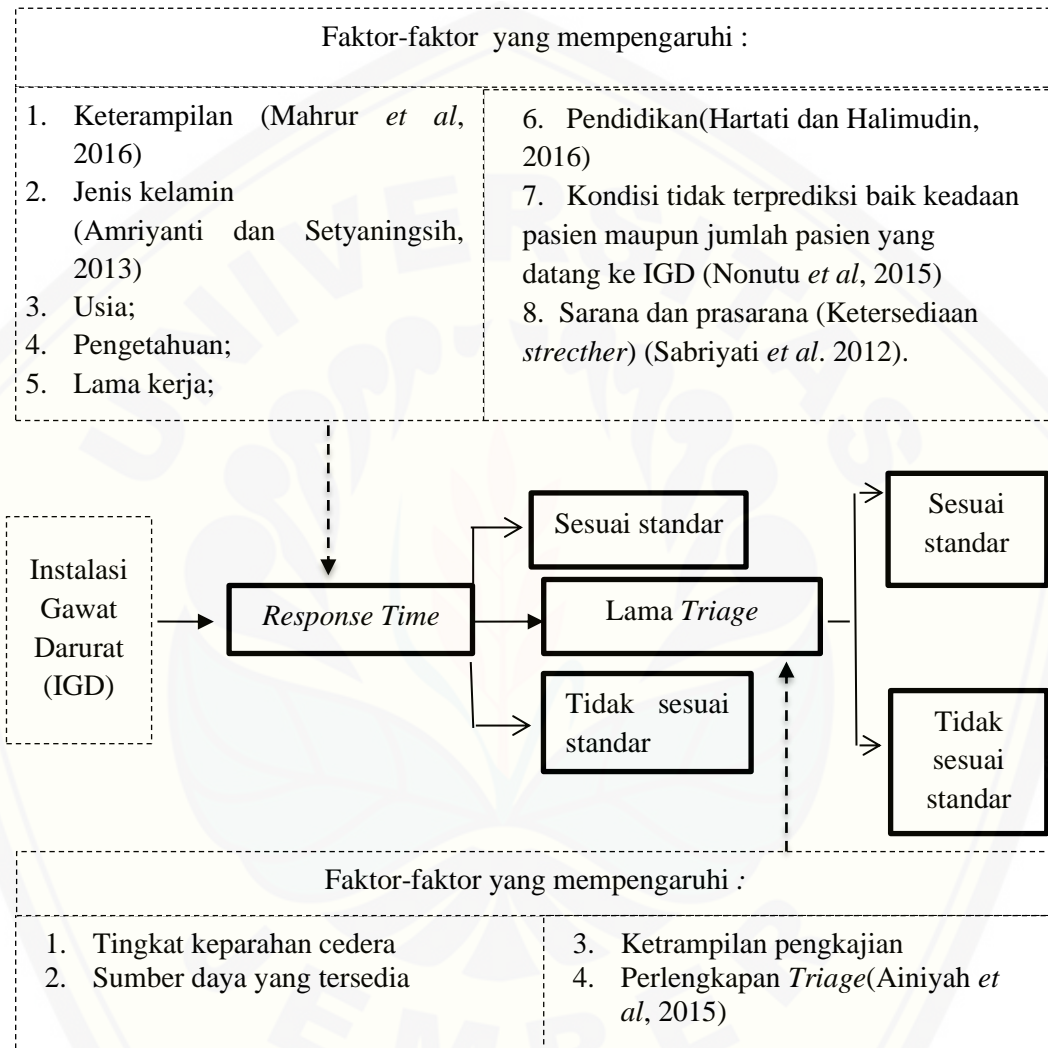
2.5 Kerangka Teori



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 yang digunakan dalam penelitian ini adalah penilaian deskriptif yang diartikan sebagai suatu penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan peristiwa yang terjadi terhadap masyarakat (Notoatmojo, 2010). Menurut Surahman *et al*, (2016), Desain penelitian merupakan rencana, strategi dan struktur penelitian yang ditujukan untuk menjawab permasalahan yang ada dengan upaya optimalisasi yang berimbang antara validitas dalam dan luar dengan melakukan pengendalian varian. Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu deskriptif kuantitatif.

Deskripsi kuantitatif adalah penelitian yang dilakukan untuk membuat deskripsi suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian ini digunakan untuk memecahkan situasi permasalahan yang sedang dihadapi (Sugiyono, 2011).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh karakteristik yang diteliti (Surahman *et al*, 2016). Menurut Sugiyono (2010), Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang memiliki karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya oleh peneliti. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010), Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian yang nantinya akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah 9 Dokter dan 26 Perawat yang sedang melaksanakan shift di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian (Surahman *et al*, 2016) Menurut Sugiyono (2010) sejumlah karakteristik yang digunakan untuk penelitian dan di anggap mewakili seluruh populasi tersebut. Idealnya untuk mengetahui karakteristik populasi dengan

melakukan pengamatan terhadap sampel, tetapi dalam praktiknya kita hanya bisa mengamati sampel, bukan hanya biaya penelitian yang besar tetapi penelitian terhadap populasi akan memakan waktu yang lama dan menimbulkan kesalahan dalam pengukuran (bias). Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan (perawat dan dokter) yang sedang melaksanakan shift di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *non probability sampling* dengan cara *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik untuk pengambilan sampel dengan jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan mengambil *total sampling* karena jumlah populasi yang kurang dari 100 sehingga seluruh populasi dijadikan sampel penelitian (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah seluruh tenaga kesehatan yang sedang shift pagi, siang dan malam di IGD RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, sebanyak 35 orang.

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan (dokter dan perawat) yang sedang shift di IGD RSUD Dr. H. Koesnadi. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik yang harus terpenuhi oleh setiap populasi yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi penelitian ini adalah tenaga kesehatan (Perawat dan Dokter) yang sedang berdinas di IGD RSUD Dr. H. Koesnadi, dan bersedia menjadi responden penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik populasi yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan tidak bisa dijadikan sampel (Notoajmodjo, 2010). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah Tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang sedang cuti kerja.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan cara dan batasan pengukuran variabel yang akan diteliti (Surahman *et al*, 2016). Sedangkan menurut Yusuf (2015) Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diteliti, yang memungkinkan peneliti melakukan observasi dan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek maupun 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 menjaga konsistensi pengumpulan data, membatasi ruang lingkup variabel serta menghindarkan perbedaan interpretasi. Definisi operasional pada penelitian ini adalah dua variabel, terdiri dari dua unsur yaitu *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Penjelasan definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
<i>Response time</i> tenaga kesehatan (dokter dan perawat)	Kecepatan dalam melayani pasien , dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai dilakukan tindakan <i>Primary Survey</i> .	Menit	1. Lembar observasi <i>response time</i> 2. stopwatch	Rasio	2,33 menit
Lama <i>Triage</i> tenaga kesehatan (dokter dan perawat).	Kecepatan tindakan <i>Triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>Primary survey</i> sampai ditentukan level <i>Triage</i>	Menit	1. Lembar observasi lama <i>triage</i> 2. stopwatch	Rasio	3,89 menit

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Data Primer

Data primer adalah berbagai macam informasi tentang responden yang berkaitan dengan objek penelitian (Yusuf, 2015), data 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* kepada 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 LP2M, surat di bawa ke LP2M untuk diterbitkan surat permohonan ijin melakukan penelitian ditujukan kepada kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten Bondowoso, kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Kabupaten bondowoso menerbitkan surat rekomendasi yang ditujukan kepada kepala RSUD Dr. H Koesnadi, pihak RSUD Dr. H. Koesnadi menerbitkan surat ijin penelitian, surat tersebut guna untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 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 *informed consent*.
- d. Peneliti melakukan observasi *response time* dan lama *triage* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

e. Peneliti melakukan prosedur pengukuran *response time* menggunakan *stopwatch*, dan mencatat hasilnya pada lembar observasi. Dalam prosedur ini, Peneliti akan mulai menekan *stopwatch* ketika ada pasien yang masuk ke ruang IGD, kemudian peneliti akan mencatat kecepatan *response time* sampai tenaga kesehatan menghampiri pasien untuk melakukan tindakan *Primary Survey*, kemudian peneliti akan mematikan *stopwatch* setelah petugas kesehatan selesai melakukan *Primary Survey*, setelah itu peneliti akan menghitung selisih antara waktu pasien mendapatkan penanganan. Begitu juga dengan penghitungan lama *triage* di lakukan dengan cara peneliti akan mulai menekan *stopwatch* ketika dilakukan pengkajian *primary survey*, kemudian peneliti akan mematikan *stopwach* setelah petugas kesehatan melakukan pengkajian sampai ditentukannya tingkat kegawatdaruratan pasien menggunakan warna menurut konsep *triage* bencana, setelah itu peneliti akan menghitung selisih antara waktu lama *triage*.

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan 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 melakukan pengkajian *triage*.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing adalah 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 : lengkap, relevan, dan kejelasan tulisan.

4.7.2 Coding

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

4.7.3 Entry data

Entry data merupakan pengetikan kode angka dari jawaban responden pada lembar observasi ke dalam program pengolahan data di komputer (Surahman *et al*, 2016). Proses pengolahan data menggunakan bantuan SPSS (*Statistical Package for Sosial Sciences*).

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). Dalam penelitian ini, peneliti memeriksa kembali data yang akan dimasukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan data dan kelengkapan data.

4.8 Analisa Data

Analisa data adalah proses mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga tema dapat dirumuskan menjadi 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 dalam memecahkan masalah penelitian dan bahan untuk membuat kesimpulan serta saran yang bermanfaat untuk kebijakan penelitian selanjutnya. Pada umumnya dalam analisis univariat ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa univariat

dalam penelitian ini menyajikan data dalam tabel distribusi frekuensi dan presentase dari hasil response time dan lama triage. Salah satu tugas statistika adalah mencari angka disekitar nilai dalam suatu distribusi. Angka dari pusat tersebut disebut tendensi sentral. Bentuk tendensi sentral menggunakan tiga metode dalam pengukurannya yakni mean, modus, dan median. Ketiga metode dalam bentuk tendensi sentral ini mempunyai cara menghitung dan arti yang berbeda pula. Mean adalah nilai rata – rata dari semua nilai data observasi, Median adalah data observasi yang berada di tengah – tengah urutan data tersebut, dan Modus adalah nilai yang sering muncul.

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 Harkat dan Martabat Manusia (*Human Dignity*)

Peneliti mempertimbangkan hak – hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian. Tindakan yang terkait dalam prinsip ini adalah peneliti mempersiapkan formulir / lembar persetujuan subyek (*Informed Consent*). Lembar persetujuan diberikan kepada responden sebelum pelaksanaan penelitian dimulai agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi selama pengumpulan data (Yusuf, 2015). Peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian, kemudian mengkonfirmasi kesediaan calon responden. Apabila calon responden bersedia mengikuti penelitian, maka peneliti meminta calon responden untuk menandatangani *informed consent*. Apabila calon responden tidak bersedia maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dan kerahasiaan dari responden dijamin oleh seorang peneliti (Yusuf, 2015). Kerahasiaan pada penelitian ini adalah dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas dalam pendokumentasian hasil penelitian yang diperoleh. 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). Penelitian ini, peneliti harus memperlakukan semua responden dengan sama atau adil sebelum, selama, dan pada saat 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 ketidaknyamanan fisik dan mental.
- b. Bebas dari eksploitasi, tidak merugikan keterlibatan responden
- c. Manfaat dari penelitian adalah meningkatnya pengetahuan yang berdampak positif pada diri responden.

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi rumah sakit guna memperbaiki pelayanan di IGD Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Koesnadi Bondowoso.

BAB 6. PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dan saran penelitian “Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso”. Kesimpulan dari penelitian ini merupakan informasi berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian. Saran digunakan peneliti sebagai rekomendasi setelah diketahui hasil dari penelitian. Berikut ini beberapa kesimpulan dan saran yang didapat dari hasil penelitian.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian serta tujuan umum dan khusus penelitian, maka penelitian ini dapat disimpulkan diantaranya sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden : Dokter dan perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama kerja. Jenis kelamin sebagian besar responden adalah berjenis kelamin laki-laki (77,15%), usia responden dengan rata-rata usia 31,54%, pendidikan responden terbanyak adalah :7 orang (20%) D3 Keperawatan, 19 orang (54,28%) Ners, 9 orang (25,72%) Dokter Umum. Lama kerja responden terbanyak adalah lebih dari 5 tahun sebanyak 62,85%.
2. Rata – rata Lama respon time petugas kesehatan (*Respon time*) di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 2 menit 33 detik, dan sesuai dengan standard yaitu kurang dari 5 menit
3. Rata – rata lama triage petugas kesehatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 4 menit 29 detik, dan sesuai dengan standard yaitu kurang dari 5 menit.

6.2 Saran

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti selain memberikan suatu kesimpulan juga memberikan saran pada berbagai pihak. Saran-saran tersebut antara lain sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi rumah sakit tempat penelitian dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas rumah sakit.

Adapun saran yang diberikan untuk dapat dipertimbangkan adalah sebagai berikut:

1. Perlu regulasi terkait jadwal petugas triage dalam satu shift di area ruang triase sekunder karena jarak drop zone dengan ruang triage sekunder cukup jauh, sehingga dapat mengoptimalkan *response time* pasien jika pasien tiba – tiba datang dalam satu waktu yang bersamaan.
2. Perlu ada alarm pemanggil petugas kesehatan, untuk meminimalisir waktu *response time*, karena jarak antara drop zone ke ruang triage dan ruang triage ke ruang P1,P2,P3 yang tidak berdekatan pula, sehingga terkadang jika petugas sedang mengobservasi diruang P1,P2,P3, kemudian ada pasien datang bersamaan, satpam atau transporter masih mencari petugas yang bisa melakukan penanganan ke ruang triage sekunder . Hal ini dapat memperlambat *Response Time* terhadap pasien.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah referensi dan sumber rujukan tambahan bagi institusi pendidikan guna pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan gawat darurat yaitu ketepatan waktu tanggap (*response time*) dan lama *triage* tenaga kesehatan dalam menangani pasien gawat darurat.

6.2.3 Bagi Keperawatan

Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan mampu berperan aktif dalam memberikan asuhan keperawatan dan mengetahui bahwa kualitas pelayanan keperawatan yang responsif dan tepat akan berpengaruh terhadap kondisi pasien dengan kegawatdaruratan, serta sebagai motivasi bagi perawat untuk menambah kemampuan tentang penanganan kegawatdaruratan pasien.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai gambaran *response time* dan lama *triage*. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti pengaruh jarak drop zone dengan ruang *triage* terhadap *response time* dan lama *triage*, tujuannya adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh jarak drop zone dengan kecepatan *response time* dan lama *triage*.





LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar *Informed*

INFORMED

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ilham Febriyanto
NIM : 172310101223
Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Letjen Sutoyo III No 81 Sumbersari

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 Umum Daerah Dr. H Koesnadi Bondowoso”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H Koesnadi Bondowoso. 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,

Ilham Febriyanto
NIM 172310101223

Lampiran B. Lembar *Consent*

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 : Ilham Febriyanto
NIM : 172310101223
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSUD
Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu mengetahui Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

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 SOP *Response Time*

		STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) RESPONSE TIME dan TRIAGE TIME
Operasional Prosedur		
No	Kegiatan	
1	Pengertian	<ol style="list-style-type: none"> 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 ≤ 5 menit, dihitung sejak pasien tiba di IGD sampai dimulai tindakan <i>Primary survey</i> 2. <i>Triage</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
2	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengukur pertolongan medis terhadap pasien yang mengancam jiwanya. 2. Untuk mengukur kecepatan dan ketepatan penanganan pada pasien kegawat darurat
3	Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SK Kemenkes RI N0. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standart Instalasi Gawat Darurat. 2. Kemenkes RI tahun (2011), Pedoman Standart Pelayanan IGD , Kementrian Kesehatan RI
4	Indikasi	Pasien yang masuk di IGD
5	Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stopwatch. 2. Lembar observasi. 3. Bolpoint.
6	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke IGD dan dicatat waktu kedatangan di lembar observasi 2. Catat waktu mulai pasien diperiksa dan diberikan penanganan pertama oleh tenaga kesehatan (dokter / perawat) dengan cara <ol style="list-style-type: none"> a. Peneliti akan mulai menekan stopwatch ketika ada pasien yang masuk ke ruang IGD, peneliti akan mencatat kecepatan respon time sampai

		<p>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 <i>Primary survey</i></p> <p>b. Peneliti akan mematikan stopwatch setelah petugas kesehatan melakukan pengkajian sampai ditentukannya tingkat kegawatdaruratan pasien menggunakan warna menurut konsep triage bencana</p> <p>5. Peneliti akan menghitung selisih antara waktu lama <i>trriage</i></p> <p>6. Tenaga kesehatan (dokter/perawat) IGD memberikan penanganan (permasalahan pada airway,breathing,circulation),menilai disability, EKG, penggunaan obat, defibrilasi.</p> <p>7. Tenaga kesehan (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 D. Lembar Observasi *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Koesnadi

Lampiran D. Lembar Observasi *Response Time* dan lama *Triage*

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN
Response Time dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Citra Husada Kabupaten Jember

No.	Kegiatan Observasi								Kategori <i>Triage</i>			
	Kode Nakes	Kode pasien	Tanggal	Waktu kedatangan pasien di IGD	<i>Response Time</i> tenaga kesehatan IGD	Lama <i>response time</i>	Waktu <i>Triage</i>	Lama <i>Triage</i>	P1	P2	P3	P0
1.	WE	Tu.E	11/11/2019	08:23:15	08:25:15	00:02:00	08:28:15	00:03:00		✓		
2.	AF	Ny.T	07-00	08:50:40	08:54:50	00:04:10	08:59:10	00:04:10		✓		
3.	RY	An.S	5/8	08:54:45	08:55:13	00:00:28	08:58:12	00:02:59	✓			
4.	BM	Tu.M	14.00	09:00:05	09:09:15	00:00:10	09:10:15	00:01:00	✓			
5.	A.S	Tu.F		10:35:40	10:35:55	00:00:15	10:36:30	00:00:55	✓			

Lampiran E. Descriptive Statistics

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Respon time _malam	135	2.0658	1.33089	.10	7.14
Respon time _sore	190	2.0085	1.27087	.15	7.24
Respon time _pagi	110	1.9103	1.20661	.20	5.00
Lamatriage _malam	135	2.9301	1.44183	.17	8.05
Lamatriage _sore	190	2.9014	1.53259	.10	7.20
Lamatriage _pagi	110	2.7505	1.27569	1.04	8.02

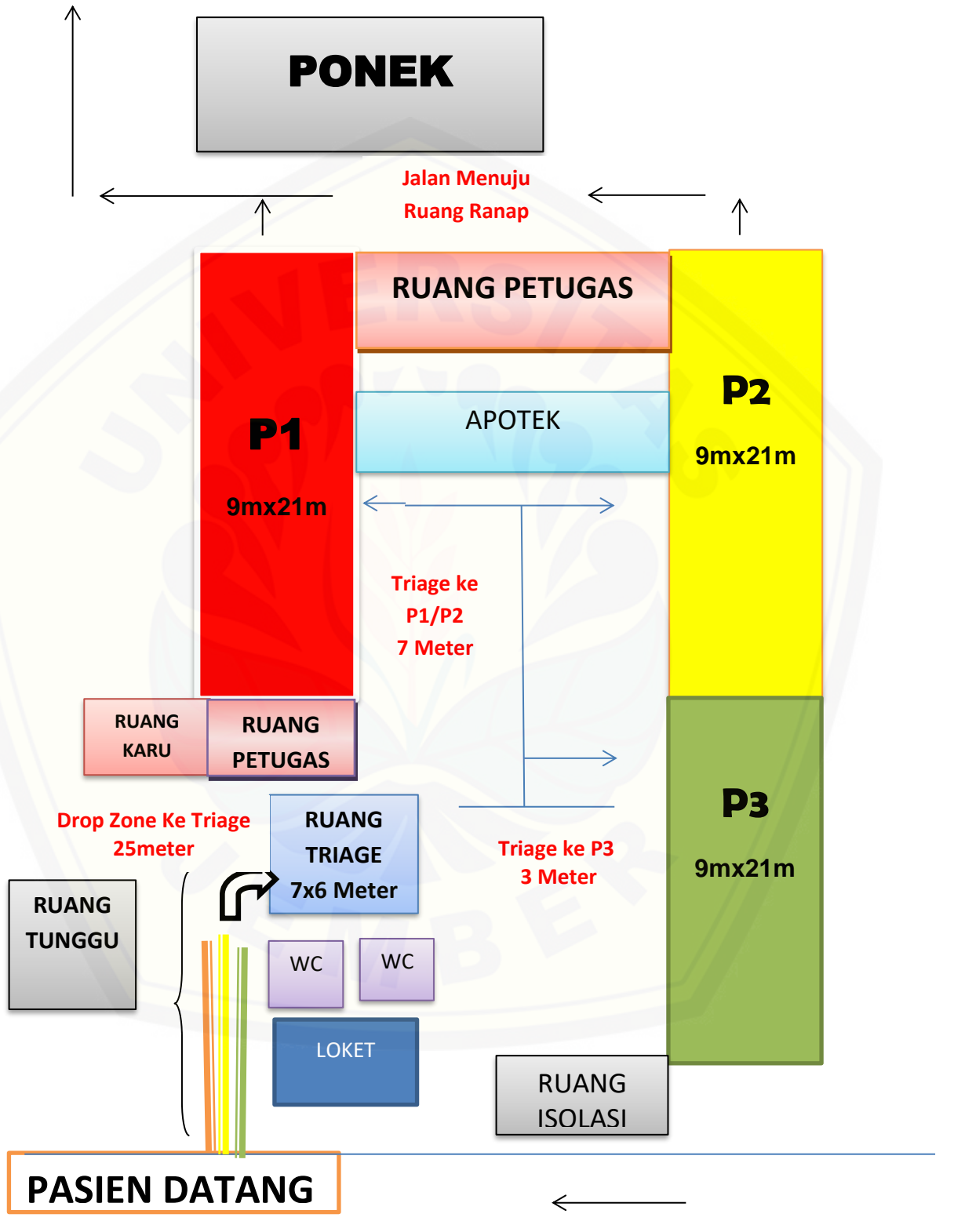
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Respon time _malam	Respon time _sore	Respon time _pagi
N		135	190	110
Normal Parameters ^a	Mean	2.0658	2.0085	1.9103
	Std. Deviation	1.33089	1.27087	1.20661
Most Extreme Differences	Absolute	.102	.124	.113
	Positive	.102	.124	.113
	Negative	-.070	-.072	-.080
Kolmogorov-Smirnov Z		1.190	1.706	1.184
Asymp. Sig. (2-tailed)		.118	.006	.121

		Lamatriage _malam	Lamatriage _sore	Lamatriage_ pagi
N		135	190	110
Normal Parameters ^a	Mean	2.9301	2.9014	2.7505
	Std. Deviation	1.44183	1.53259	1.27569
	Most Extreme Differences			
	Absolute	.067	.065	.109
	Positive	.067	.065	.109
	Negative	-.060	-.047	-.090
Kolmogorov-Smirnov Z		.782	.892	1.148
Asymp. Sig. (2-tailed)		.573	.404	.143

a. Test distribution is Normal.

Lampiran F. Denah IGD RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso



Lampiran G. Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Judul Skripsi : GAMBARAN RESPON TIME TRIAGE IGD RUMAH SAKIT
BINA SEHAT JEMBER

Nama : Ilham Febriyanto

Nim : 172310101223

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan
2/8 2018	Konsul Bab 1 via Email	-	
12/9 2018	Konsul Bab 1 dan Bab 2	- Ditecek lagi sumbernya - Pentingnya respon time - faktor pengaruh respon time	
18/9 2018	Konsul Revisi Bab 1 dan 2	- Pembahasan kurang banyak - diperdalam peritu - lain-lain sudah cukup	
24/10 2018	Konsul Bab 3 dan 4	- Sudah cukup - Temui pembimbing 2	
10/5 2019	Konsul Bab 1, 2, 3, 4	- Judul depan - Triage er? Bab 2? - Bimbingan untuk penelitian bulan	
13/5 2019	Konsul Judul dan Bab 2	Acc sempoo	
18/12 2019	Konsul BAB 5-6	- Terkait Respon time - Denah Drop Zone dengan Ruang Triage berapa meter? - Dilengkapi ukuran ruang dan jarak	
20/12 2019	Konsul Revisi Bab 5-6	- Hubungi DPA untuk konsul - jika konsul lagi - Membawa bab 1-6	
23/12 2019	Konsul ke 7	Acc sidang	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

Judul Skripsi : GAMBARAN RESPON TIME TRIAGE IGD RUMAH SAKIT
 BINA SEHAT JEMBER
 Nama : Ilham Febriyanto
 Nim : 172310101223
 Dosen Pembimbing II : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan
$\frac{26}{3}$ 19	Konsul Bab 1,2,3,4		
$\frac{8}{4}$ 19	Konsul Bab 1,2,3,4		
$\frac{8}{5}$ 19	Konsul Bab 1,2,3,4		
$\frac{14}{5}$ 19	Kontrol bab 1,2,3,4	Cele kembali foto foto, pelajari setiap foto referensi, pelajari	
$\frac{21}{5}$ 19	Konsul Bab 1,2,3,4	bab. 4. (perbaiki di makalah)	
$\frac{23}{6}$ 19		ACC sempur.	
$\frac{23}{12}$ 19	Konsul BAB 5,6	Perbaiki hasil koreksi skripsi	
$\frac{25}{12}$ 19	Konsul BAB 4,5,6 revisi	Jika sudah ACC DPU, kirim naskah final untuk Turnitin	
$\frac{10}{1}$ 2020	Turnitin Naskah final	ACC sidang	

tanggal
sama?

Lampiran H. Surat Penelitian



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

Nomor : 4514 /UN25.3.1/LT/2019
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

28 Oktober 2019

Yth. Kepala

Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Kabupaten Bondowoso
Di

Bondowoso

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 5658/UN25.1.14/LT/2019 tanggal 22 Oktober 2019 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Ilham Febriyanto
NIM : 172310101223
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Letjend Sutoyo III No.81 Kebonsari-Jember
Judul Penelitian : "Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso"
Lokasi Penelitian : RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
Lama Penelitian : 2 Bulan (1 November-30 Desember 2019)

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. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi;
2. Dekan FKPE Universitas Jember;
3. Mahasiswa ybs;
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM dr. H. KOESNADI
 Jl. Kapten PierreTendean No. 3 Telepon (0332) 421974. Fax.0332 422311
 Website: rsudrkoesnadi.go.id, Email: rsukoesnadi@gmail.com
BONDOWOSO



Kode Pos: 68214

Bondowoso, 2 November 2019

Nomor : 070/1927 /430.10.7/2019
 Sifat : Penting
 Lampiran : 1 (satu) Berkas
 Perihal : **Surat Ijin Penelitian**

Kepada :
 Yth. Kepala Instalasi Gawat Darurat
 RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
 di-
Bondowoso

Menindaklanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Bondowoso Nomor: 070/941/430.10.5/2019 Tanggal 31 Oktober 2019 tentang Ijin Penelitian di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dan memperhatikan Surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Nomor: 4514/UN25.3.1/LT/2019 Tanggal 28 Oktober 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian :

Nama : Ilham Febriyanto
 NIM : 172310101223
 No. HP : 085233748564
 Judul : Gambaran *Respon Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
 Data yang dibutuhkan : Melaksanakan pengamatan untuk menghitung *respon time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat
 Lokasi : Ruang IGD
 Waktu : 3 (Tiga) Bulan November 2019 s/d Januari 2020

maka pada prinsipnya kami setuju yang bersangkutan melakukan Studi Pendahuluan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso serta kepada pihak terkait dengan kegiatan ini hendaknya dapat membantu sepenuhnya.

Sebagai bentuk partisipasi dari Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, maka kami mohon agar hasil rekomendasi/saran dari studi pendahuluan ini disampaikan sebagai masukan pada RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Bagian Perencanaan (Sub Bagian Penelitian, Pengembangan, Monitoring dan Evaluasi) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an. Plt. Direktur
 RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
 Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Tasrip., S.Kep.Ns., MMKes
 NIP. 19650107 199103 1 011

Lampiran I. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian



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

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep.,M.Kep

NIP : 19830505 200812 1 004

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Ilham Febriyanto

NIM : 172310101223

Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Yang bersangkutan telah benar – benar melaksanakan penelitian di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H. Koesnadi Bondowoso terhitung mulai tanggal 11 November 2019 sampai dengan 6 Desember 2019.

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

Jember, 16 Januari 2020
Dosen Pembimbing Utama

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

Lampiran J. Jadwal Dinas Selama Penelitian


JADWAL DINAS IGD RSUD KOESNADI BONDOWOSO 2019

NO	HARI/TANGGAL	JADWAL DINAS			TTD PETUGAS RSUD		
		P	S	M	P	S	M
1	Senin, 11-11-2019	✓			✗		
2	Selasa, 12-11-2019	✓	✓		✗	✗	
3	Rabu, 13-11-2019			✓			✓ dg
4	Kamis, 14-11-2019		✓	✓		✗	✓ dg
5	Jumal, 15-11-2019		✓	✓		✗	✓ dg
6	Senin, 18-11-2019	✓	✓		✗	✗	✗ dg
7	Selasa, 19-11-2019			✓		✗	✗ dg
8	Kamis, 21-11-2019			✓			✗ dg
9	Jumal, 22-11-2019	✓			✗		
10	Sabtu, 23-11-2019		✓	✓		✗	✓ dg
11	Minggu, 24-11-2019		✓	✓		✗	✓ dg
12	Senin, 25-11-2019		✓	✓		✗	✗ dg
13	Rabu, 27-11-2019	✓		✓	✗	✗	✗ dg
14	Kamis, 28-11-2019		✓	✓		✗	✗ dg
15	Sabtu, 30-11-2019	✓	✓		✗	✗	
16	Minggu, 01-12-2019	✓	✓		✗	✗	
17	Senin, 09-12-2019	✓			✗		
18	Kamis, 12-12-2019	✓			✗		
19	Jumal, 06-12-2019	✓			✗		
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

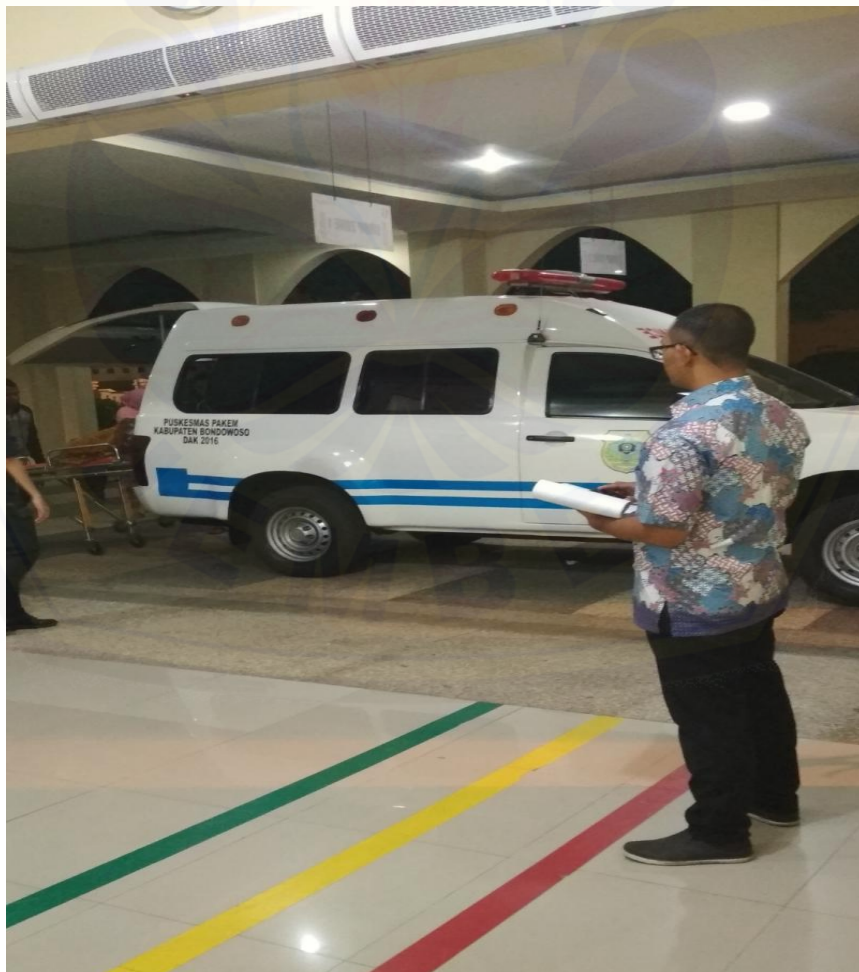
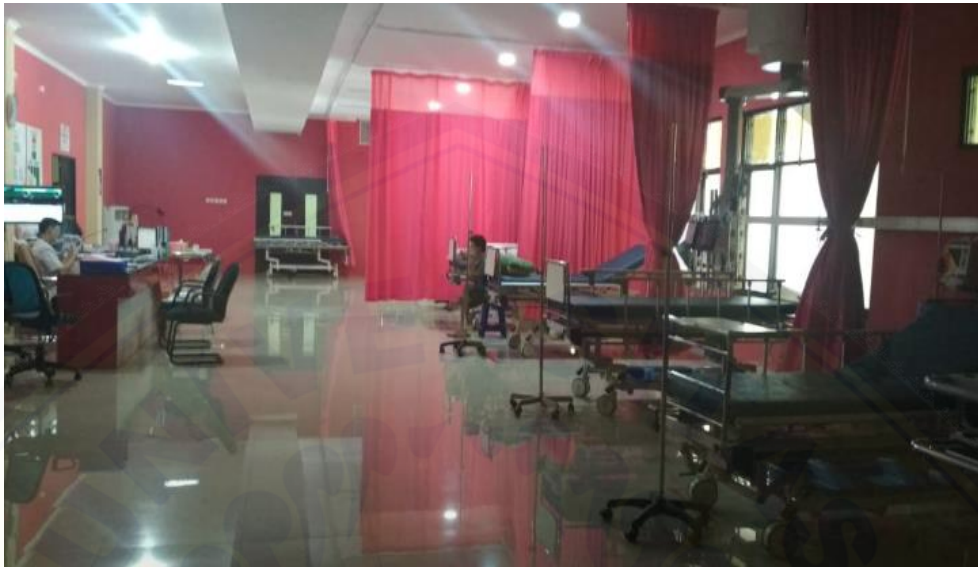
Bondowoso, 06-Desember-2019
Mengetahui,
Ka. Ruang IGD RSUD Koesnadi

Mahasiswa,


(Ilham Febriyanto, Amd.Kep)


(H. Ns. Yurono S.Kep)

Lampiran K. Dokumentasi





DAFTAR PUSTAKA

- Aloyce, R., Leshabari, S., Brsiewicz. 2014. Assesment Of Knowledge And Skills Of Triage Amongns Nurses Working In The Emergency Centers In Dares Salam Tanzania. *Journal African Medicine*. 4(1):14-18
- Apriani. dan S. Febriani. 2017. Hubungan Kegawatdaruratan dengan Waktu Tanggap pada Pasien Jantung Koroner. *Jurnal Kesehatan*. 7(3): 471-477
- Bukit, B., T. Malusa dan A. Rahmat. 2017. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Zahr Publising.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Bondowoso Tahun 2014*. Bondowoso: Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- 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).
- Gurning, Y., Karim, D., dan Misrawati. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan IGD Terhadap Tindakan Triage Berdasarkan Prioritas. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*. 1(1): 1-9.
- 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.
- Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. <https://web.rshs.or.id/fasilitas/pelayanan-medis> (Diakses 10 Oktober 2018)

- Kathleen, S. O., Jane, K., Linda J. S. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC.
- 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 Casualty 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).
- 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
- 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.
- Milbrett, P., Halm, M. 2009. Characteristics And Predictors Of Frequent Utilization Of Emergency Services. *Journal of emergency nursing*. 35:191-198.
- Musliha, S. Kep., Ns. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 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

- Rochana, N., Morphet, J., dan Plummer, V. 2016. Triage process in Emergency Departments: an Indonesian Study. *Nurse Media Journal of Nursing*. 6(1): 38-46.
- Siagian, S. 2004. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- 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.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. *Tentang Rumah Sakit*. 28 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009. Nomor 153. Jakarta.
- Utama, P., D., Apriatni., E., P., dan Listyorini, S. 2013. Analisis Tingkat kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Dilihat Dari Dimensi Kualitas Pelayanan. *Diponegoro Journal Of Social And Politic*. 2(2): 1-9.
- Widodo, E. 2015. Hubungan *Response Time* Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Dengan Kepuasan Pelanggan Di IGD RS. Panti Waluyo Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Wijaya, S. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Denpasar: PSIK FK.
- Yusuf, S. F. 2015. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Padang Sidempuan: Darmais Pres.