



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI  
INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh  
**Aulia Elma Nafia Istizhada**  
**NIM 152310101313**

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



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI  
INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

**SKRIPSI**

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

oleh  
**Aulia Elma Nafia Istizhada**  
**NIM 152310101313**

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

## PERSEMBAHAN

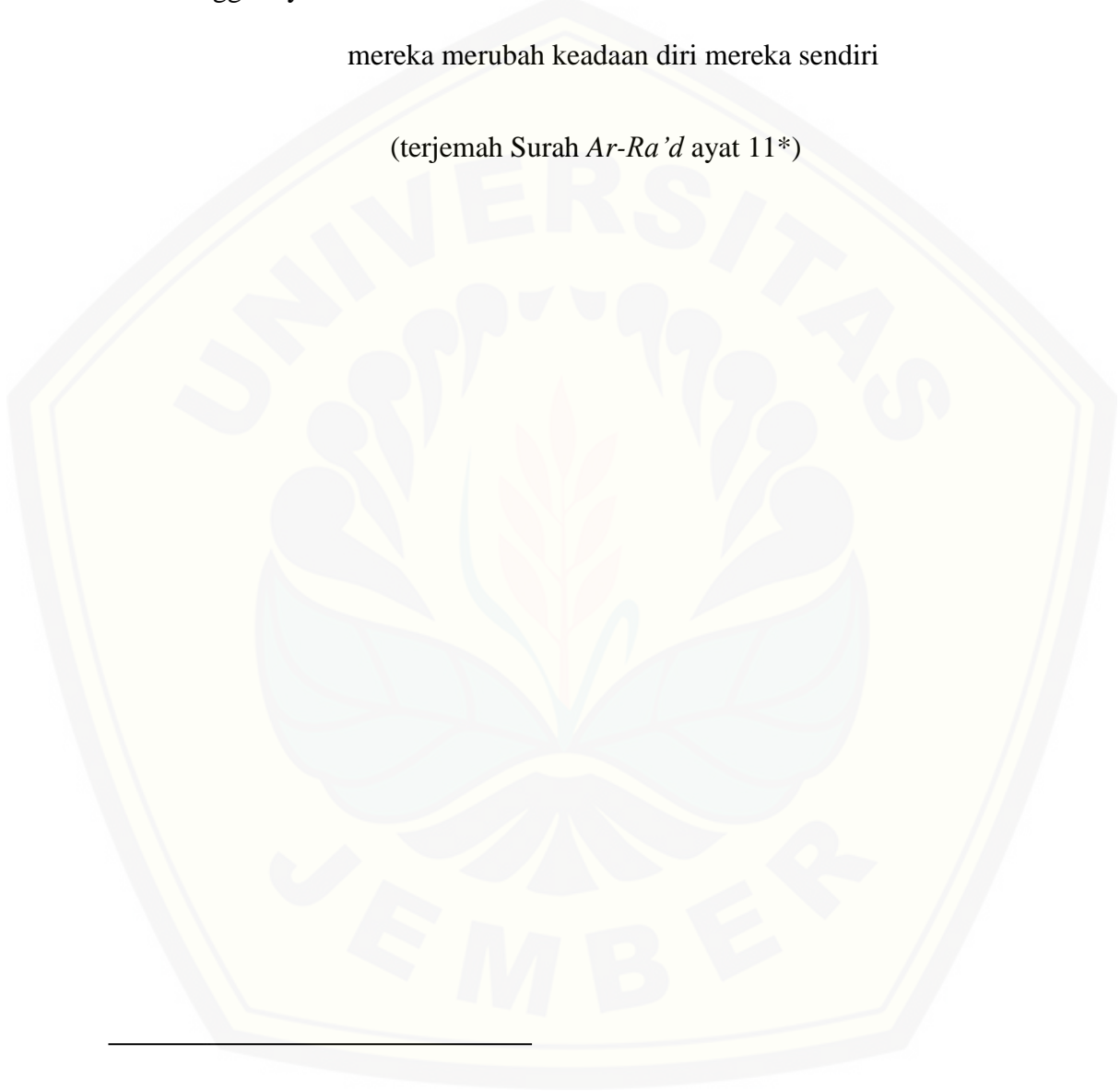
Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Kamat dan Ibu Lilis Setyowati yang tidak pernah berhenti melafalkan dzikir keridhoan, cinta kasih dan pengorbanan demi segala kebaikan saya;
2. Alumni MIN Bulurejo Tempursari, MTsN Lumajang, SMK Muhammadiyah Lumajang serta seluruh Bapak/Ibu guru yang telah memberikan bimbingan dan ilmu;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah banyak membantu, membimbing dan memberikan ilmu;
4. Teman-teman angkatan 2015 terutama kelas D yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan skripsi;
5. Teman-teman *Pejuang squad*, Yuliana, Sheila, Tyas, Vita, Ifka, Puji, dan Elly terimakasih atas segala bentuk dukungan dan warna persahabatan yang diberikan selama masa kuliah dan semoga sukses selalu dalam genggaman kita.

**MOTTO**

Sesungguhnya Allah SWT tidak akan merubah keadaan suatu kaum sebelum  
mereka merubah keadaan diri mereka sendiri

(terjemah Surah *Ar-Ra'd* ayat 11\*)



---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al-Qur'an* dan Terjemahannya.

Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada

NIM : 152310101313

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember” yang saya teliti ini ialah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

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

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,



Aulia Elma Nafia Istizhada  
NIM 152310101313

**SKRIPSI**

**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE* DI  
INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT  
BALADHIKA HUSADA JEMBER**

oleh

**Aulia Elma Nafia Istizhada  
NIM 152310101313**

Pembimbing

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

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

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember” karya Aulia Elma Nafia Istizhada telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 25 Januari 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan,  
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



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

Dosen Pembimbing Anggota



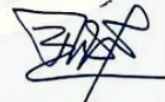
Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I



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

Penguji II



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

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember



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



**Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember** (*The Description of Response Time and Triage Duration at Emergency Department Baladhika Husada Hospital Jember*)

Aulia Elma Nafia Istizhada  
Faculty of Nursing, University of Jember

**ABSTRACT**

*Emergency is a conditional that requires immediate handling to eliminate the threat of the patient life. All action taken in the emergency room must be truly effective and efficient, because patients will lose their lives in just minute. Response time is the time of intervention in emergency area that started from the patient coming until gets initial assesment. Triage is the process of selecting and sorting patients based on their priority level of emergency. The purpose of this study was to determine the description of response time and triage duration at emergency department Baladhika Husada Hospital Jember. Reseach methods with cross sectional approach. Selection of samples with total sampling by 21 respondents. Instrument research using observation sheets. The result showed that the average response time and triage duration for 30 days was 55,66 seconds (0,92 minutes) and 41,66 seconds (0,69 minutes). More rapid response time and triage duration will affect to the patient, the faster handling to the patient will be treated the risk of getting worse the patient's condition will decrease. Response time and triage duration in emergency department Baladhika Husada Hospital Jember was according to standarts.*

**Keywords:** *Emergency Department, Response Time, Triage Duration*



## RINGKASAN

**Gambaran *Response Time* Dan Laman *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember:** Aulia Elma Nafia Istizhada, 152310101313; 2019; xix + 119 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

*Response time* atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami. Sedangkan *triage* adalah tindakan memilih dan memilah pasien berdasarkan prioritas tingkat kegawatdaruratannya. Waktu tanggap yang baik untuk penanganan pasien di IGD yaitu  $\leq 5$  menit. Sedangkan waktu lama *triage* adalah 0-5 menit.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan pendekatan *total sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata hasil *response time* dan lama *triage* di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada selama 30 hari adalah 55,74 detik (0,92 menit) dan 41,68 detik (0,69 menit). Hal tersebut menunjukkan bahwa hasil *response time* dan lama *triage* adalah sesuai standar. Shift tercepat waktu *response time* adalah shift pagi dengan nilai rata-rata *response time* shift pagi adalah 40,70 detik (0,67 menit) dan shift terlama waktu *response time* adalah shift

malam dengan nilai rata-rata *response time* shift malam adalah 77,90 detik (1,29 menit). Sedangkan shift tercepat waktu lama *triage* adalah shift pagi dengan nilai rata-rata lama *triage* shift pagi adalah 20 detik (0,33 menit) dan shift terlama waktu lama *triage* adalah shift malam dengan nilai rata-rata lama *triage* shift malam adalah 128 detik (2,13 menit).

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. Oleh karena itu penting bagi tenaga kesehatan yang berada di IGD untuk memiliki sikap cekatan dan tanggap serta memiliki pengetahuan tentang kegawatdaruratan. Kinerja tenaga kesehatan yang cekatan dan tepat akan meningkatkan nilai mutu pelayanan rumah sakit dan kepercayaan pasien beserta keluarganya sehingga secara tidak langsung juga akan berdampak pada peningkatan pendapatan rumah sakit.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah WT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran *Response Time* Dan Laman *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember”. Penyusunan skripsi penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Latifa Aini Susumaningrum, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Kedua orangtua dan keluarga yang selalu memberikan dukungan dan doa demi kelancaran dalam menyelesaikan skripsi ini;

6. Teman-teman angkatan 2015 Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang selalu mendukung dan memberi semangat selama penyusunan skripsi ini;
7. Keluarga besar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
8. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga penyusunan skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO .....	iv
PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
ABSTRAK .....	viii
RINGKASAN .....	ix
PRAKATA .....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR DAGRAM.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xix
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan.....	6
1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan .....	7
1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat.....	7
<b>1.5 Keaslian Penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Instalasi Gawat Darurat .....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	10
2.1.2 Persyaratan Ruang IGD .....	11
2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) .....	12
2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawata Darurat.....	14
<b>2.2 Response Time .....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Pengertian <i>Response Time</i> .....	15
2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Response Time</i> .....	16
2.2.3 Prosedur Pengukuran <i>Response Time</i> .....	18
<b>2.3 Triage.....</b>	<b>19</b>

2.3.1 Awal Mula <i>Triage</i> .....	19
2.3.2 Pengertian <i>Triage</i> .....	20
2.3.3 Tujuan <i>Triage</i> .....	21
2.3.4 Sistem <i>Triage</i> .....	24
2.3.5 Proses <i>Triage</i> .....	28
2.3.6 Pengkajian Awal <i>Triage</i> .....	56
2.3.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Triage</i> .....	60
2.3.8 Lama Waktu <i>Triage</i> .....	61
<b>2.4 Kerangka Teori .....</b>	<b>63</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>64</b>
<b>3.1 Kerangka Konseptual.....</b>	<b>64</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Desain Penelitian.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>65</b>
4.2.1 Populasi Penelitian .....	65
4.2.2 Sampel Penelitian .....	66
4.2.3 Teknik Sampling .....	66
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian .....	66
<b>4.3 Lokasi Penelitian.....</b>	<b>67</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>68</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>69</b>
4.6.1 Sumber Data .....	69
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	69
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	71
<b>4.7 Pengolahan Data .....</b>	<b>71</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	71
4.7.2 <i>Coding</i> .....	71
4.7.3 <i>Entry Data</i> .....	72
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	72
<b>4.8 Analisa Data .....</b>	<b>72</b>
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>73</b>
4.9.1 Lembar Persetujuan (Informed Consent) .....	73
4.9.2 Kerahasiaan (Confidentiality) .....	73
4.9.3 Keadilan (Justice) .....	73
4.9.4 Kemanfaatan (Beneficiency) .....	74
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian.....</b>	<b>75</b>
5.1.1 Deskripsi Lokasi dan Tempat Penelitian .....	75
5.1.2 Karakteristik Tenaga Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.....	76



5.1.3 Karakteristik Ketepatan <i>Response Time</i> di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....	76
5.1.4 Karakteristik Ketepatan Lama <i>Triage</i> di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....	77
<b>5.2 Pembahasan.....</b>	<b>81</b>
5.2.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.....	81
5.2.2 Nilai Rata-Rata <i>Response Time</i> di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....	83
5.2.3 Nilai Rata-Rata Lama <i>Triage</i> di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....	87
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>90</b>
<b>5.4 Implikasi Keperawatan .....</b>	<b>91</b>
<b>BAB 6. PENUTUP.....</b>	<b>92</b>
<b>6.1 Kesimpulan .....</b>	<b>92</b>
<b>6.2 Saran .....</b>	<b>92</b>
6.2.1 Bagi Penelitian .....	93
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan.....	93
6.2.3 Bagi Keperawatan.....	93
6.2.4 Bagi Rumah Sakit .....	94
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>94</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>99</b>

**DAFTAR TABEL**

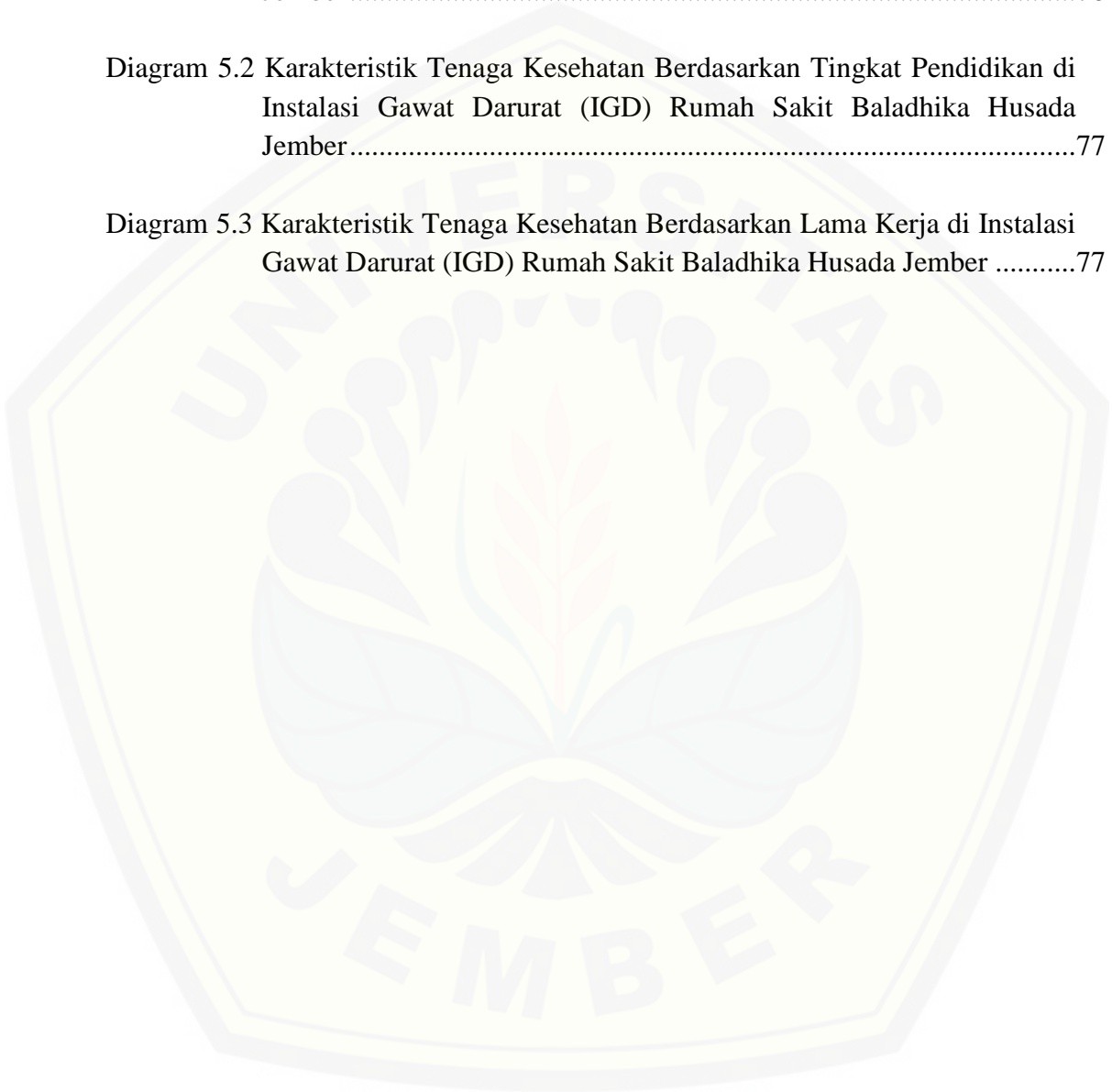
Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian.....	9
Tabel 4.1 <i>Timeline</i> .....	67
Tabel 4.2 Definisi operasional .....	68
Tabel 5.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan Berdasarkan Usia di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada .....	74
Tabel 5.2 Nilai Rata-Rata <i>Response Time</i> di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.....	76
Tabel 5.3 Nilai Rata-Rata lama <i>triage</i> di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.....	77

**DAFTAR DIAGRAM**

Diagram 5.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenis Kelamin di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....76

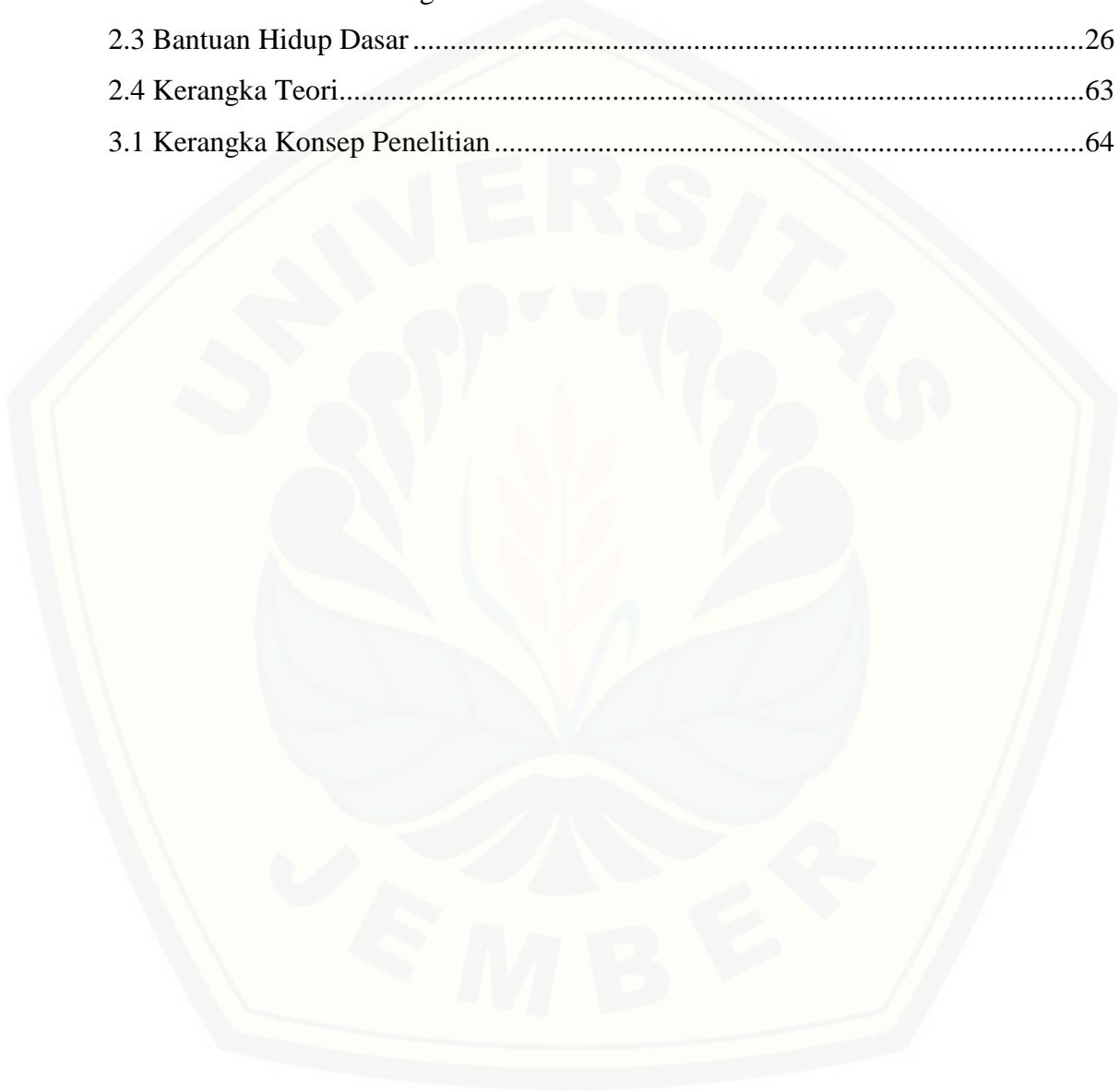
Diagram 5.2 Karakteristik Tenaga Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....77

Diagram 5.3 Karakteristik Tenaga Kesehatan Berdasarkan Lama Kerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember .....77



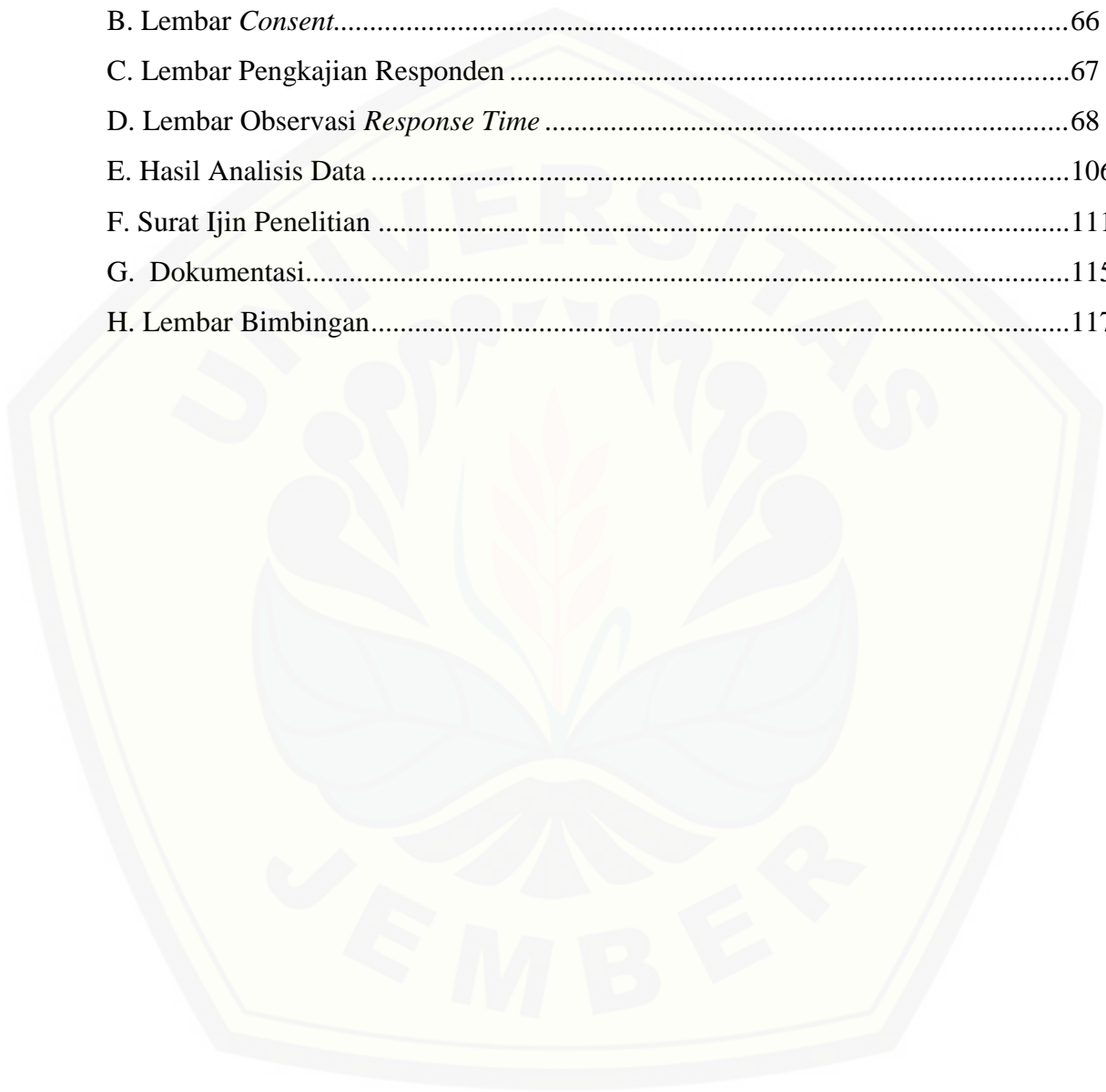
**DAFTAR GAMBAR**

2.1 Dasar-Dasar <i>Triage</i> .....	22
2.2 Tindakan Dasar Penanganan Pasien/Korban .....	24
2.3 Bantuan Hidup Dasar .....	26
2.4 Kerangka Teori.....	63
3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	64



**DAFTAR LAMPIRAN**

A. Lembar <i>Informed</i> .....	65
B. Lembar <i>Consent</i> .....	66
C. Lembar Pengkajian Responden .....	67
D. Lembar Observasi <i>Response Time</i> .....	68
E. Hasil Analisis Data .....	106
F. Surat Ijin Penelitian .....	111
G. Dokumentasi.....	115
H. Lembar Bimbingan.....	117



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keadaan gawat darurat merupakan keadaan yang memerlukan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Dalam tubuh manusia terdapat berbagai organ dan semua itu terbentuk dari sel-sel, sel dalam tubuh akan hidup apabila pasokan oksigen mencukupi, dan bisa terjadi kematian sel tubuh apabila tidak mendapat pasokan oksigen. Kematian di bagi menjadi dua macam yaitu mati biologis dan mati klinis, seseorang dikatakan mati klinis jika mengalami henti nafas dan henti jantung, waktu 6-8 menit setelah terhentinya pernafasan dan henti jantung sedangkan mati biologis adalah mulai terjadinya kerusakan sel-sel otak dan waktunya dimulai 6 sampai dengan 8 menit setelah berhentinya sistem pernafasan dan sirkulasi (Musliha, 2010).

Filosofi penanganan pasien gawat darurat adalah *Time Saving it's Live Saving*. Artinya adalah seluruh tindakan yang dilakukan di ruang gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien, karena pasien akan kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Surtiningsih dkk. 2016).

Menurut Hartati & Halimuddin (2017), indikator keberhasilan dalam penanganan medik pasien gawat darurat adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan kepada pasien gawat darurat. Keberhasilan waktu tanggap atau yang biasa di sebut dengan *response time* sangat bergantung pada kecepatan pemberian pertolongan serta kualitas yang di berikan untuk menyelamatkan nyawa atau



mencegah cacat sejak kejadian di tempat, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). *Response time* merupakan kecepatan dalam memberikan penanganan kepada pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan oleh tenaga kesehatan (Suhartati dkk. 2011 dalam Tumbuan dkk 2015). Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu  $\leq 5$  menit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Waktu tanggap pelayanan gawat darurat pasien dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang juga mendukung dalam penanganan seperti layanan radiologi, laboratorium, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dapat dikatakan tepat waktu apabila waktu yang diperlukan dalam pemberian pertolongan tidak melebihi waktu yang diperlukan atau tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). Salah satu bagian di rumah sakit yang memberikan pelayanan berdasarkan waktu tanggap adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD).

IGD merupakan gerbang utama masuknya penderita gawat darurat. IGD adalah salah satu instalasi bagian rumah sakit yang melakukan tindakan berdasarkan kepada pasien gawat darurat berdasarkan *triage* (Musliha, 2010). Tujuan pelayanan di IGD yaitu tercapainya kepuasan pasien dan keluarga dalam mendapatkan pelayanan yang cepat, tepat dan benar. Tujuan tersebut akan dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit sesuai dengan standar (Kemenkes RI, 2009). Instalasi Gawat Darurat dikelola untuk menangani pasien

gawat darurat mengancam jiwa yang melibatkan tenaga profesional terlatih serta didukung dengan peralatan khusus, sehingga perawat dalam memberikan pelayanan pasien secara cepat dan tepat. Ketepatan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat harus didukung dengan pelaksanaan *triage* yang benar (Susanti, 2018).

*Triage* merupakan suatu kegiatan memilih dan memilah pasien yang akan masuk ke IGD, dari proses memilih dan memilah pasien yang masuk ke IGD akan dikategorikan kedalam pasien *true emergency* dan *false emergency* (Conrad, 2012 dalam Susanti, 2018). Diperlukan kesiapan dan peran tenaga kesehatan termasuk perawat IGD dalam penerapan konsep *triage* untuk menangani kondisi kegawatdaruratan. Pada kegiatan *triage*, perawat bertanggungjawab penuh dalam pengambilan keputusan segera (*decision making*), melakukan pengkajian resiko, pengkajian sosial, diagnosis, dan menentukan prioritas serta merencanakan tindakan berdasarkan tingkat *urgency* pasien (Susanti, 2018).

Data kunjungan masuk pasien ke IGD di Indonesia adalah 4.402.205 pasien (13,3%) dari total seluruh kunjungan di rumah sakit umum (Kemenkes RI, 2009). Data kunjungan pasien IGD di provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 berjumlah 8.202.606 kasus (Dinkes Prov Jatim, 2015 dalam Deviantony dkk, 2017). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Maatilu pada tahun 2014, tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan *response time* perawat pada penanganan pasien gawat darurat di IGD BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, pada hasil analisis univariat didapatkan hasil bahwa sebagian besar perawat yang ada di IGD memiliki *response time* lebih dari 5 menit sebanyak 17 (56,7%) responden. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Adhiwijaya pada

tahun 2018 tentang *respon time* petugas IGD Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar, menunjukkan bahwa kecenderungan petugas memiliki *response time* yang baik berjumlah 28 kali (90,3%) dari pada *response time* kategori kurang yaitu berjumlah 3 kali (9,7%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Surtiningsih tentang penerapan *response time* perawat dalam pelaksanaan penentuan prioritas penanganan kegawatdaruratan pada pasien kecelakaan di IGD RSD Balung pada tahun 2016, menunjukkan hasil penelitian bahwa responden yang melakukan *response time* penanganan 0 menit sebanyak 18 responden (60,0%) dari 30 responden, dan sebagian besar responden yang menyatakan sangat sesuai dengan *response time* dalam pelayanan dengan rentang waktu 2 hingga 30 menit dalam pelayanan kegawatdaruratan sebanyak 12 responden (40,0%) dari 30 responden yang berada di IGD RSD Balung.

Rumah Sakit TK. III Baladhika Husada Jember adalah institusi kesehatan di bawah Dankesyah 05.04.03 Malang, merupakan rumah sakit militer yang berdiri sejak tahun 1946. Rumah sakit ini sering di kenal dengan sebutan RS DKT (Djawatan Kesehatan Tentara) yang pertama mendapat penilaian dengan instrumen komisi akreditasi rumah sakit versi 2012 pada 30 Maret 2016 dengan hasil lulus tingkat paripurna.

Di era modern kini, kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas dan efisien sangatlah tinggi, terutama dalam bidang pelayanan kesehatan. Persaingan yang terjadi diantara rumah sakit menjadikan kepuasan pasien dan keluarga menjadi prioritas utama, dimana kepuasan pasien akan terpenuhi bila pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan apa yang konsumen

harapkan (Utama dkk. 2013). Pelayanan prima atau yang biasa disebut dengan *excellent service* merupakan definisi dari pelayanan yang sangat baik atau pelayanan yang terbaik (Machmud, 2008). Dalam pemberian pelayanan kesehatan harusnya dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Sehingga dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien terlebih dahulu dibanding kepentingan lainnya (Suroso, 2011). Peneliti memilih Rumah Sakit Baladhika Husada sebagai tempat penelitian dikarenakan rumah sakit ini merupakan rumah sakit yang mengedepankan kualitas mutu pelayanan terbaik bagi pasien. Sebagaimana tercantum dalam visi rumah sakit yaitu memberikan pelayanan yang memuaskan dan menjadi kebanggaan prajurit, PNS dan keluarganya di wilayah Jember.

Belum ada penelitian spesifik yang menjelaskan tentang jumlah kunjungan di Instalasi Gawat Darurat dan penelitian tentang *response time triage* di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember, untuk itu peneliti akan melakukan penelitian tentang gambaran *response time triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran *response time* dan lama *trriage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik tenaga kesehatan (dokter dan perawat) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
2. Mengetahui ketepatan *response time* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
3. Mengetahui ketepatan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah mampu melakukan proses penelitian dan memperoleh pengetahuan serta wawasan mengenai gambaran *response time* dan lama *triage* tenaga kesehatan di IGD untuk nantinya sebagai bekal pengabdian kepada institusi pendidikan dan masyarakat.

### 1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan

Manfaat yang dapat diperoleh bagi instansi pendidikan adalah sebagai bahan masukan dan referensi tambahan untuk pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan gawat darurat yaitu ketepatan waktu tanggap (*response time*) dan lama *triage* tenaga kesehatan dalam menangani pasien gawat darurat.



#### 1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan

Sebagai tambahan pengetahuan terkait ketepatan waktu tanggap (*response time*) dan lama *triage* tenaga kesehatan dalam menangani pasien gawat darurat, sehingga diharapkan hasil penelitian digunakan sebagai upaya preventif keperawatan dalam mencegah terjadinya kecacatan dan kematian pada pasien dan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat secara cepat dan tepat.

#### 1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat

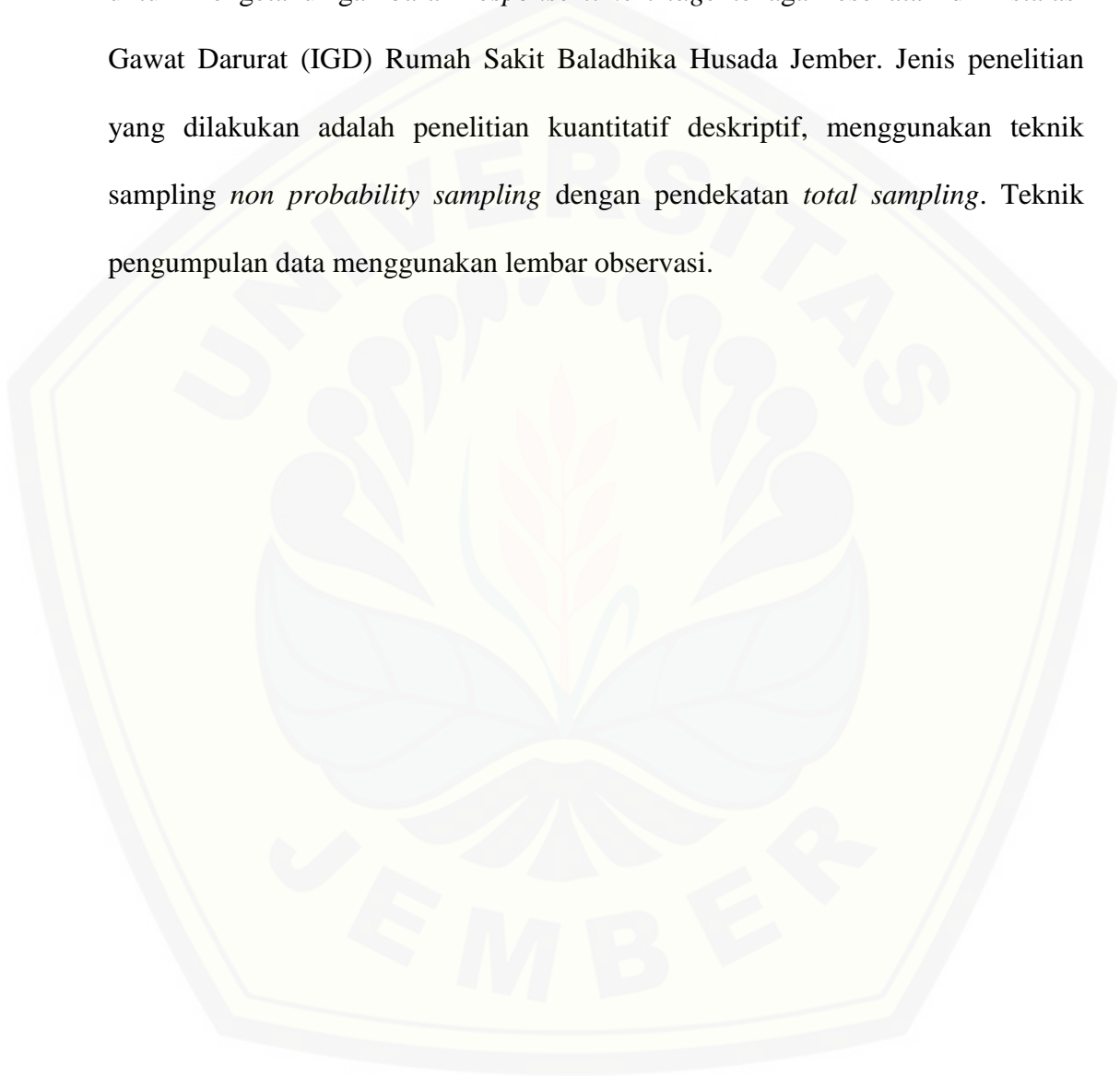
Manfaat yang dapat diperoleh bagi masyarakat adalah dapat memberikan tambahan informasi kepada masyarakat tentang gambaran *response time* dan lama *triage* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Heru Setyawan Penelitian pada tahun 2015 dengan judul “Gambaran Pengetahuan Peran Perawat dalam Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan tentang peran perawat dalam ketepatan waktu tanggap penanganan kasus gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Karanganyar. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non random sampling* dengan pendekatan *total sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner.



Penelitian kali ini yang dilakukan oleh Aulia Elma Nafia Istizhada dengan judul penelitian “Gambaran *Response Time* Dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *response time triage* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif deskriptif, menggunakan teknik sampling *non probability sampling* dengan pendekatan *total sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar observasi.



Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Gambaran Pengetahuan Peran Perawat dalam Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar.	Gambaran <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i> Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember
Tempat penelitian	Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar	Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
Tahun penelitian	2015	2018
Sampel penelitian	Perawat Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar	Tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
Variabel independen	Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan	<i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i>
Variabel dependen	-	-
Peneliti	Heru Setyawan	Aulia Elma Nafia Istizhada
Jenis penelitian	Kuantitatif deskriptif	Kuantitatif deskriptif
Teknik sampling	<i>Total Sampling</i>	<i>Total Sampling</i>

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)**

#### **2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD)**

Instalasi Gawat Darurat atau yang biasa disebut dengan IGD, adalah suatu instalasi di rumah sakit dimana pasien pertama kali masuk untuk menerima pelayanan dan tindakan medis dengan segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Menurut Kemenkes RI tahun 2010, Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah instalasi pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multidisiplin ilmu. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No.856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit.

Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat yang cepat dan penanganan yang tepat (Kemenkes RI, 2009). IGD rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis dan memerlukan pertolongan segera mungkin guna mengurangi kesakitan dan mencegah kecacatan.

### 2.1.2 Persyaratan ruang IGD

Adapun beberapa persyaratan bangunan IGD menurut (Kemenkes RI, 2009) agar tercapai sesuai dengan standar pelayanan IGD.

#### 1. Persyaratan Fisik Bangunan :

- a. Luas bangunan ruang IGD disesuaikan dengan beban kerja RS yang memperhitungkan bila terjadi bencana massal.
- b. Lokasi gedung IGD harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda yang jelas
- c. Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level I dan II.
- d. Ambulans/kendaraan darurat yang membawa pasien harus dapat sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan Pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar.
- e. Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS)
- f. Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar, dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan RS.
- g. Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
- h. Ruang triase harus tersedia 2 (dua) brankar atau lebih.
- i. Tersedia ruang tunggu untuk keluarga pasien IGD.
- j. Apotik IGD yang buka 24 jam.

- k. Tersedia ruang istirahat bagi petugas shift IGD (dokter dan perawat).
2. Persyaratan sarana
    - a. Ruang penerimaan terdiri dari ruang tunggu, ruang administrasi, ruang triase, ruang informasi dan komunikasi
    - b. Ruang tindakan terdiri dari ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, ruang non bedah, ruang anak, ruang kebidanan.
    - c. Ruang operasi.

### 2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pertolongan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan, atau pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting (*time saving is life saving*) yang berarti waktu adalah nyawa (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). Prosedur pelayanan di rumah sakit, pasien yang datang untuk berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) maupun di IGD untuk pelayanan darurat dalam suatu prosedur pelayanan rumah sakit.

Dalam ruang lingkup penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), salah satu indikator mutu pelayanan yaitu berupa *response time* atau waktu tanggap, hal ini sebagai indikator proses untuk mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup. Pelayanan yang sesuai dapat tercapai apabila sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sudah sesuai standar.

Berdasarkan (Kemenkes RI, 2009), Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

1. Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
2. Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).
3. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
4. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD).
5. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat
6. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 ( lima ) menit setelah sampai di IGD.
7. Organisasi Instalasi Gawat Darurat (IGD) didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana, yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.
8. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multidisiplin dan multiprofesi termasuk pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat. Pelayanan keperawatan



merupakan bagian integral yang mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi pasien dengan tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan guna mencapai derajat kesehatan.

#### 2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

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

Prinsip utama dalam pelayanan di UGD adalah ketepatan waktu atau *response time*, baik berdasarkan standar nasional maupun standar internasional. Pelayanan di IGD memerlukan pengorganisasian yang baik, pembiayaan dan sumber pembiayaan, sumber daya manusia yang baik dan terlatih profesional, serta mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis. Kondisi kegawatan yang seringkali tidak terprediksi baik dari kondisi klien maupun jumlah klien yang datang ke IGD, keterbatasan jumlah sumber daya dan waktu, dan adanya ketergantungan antar tenaga kesehatan di IGD, untuk itu perlunya penanganan kegawatdaruratan yang cepat, tepat dan efisien.

## 2.2 Response Time

### 2.2.1 Pengertian *Response Time*

*Response Time* atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami (Kemenkes RI, 2009). Kematian pada pasien gawat darurat merupakan suatu hal yang bisa saja di cegah apabila dalam penangan pasien dilakukan dengan cepat dan efisien, waktu respon petugas kesehatan setidaknya <15 menit (Salvatierra dkk, 2016). Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 telah menetapkan bahwa waktu tanggap yang baik untuk penanganan pasien di IGD yaitu  $\leq 5$  menit.

Menurut Haryatun dan Sudaryanto (2008), pengertian waktu tanggap gawat darurat adalah gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas Instalasi Gawat Darurat dengan waktu pelayanan yang diperlukan sampai selesai proses penanganan gawat darurat. Semua pasien yang datang ke IGD dan mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan professional dalam waktu 5 menit dari kedatangannya (Rochana dkk, 2016). Pasien yang tidak mendapatkan pertolongan kegawatdaruratan dengan segera, akan berakibat fatal, sebab bisa berpeluang terjadi kematian, kecacatan atau pun kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya. Terjadinya kasus pasien meninggal saat dalam kondisi kegawatdaruratan

disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan primer (Mohammadi dkk. 2015).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas maka dapat disimpulkan bahwa waktu tanggap (*response time*) merupakan suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh Instalasi Gawat Darurat di rumah sakit guna mengurangi kondisi yang tidak diinginkan seperti kematian dan kecacatan .

### 2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Response Time*

Kecepatan dan ketepatan dalam penanganan pasien di IGD memerlukan standar pelayanan yang sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin pelayanan penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

*American College of Emergency Physician* (2008) menuliskan bahwa permasalahan yang biasanya ada di IGD adalah terlalu banyaknya jumlah pasien yang ingin mendapatkan pelayanan, untuk itu penempatan seorang dokter untuk melakukan tindakan triase dapat mempercepat proses tindakan kegawatdaruratan, dimana untuk pasien minor atau yang kondisinya tidak terlalu parah dapat di alihkan untuk rawat jalan dan bagi pasien yang kondisinya lebih parah akan dilakukan penanganan lanjutan. Perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf sangat berdampak pada pelayanan penanganan di IGD.

Menurut Maryuani dkk. (2009) menyebutkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi *Response Time Triage* di ruang gawat darurat, yaitu kondisi seringkali tidak terprediksi baik keadaan pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi diantara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat.

Penelitian yang dilakukan oleh Mahrur dkk. (2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap (*response time*) perawat dalam pelayanan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut adalah keterampilan perawat, dan beban kerja perawat. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Setyawan dkk. (2015) menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi *response time* antara lain yaitu usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hartati dan Halimuddin (2017) menunjukkan bahwa pengetahuan dan lama kerja juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*. Penelitian yang dilakukan oleh Said (2018) menunjukkan bahwa beban kerja, latar belakang pendidikan, lama kerja perawat dan usia juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tercapainya indikator standar waktu tanggap (*response time*) dalam memberikan pelayanan kepada pasien di IGD dipengaruhi oleh beberapa faktor.

### 2.2.3 Prosedur Pengukuran *Response Time*

Prosedur pengukuran *response time* dalam penelitian yang dilakukan oleh Eko Widodo (2015) yaitu dengan cara observasi. Observasi adalah teknik pengumpulan data dimana data tidak hanya diukur dari sikap responden (angket dan wawancara) namun juga dapat digunakan untuk merekam berbagai situasi dan kondisi (Hasdianah dkk. 2015). Dalam prosedur ini, peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan perawat pertama kali melakukan tindakan awal atau anamnesa sejak pasien masuk ke pintu IGD dengan menggunakan *stopwatch* (arloji).

Cara menghitung waktu tanggap seorang petugas kesehatan yaitu sejak kedatangan pasien tersebut ke IGD untuk mendapatkan pelayan penanganan pertama (Kemenkes RI, 2008). Terhitung saat pasien membuka pintu masuk IGD untuk mendapatkan penanganan pertama dengan triase. (RapidSOS, 2015) menjelaskan Interval proses *response time*, setelah cedera/ kecelakaan terjadi, memastikan keadaan aman dan tidak membahayakan, mencari pertolongan dan telfon ke IGD terdekat dan di mulai menghitung *response time* dengan jam, penerima info memprioritaskan dari pasien tersebut dan di kirim ke IGD terdekat, IGD merespon dan segera ke tempat kejadian, orang datang dengan keahlian (*BLS*) dan di amankan, kedatangan perawat dengan keahlian (*ALS*) dan segera di kirim ke IGD, pada saat itu waktu perhitungan *response time* di hentikan. Tujuan dari *response time* adalah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang membutuhkan pertolongan.



## 2.3 Triage

### 2.3.1 Awal Mula Triage

*Triage* atau triase dalam dunia keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi korban berdasarkan prioritas. *Triage* dalam bahasa Perancis, disebut “*trier*” yang artinya menyeleksi. Konsep *trriage* pertama kali digunakan 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* berfokus 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* mulai mengalami perubahan. Korban perang tidak lagi dibawa ke pusat pengumpulan korban namun dirawat 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 pasien korban perang. Penanganan korban perang tersebut, mengakibatkan antrean yang sangat 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 era modern pada awalnya hanya dilakukan oleh tim dokter dan perawat. Namun saat ini, *triage* juga dilakukan seorang perawat Instalasi Gawat Darurat yang berpengalaman. Dengan kata lain, selain digunakan di IGD, *triage* juga digunakan untuk beberapa hal seperti bencana alam dan kecelakaan massal yang menjatuhkan banyak korban (Mardalena, 2016).

### 2.3.2 Pengertian *Triage*

Di Indonesia, istilah *triage* juga disebut triase. Kedua istilah tersebut memiliki arti yang sama, yaitu istilah untuk memilah dan memilah atau menggolongkan pasien berdasarkan berat cedera dan untuk menentukan jenis perawatan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma, penyakit, dan cedera. Menurut Kartikawati (2011), *triage* merupakan suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang di prioritaskan ada tidaknya gangguan pada *airway* (A), *breathing* (B), dan *circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. Pengertian lain diungkapkan oleh Wijaya (2010), *triage* adalah usaha pemilihan korban sebelum ditangani. Pemilihan tersebut dilandaskan pada proses khusus pasien berdasarkan berat tidaknya penyakit pasien.

*Triage* juga dapat diartikan sebagai proses seleksi pasien. Tugas perawat dan dokter adalah bertanggung jawab agar tidak ada pasien yang tidak mendapatkan perawatan (Mardalena, 2016). Kathleen dkk (2008) mendefinisikan



*triage* merupakan konsep pengkajian yang cepat dan terfokus, sekalipun terjadi keterbatasan tenaga medis, keterbatasan alat, dan keterbatasan fasilitas.

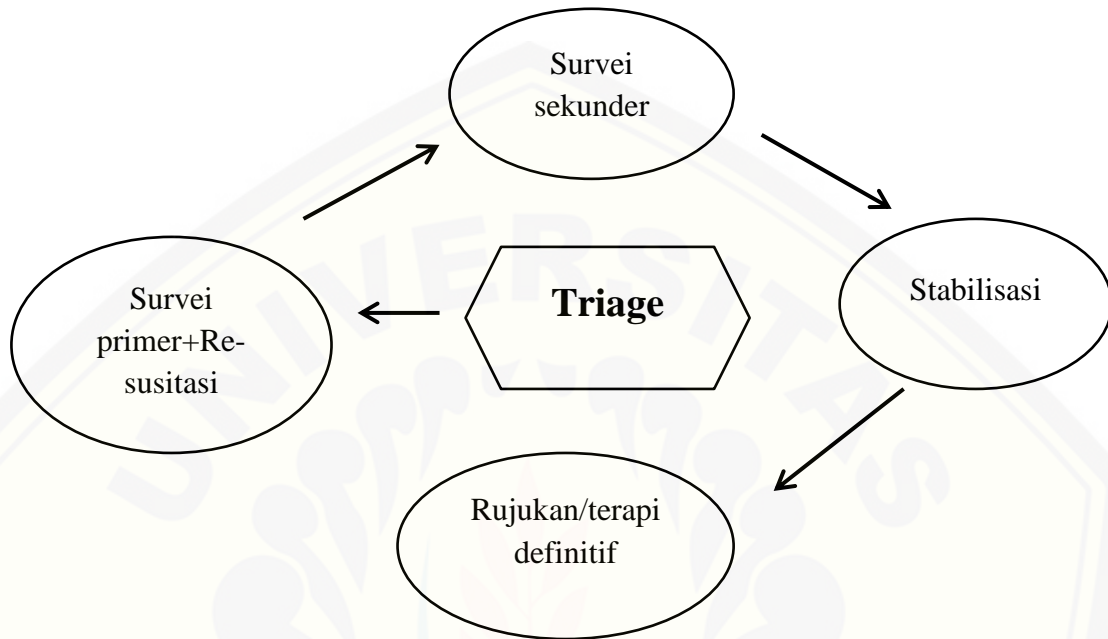
### 2.3.3 Tujuan *Triage*

*Triage* memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses penyelamatan pasien (Mardalena, 2016). Sedangkan menurut Kathleen dkk (2008), tujuan *triage* adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganannya. Perawat yang berhak melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD) dan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS). Standar praktik menurut *Emergency Nurses Association* (1999), menyatakan bahwa *triage* yang aman, efektif, dan efisien hanya dapat dilaksanakan oleh seorang perawat profesional (RN) dan sudah terlatih dalam prinsip-prinsip *triage* dengan pengalaman kerja minimal selama enam bulan di bagian keperawatan kedaruratan. Dengan kata lain, perawat yang melakukan *triage* diutamakan yang memiliki pengetahuan memadai dan memiliki pengalaman. Hal ini dikarenakan selama di lapangan perawat akan dihadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat.

*Triage* dilakukan dengan memprioritaskan pasien berdasarkan kondisi kekuatan atau daya tahan tubuh pasien. Untuk melihat kondisi kekuatan atau daya tahan tubuh pasien, perawat perlu melakukan kajian singkat, tetapi tepat dan

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

Berikut adalah bagan dasar-dasar melakukan *triage*.



Gambar 2.1 Dasar-Dasar *Triage*

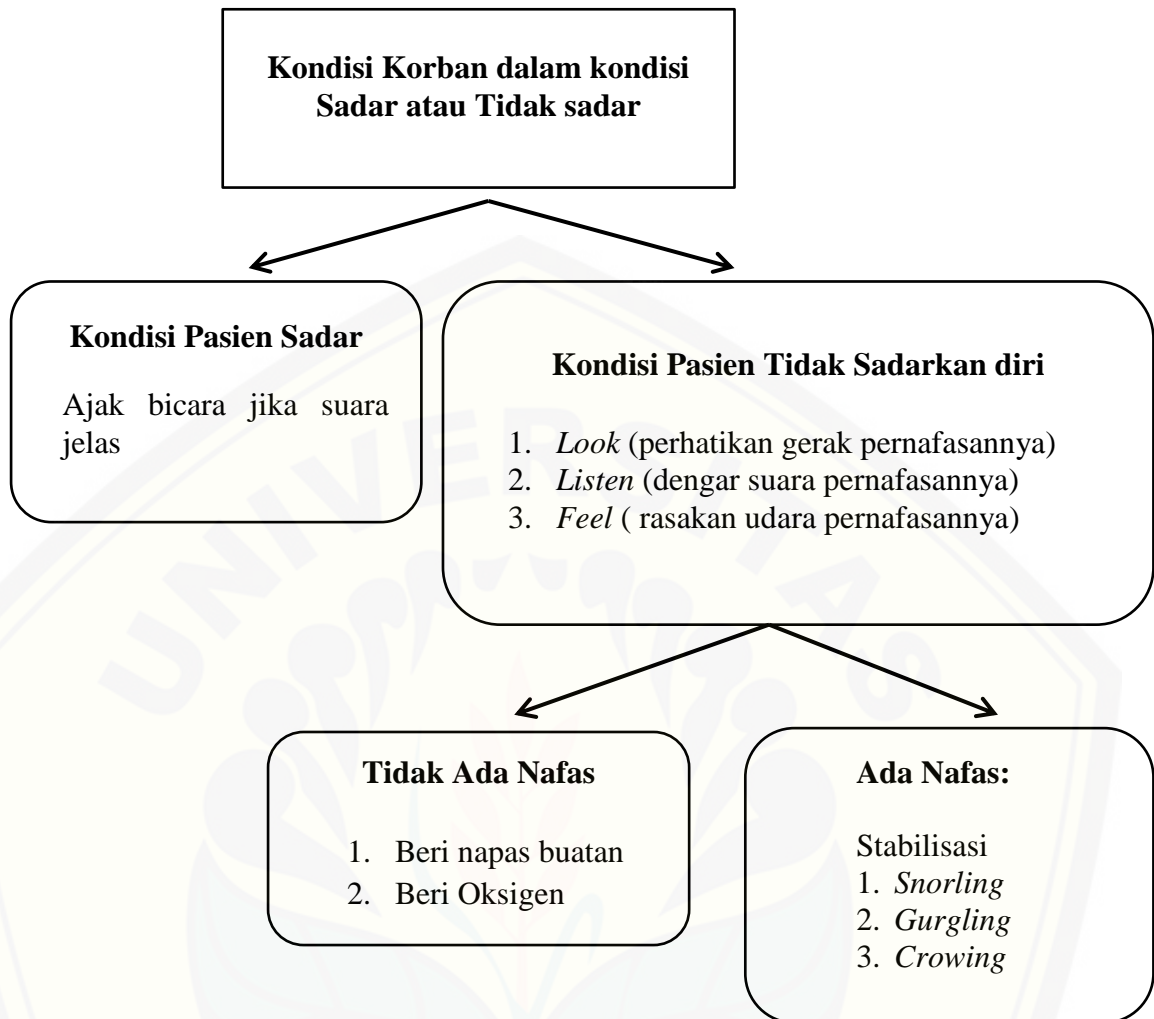
Sumber: Mardalena (2016)

Beberapa tujuan *triage* juga di nyatakan oleh Kartikawati (2011), yaitu:

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

Cara menggali data yang cepat dan akurat dapat dilakukan dengan bertanya. Jika pasien masih bisa diajak bicara, perawat bisa menanyakan secara langsung daftar riwayat kesehatan. Misalnya, apakah pasien memiliki riwayat diabetes, 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 yang tidak bisa digerakkan. Dalam situasi semacam ini perawat dituntut sigap memberikan pertolongan pertama.

*Triage* dapat disimpulkan sebagai bentuk sistem manajemen risiko di IGD. Berikut adalah tindakan yang harus dilakukan perawat dalam penanganan penyelamatan saat berhadapan dengan korban pertama kali.



Gambar 2.2 Tindakan Dasar Penanganan Pasien/Korban

Sumber: Mardalena (2016)

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

#### 2.3.4 Sistem *Triage*

Sistem *triage* digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yakni pasien yang apabila tidak mendapatkan *triage* segera,

dapat menimbulkan trauma. Berikut empat sistem *triage* yang sering digunakan (Mardalena, 2016):

1. *Spot Check*

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

2. *Triage* Komprehensif

Sistem *triage* komprehensif adalah standar dasar yang telah didukung oleh *Emergency Nurse Association* (ENA). Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep ABC ketika menghadapi pasien gawat darurat. Penanganan pertama *triage* bertujuan untuk mencegah berhentinya detak jantung dan saluran pernapasan. Adapun indikasi atau penyebab napas berhenti, bisa disebabkan karena stroke, inhalasi asap, tenggelam, syok listrik, trauma, tercekik, koma, dan tersambar petir. Keadaan tersebut dapat ditangani dengan memberikan resusitasi jantung dan paru.

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

- a. *Airway Control*

*Airway Control* atau penanganan melalui jalan napas. Pertolongan pertama dapat dilakukan dengan memposisikan pasien telentang dan

mengangkat dagu pasien. Perawat bisa membuka jalan napas dengan ekstensi kepala dalam posisi dagu terangkat. Jika pasien muntah, perawat bisa membersihkannya dengan cara manual.

b. *Breathing Support*

*Breathing Support* atau memberi bantuan napas. Mengetahui pasien masih bernapas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat, merasakan, dan mendengar bunyi napas. Jika dalam kondisi pingsan, pasien diposisikan secara stabil lateral untuk membebaskan jalan napas. Kemudian perawat bisa memberi napas buatan dengan cara meniup melalui mulut sebanyak 2 kali sembari menutup hidung pasien (posisi kepala ekstensi). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa melanjutkan pemberian napas buatan 10 sampai 12 kali per menit tanpa kompresi dada.

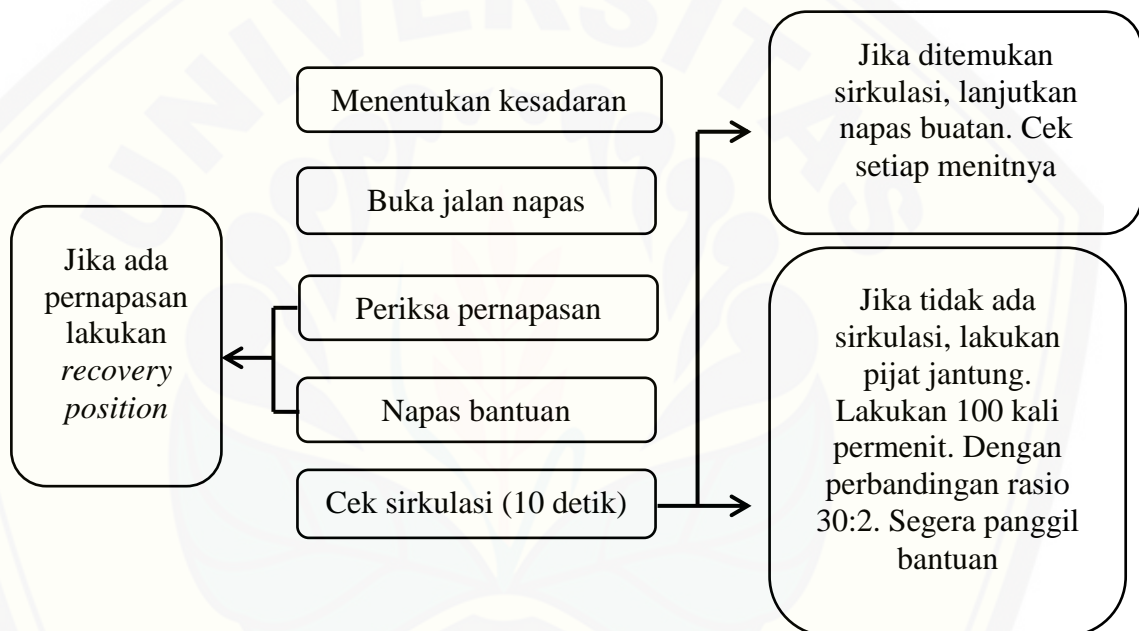
c. *Circulation Support*

Bantuan sirkulasi ini dapat dilakukan apabila denyut nadi besar teraba. Perawat bisa memberikan napas buatan 10 sampai 12 kali per menit. Jika nadi tidak teraba, maka tindakan yang dilakukan adalah kompresi jantung luar. Jika bantuan sirkulasi diperuntukkan untuk bayi dan anak-anak, berikan kompresi sebanyak 100 kali per menit. Lakukan kompresi di sternum, berada di bawah garis antara kedua puting susu 1/3 bawah. Tindakan ini dilakukan dengan perbandingan 5:1. Untuk neonatus, perawat bisa melakukan kompresi dengan menggunakan 2 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*. Sangat penting bagi perawat menguasai dasar keterampilan BLS secara komprehensif. Berikut dasar keterampilan BLS yang harus dipahami oleh perawat.



Gambar 2.3 Bantuan Hidup Dasar

Sumber: Mardalena, (2016)

### 3. *Triage Two-Tier*

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

#### 4. *Triage Expanded*

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

#### 2.3.5 Proses *Triage*

Prinsip dari proses *triage* adalah mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan cepat, tepat waktu, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani. Dalam tahap ini perawat bukan melakukan diagnosis, melainkan merencanakan intervensi untuk segera membawa pasien ke ruang perawatan. Hal ini terutama 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 atau 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 boleh menunda dan mengutamakan yang paling parah.

## 2. *Uptriage*

Menurut Kartikawati (2014) dalam Mardalena (2016), *uptriage* merupakan proses *overstimating* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. *Uptriage* dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan *triage*. Misalnya, perawat merasa ragu menentukan pasien masuk di 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 ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. *Uptriage* digunakan untuk menghindari penurunan kondisi penderita.

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

### 2.3.6 Klasifikasi *Triage*

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

#### 1. Klasifikasi Kegawatan *Triage*

Klasifikasi *triage* dibagi menjadi 3 prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*. Menurut *Comprehensive Speciality Standar*, ENA (1999) dalam Kathleen dkk. (2008) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada saat melakukan *triage*, pertimbangan didasarkan pada

keadaan fisik, psikosial, dan tumbuh kembang selain pada faktor-faktor yang mempengaruhi akses pasien pada institusi pelayanan kesehatan, serta alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan. Termasuk mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan. Berikut klasifikasi pasien dalam sistem *triage* (Mardalena, 2016):

a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

Menurut Wijaya (2010), gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberi tindakan, pasien akan mengalami kecacatan. Kemungkinan paling fatal adalah kematian.

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

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

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

Pasien yang masuk di kategori P2 antara lain penderita kanker tahap lanjut. Misalnya kanker serviks, *sickle cell*, dan banyak penyakit

yang sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

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

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

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

Sistem klasifikasi mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan dan prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia, dan situasi terbaru yang ada. Huruf atau angka yang sering digunakan antara lain (Kartikawati, 2011):

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

2. Klasifikasi Tingkat Prioritas

Klasifikasi *triage* dari tingkat keutamaan atau prioritas, di bagi menjadi 4 warna. Klasifikasi prioritas ditandai dengan beberapa tanda warna. Tanda

warna tersebut digunakan untuk menentukan pengambilan keputusan dan tindakan.

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

a. Merah

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

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

b. Kuning

Pasien yang diberi tanda kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Hanya saja, tanda kuning menjadi tingkat prioritas kedua setelah tanda merah. Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam



fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa. Misalnya pasien yang mengalami luka bakar tingkat II dan III kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas.

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

c. Hijau

Hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang diberi prioritas warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau sakit ringan, misalnya luka superfisial. Penyakit atau luka yang masuk ke prioritas hijau adalah fraktur ringan disertai perdarahan. Pasien yang mengalami benturan ringan atau laserasi, histeris, dan mengalami luka bakar ringan juga termasuk ke prioritas ini.

d. Hitam

Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup sangat kecil. Biasanya, pasien yang mengalami luka atau penyakit

parah akan diberikan tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum ditemukan cara menyembuhkannya. Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk memperpanjang nyawa pasien adalah dengan terapi suportif.

Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernapas setelah dilakukan intervensi *live saving*. Adapun yang termasuk kategori prioritas warna hitam antara lain pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, *spinal injury*, dan pasien *multiple injury*.

Menurut Kartikawati (2011), dalam pemberian label pada pasien dapat diklasifikasikan menjadi berikut:

1. Korban kritis/*immediate* diberi label merah/kegawatan yang mengancam nyawa (prioritas 1). Untuk mendeskripsikan pasien dengan luka parah diperlukan transportasi segera ke rumah sakit. Kriteria pada pengkajian adalah sebagai berikut:
  - a. Respirasi >30 x/menit.
  - b. Tidak ada nadi radialis.
  - c. Tidak sadar/penurunan kesadaran.
2. *Delayed*/tertunda diberi label kuning/kegawatan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2). Untuk mendeskripsikan cedera yang tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu pada periode tertentu untuk penatalaksanaan dan transportasi dengan kriteria sebagai berikut:
  - a. Respirasi <30 x/menit.
  - b. Nadi teraba.

- c. Status mental normal.
- Korban terluka yang masih dapat berjalan diberi label hijau/tidak terdapat kegawatan/penanganan dapat ditunda (prioritas 3). Penolong pertama di tempat kejadian akan memberikan instruksi verbal untuk pergi ke lokasi yang man dan mengkaji korban dari trauma, serta mengirim ke rumah sakit.
  - Meninggal diberi label hitam/tidak memerlukan penanganan.

Dari keempat klasifikasi berdasarkan prioritas di atas, berikut adalah kriteria pemberian warna berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien.

Tabel 2.1 Prioritas *Triage*

<b>Hitam (Prioritas 0)</b>	<b>Merah (Prioritas 1)</b>	<b>Kuning (Prioritas 2)</b>	<b>Hijau (Prioritas 3)</b>
Korban meninggal	<ol style="list-style-type: none"> <li>Respirasi &gt; 30 kali per menit</li> <li>Tidak ada nadi radialis</li> <li>Tidak sadar/ penurunan kesadaran</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Respirasi &lt; 30 kali per menit</li> <li>Nadi teraba</li> <li>Status mental normal</li> </ol>	Tidak memiliki kegawatan yang serius

Sumber: Mardalena (2016)

### 3. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Kedaruratan Triage

Klasifikasi berdasarkan tingkat kedaruratan *triage* memiliki arti penting sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di IGD. Perawat melakukan kajian dan mengumpulkan data secara akurat dan konsisten. Ada dua cara yang bisa dilakukan. Pertama secara validitas, yaitu merupakan tingkat akurasi sistem kedaruratan. Validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat *triage* dan membedakan tingkat kedaruratan sesuai standar. Kedua,

secara rebilitas yaitu perawat yang menangani pasien sama dan menentukan tingkat kedaruratan yang sama pula. Kedua cara tersebut sering digunakan untuk menganalisis dan menentukan kebijakan untuk pasien yang dirawat di IGD.

#### 4. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Menurut Iyer (2004) dalam Mardalena (2016), menekankan pentingnya petunjuk yang dikuasai oleh perawat *triage*. Perawat dituntut mampu mengidentifikasi kebutuhan untuk 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 tingkatan, sebagai berikut (Mardalena, 2016):

##### a. Kelas I

Kelas satu meliputi pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa. Misalnya, pasien mengalami memar minor.

##### b. Kelas II

Pasien termasuk kelas dua adalah penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien. Misalnya flu, demam biasa, atau sakit gigi.

##### c. Kelas III

Pasien yang berada di kelas tiga, pasien berada dalam kondisi semakin mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya

mampu menunggu kurang lebih selama dua jam sebelum pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.

d. Kelas IV

Adapun pasien yang tidak mampu menahak kurang dari dua jam dikategorikan kelas IV. Pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindaklanjuti. Pasien kelas IV ini termasuk urgen dan mendasar. Misalnya 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. Yang termasuk kelas lima adalah syok, henti jantung, dan gagal jantung.

5. Klasifikasi Berdasarkan Lokasi Kejadian

*Triage* yang digunakan dalam rumah sakit meliputi beberapa poin sebagai berikut (Mardalena, 2016):

a. *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* pre-hospital 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*.

Bencana alam adalah salah satu contoh kondisi yang membuat perawat harus melakukan *pro-hospital care*. Umumnya, bencana besar menimbulkan banyak korban, sedangkan jumlah dokter atau perawat yang ada di lokasi kejadian hanya terbatas. Menurut Kartikawati (2011), tugas utama penolong *triage* adalah untuk memeriksa pasien secepat mungkin dan memilah atau memprioritaskan pasien berdasarkan berat ringannya cedera. Penolong tidak boleh berhenti saat melakukan pengkajian kecuali untuk mengamankan jalan napas dan menghentikan perdarahan yang terjadi. Selain melakukan *triage* (pemilahan korban), penolong lain akan melakukan *follow up* dan perawatan jika diperlukan di lokasi.

Apabila penolong lain sudah tiba di lokasi kejadian, maka korban akan dilakukan *re-triage* (dengan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk mengenali kegawatan yang mungkin terjadi), evaluasi lebih lanjut, resusitasi, stabilisasi dan transportasi. *Re-triage* dilakukan dengan menggunakan pemasangan label *Metag Sistem* yang sudah mencantumkan identitas dan hasil pemeriksaan terhadap korban. Pasien diberi label sehingga akan mudah dikenali oleh penolong lain saat tiba di tempat kejadian. Metode pemasangan label mungkin berbeda di setiap pusat kesehatan, dapat berupa pita atau kertas berwarna untuk melabeli korban.



Menurut Mardalena (2016), dalam penggolongan pasien juga di dilakukan teknik START (*Simple Triage and Rapid Treatment*). Dalam *Hospital Preparedness for Emergencies & Disasters* (2007) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident* korban massal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Ini memungkinkan paramedik untuk memilah pasien mana yang perlu dievakuasi lebih dulu ke rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien ke dalam kelompok terapi:

1. Hijau: pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, *walking wounded* dan pasien histeris.
2. Kuning/*delayed*: semua pasien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau
3. Merah/*immediate* (10%-20% dari semua kasus): semua pasien yang ada gangguan *air way, breathing, circulation, disability and exposure*. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah *air way* dibebaskan, pernafasan > 30 kali permenit, *capillary refill* > 2 detik
4. Hitam: meninggal dunia.

Dalam metode START terdapat tahapan yang bisa dilakukan oleh penolong korban, yaitu (Kartikawati, 2011):

1. Langkah pertama.

Langkah pertama pada START adalah dengan aba-aba (*loud speaker*) memerintahkan pada korban yang dapat berdiri dan berjalan bergerak ke lokasi tertentu yang lebih aman. Jika pasien dapat berdiri dan berjalan, maka bisa disimpulkan bahwa sementara tidak terdapat gangguan yang mengancam jiwa pada korban-korban tersebut. Jika korban mengeluh nyeri atau menolak untuk berjalan jangan dipaksa untuk berpindah tempat. Pasien yang dapat berjalan dikategorikan sebagai “minor”.

2. Langkah kedua.

Pasien yang tidak berdiri dan bergerak adalah yang menjadi prioritas pengkajian berikutnya. Bergerak dari tempat berdiri penolong secara sistematis dari korban satu ke korban yang lain. Lakukan pengkajian secara singkat (kurang dari 1 menit setiap pasien) dan berikan label yang sesuai pada korban tersebut. Ingat tugas penolong adalah untuk menemukan pasien dengan label merah (*immediate*) yang membutuhkan pertolongan segera, periksa setiap korban, koreksi gangguan *airway* dan *breathing* yang mengancam nyawa dan berikan label merah pada korban tersebut.

Triage pre-hospital lain yang dilakukan apabila terjadi bencana massal yaitu SAVE (*secondary Assessment of Victim Endpoint*). Sistem ini dapat mentriase dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu

bila dilakukan dilapangan dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit definitive. Kategori triase dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

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

b. *Triage In-Hospital*

Menurut Thomson dan Dians (1992) dalam Mardalena (2016), perawat bertanggungjawab menentukan prioritas perawatan pasien. Ada tiga tipe umum dalam sistem *triage in-hospital*, sebagai berikut:

1. *Traffic Director/Triage Non-Nurse*

*Traffic Director* disebut juga dengan *triage non-nurse*. Perawat bukanlah bagian staf berlisensnis. Selama di lapangan perawat bertugas melakukan kajian visual secara cepat dan tepat. Hal tersebut dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien. Tipe ini dilakukan tidak berdasarkan standar dan tidak memakai dokumentasi

2. *Spot Check Triage/Advance Triage*

*Spot Check Triage* atau disebut dengan *advance triage* merupakan kebalikan dari tipe pertama. Perawat dan dokter harus sudah memiliki lisensi untuk melakukan pengkajian. Pengkajian dilakukan dengan

cepat, meliputi pengkajian latar belakang dan evaluasi, baik evaluasi yang bersifat subjektif ataupun objektif.

### 3. *Comprehensive Triage*

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

Penanganan *triage* in-hospital juga bisa menerapkan *triage* sistem ESI (*Emergency Severity Index*) dan ATS (*Australian Triage Scale*) (Gilboy dkk. 2012):

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

*ESI* digunakan oleh perawat dengan pengalaman triase atau mereka yang memiliki sistem triase yang terpisah dan komprehensif dan juga digunakan sebagai program pendidikan. Triase algoritma *ESI* membutuhkan

seorang perawat gawat darurat yang berpengalaman, Dengan latihan, perawat triase akan menjadi dapat dengan cepat memberi keputusan tentang triase ESI dan levelnya. Menurut (Ahrq, 2012) ada 5 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.

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 (P atau U pada AVPU) skala.

## 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 ketika seseorang berbicara kepadanya. Pasien itu tidak sepenuhnya berorientasi pada waktu, tempat, atau orang.
P	Pain (nyeri). Pasien tidak merespons suara, tetapi menanggapi stimulus nyeri, misalnya dengan menggosok sternum pasien.
U	Unresponsive. Pasien tidak merespon suara dan stimulus nyeri.

2. *ESI* level 2

Pada level ini, pasien masih tergolong resiko tinggi dan penanganan harus dilakukan segera. Contohnya seperti penurunan kesadaran dan nyeri yang hebat. Sementara itu *ESI* tidak membatasi secara spesifik interval waktu yang diperlukan. Kemampuan untuk mengenali situasi berisiko tinggi adalah elemen penting dari pengambilan keputusan proses triase. *ESI* menyoroti pentingnya mengenali resiko tinggi dalam situasi kegawatan dengan menggunakan keahlian perawat triase serta pengalaman untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi.



## 1. Situasi dengan resiko tinggi

### a. Nyeri perut dan gastrointestinal

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

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

Muntah darah atau keluhan utama BAB darah harus dipertimbangkan dan dievaluasi secara serius dalam konteks tanda-tanda vital. Pasien lansia dengan kasus muntah darah dan memiliki denyut jantung 117 dan pernapasan 24x/ menit termasuk dalam resiko tinggi dan memenuhi kriteria level 2 *ESI*.

### b. Kardiovaskuler

Nyeri dada juga merupakan keluhan utama yang sangat umum dievaluasi di IGD, resiko terjadinya akut sindrom koroner (*ACS*) tidak selalu spesifik, dan terkadang sulit untuk menentukan

risiko ACS di triase. Pasien harus memeriksa 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 memerlukan EKG 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 stridorous mungkin mengalami sesak. Meski kurang umum, pada jalan nafas berisiko terjadi sumbatan oleh benda asing atau lidah pasien sendiri. Pasien dengan kondisi ini tergolong sangat berisiko tinggi. Beberapa etiologi epistaksis mewakili situasi berisiko tinggi seperti, perdarahan sekunder ke posterior hidung atau pada pasien yang menggunakan warfarin atau anti-koagulan lainnya. Dalam situasi ini, pasien adalah *ESI* level 2. Pasien dengan luka bakar tingkat tiga juga dianggap berisiko tinggi dan diberi *ESI* level 2. karena kemungkinan pasien akan membutuhkan rujuk ke bagian spesialis luka bakar untuk perawatan definitif.

d. Penyakit umum

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

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

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

e. Genital

Pasien dialisis ginjal mengalami gangguan elektrolit sehingga masalah ini termasuk pada risiko tinggi. Laki-laki dengan torsi testis akan mengeluh sakit dengan nyeri, dan membutuhkan evaluasi cepat dan intervensi pembedahan secara cepat selain kontrol nyeri.

f. Kesehatan mental

Banyak pasien dengan masalah kesehatan mental tergolong dalam resiko tinggi karena mereka mungkin dapat membahayakan diri mereka sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar. Pasien yang mempunyai keinginan bunuh diri, psikotik, atau kekerasan dianggap berisiko tinggi. Pasien dalam keadaan di bawah pengaruh alkohol harus di kaji dengan hati-hati dan seksama untuk menemukan adanya tanda-tanda trauma dari perilaku penggunaan alkohol atau riwayat penyakit terdahulu, yang bisa tergolong *ESI* level 2.

g. Neurologis

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

h. Obstetri dan Ginekologi

Pasien postpartum dengan keluhan utama perdarahan pervagina juga dikategorikan *ESI* level 2 dan ditangani oleh dokter dengan segera. Semua pasien wanita hamil atau pasca melahirkan mungkin mengalami ketidakstabilan hemodinamik yang signifikan

dan membutuhkan penyelamatan hidup segera, intervensi harus diprioritaskan sebagai tingkat 2 *ESI*.

i. Mata

Kondisi seseorang yang mungkin berhubungan dengan keluhan pada penglihatan. Beberapa jenis keluhan penglihatan meliputi:

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

Percikan bahan kimia ke mata, terutama alkali, mengharuskan pembilasan segera untuk mencegah kerusakan lebih lanjut pada kornea. Seperti halnya tergolong ancaman terhadap kehidupan atau anggota tubuh. Pasien dengan trauma yang signifikan pada mata secara mendadak dan sebagian atau penuh hilangnya fungsi penglihatan merupakan pengkategorian *ESI* level

2.

j. Ortopedi

Pasien dengan tanda dan gejala kompartemen sindrom berisiko tinggi kehilangan fungsi ekstremitas. Pasien lain dengan cedera ortopedi juga berisiko tinggi dan termasuk cedera ekstremitas dengan fungsi neurovaskular yang terganggu,

amputasi sebagian atau lengkap, atau trauma mekanisme yang diidentifikasi memiliki risiko tinggi cedera seperti akselerasi yang serius, pejalan kaki di tabrak mobil, dan tembakan senapan atau korban luka tikaman. Pasien dengan kemungkinan fraktur panggul, paha atau hip dan dislokasi ekstremitas lainnya tergolong *ESI* level

2.

k. Anak – anak

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

1. Sepsis berat
2. Dehidrasi berat
3. Dugaan pelecehan anak
4. Luka bakar
5. Trauma kepala
6. Overdosis, termasuk vitamin
7. Bayi kurang dari 30 hari dengan demam  $38^{\circ}\text{C}$ , atau lebih tinggi suhunya.

1. Pernafasan

Keluhan pernafasan pada pasien merupakan resiko tinggi dalam kegawatan. Pasien dengan distress ringan hingga sedang



dievaluasi lebih lanjut untuk menilai laju pernapasan dan denyut nadi oximetry untuk menentukan apakah dapat dikategorikan *ESI* level 2. Pasien beresiko tinggi adalah pasien yang saat ini dengan ventilasi dan oksigenasi secukupnya tetapi dalam gangguan pernapasan dan memiliki potensi keadaan yang semakin memburuk. Penyebab potensi distres pernapasan termasuk asma, emboli paru, efusi pleura, pneumotoraks, aspirasi benda asing, menghirup asap beracun, atau sesak napas berhubungan dengan nyeri dada.

m. Trauma

Kejadian trauma mungkin termasuk 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 triase *ESI* harus dirawat secara terpisah dan pasien harus digolongkan baik tingkat *ESI* dan tingkat trauma, yang mungkin atau mungkin tidak sama. Misalnya, seorang pasien trauma level 1 dengan mekanisme, yang stabil tanda-tanda vital dan tidak ada keluhan, akan menjadi *ESI* level 2, menjadi mekanisme berisiko tinggi.

2. Pasien mengalami Kebingungan, Letargi atau disorientasi

Pertanyaan kedua yang perlu dipertimbangkan saat menentukan

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

### 3. Pasien Mengalami sakit parah atau distres

Rasa sakit Pasien harus dinilai menjadi sakit parah atau kesusahan. Semua pasien yang mengalami nyeri level 7/10 atau lebih tinggi harus dipertimbangkan untuk masuk dalam kriteria level 2 *ESI*. Perawat triase seharusnya menerapkan tindakan kenyamanan di triase termasuk elevasi, dan pemberian analgesik untuk mengurangi rasa sakit. Pasien-pasien ini harus diprioritaskan sebagai Level 2 *ESI*. Singkatnya, perawat triase menilai tidak hanya tingkat intensitas nyeri yang diberikan oleh pasien, tetapi juga keluhan utama, riwayat medis masa lalu, penampilan fisiologis pasien, dan intervensi apa yang dapat diberikan pada triase untuk mengurangi rasa sakit, ketika menentukan

kategori triase. Contoh pasien kriteria nyeri yang parah pada level 2

*ESI* adalah:

1. Seorang pasien dengan nyeri pinggang 10/10 yang menggeliat saat di triase
2. Seorang wanita 80 tahun dengan 7/10 digeneralisasikan sakit perut dengan mual yang parah
3. Seorang pasien onkologi menjalani kemoterapi yang mengeluh nyeri parah
4. Luka bakar penuh atau parsial yang membutuhkan kontrol nyeri segera
5. Wanita, dan lebih sering pria, dengan retensi urin akut.

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

Sistem triase *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 triase memanfaatkan perawat dari sumber daya yang ada untuk membantu pasien agar lebih sabar menunggu tindakan. Estimasi kebutuhan sumber daya dimulai setelah ditentukan bahwa pasien tidak memenuhi kriteria *ESI* level 1 atau 2. Perawat mampu memprediksi berapa banyak sumber daya.

Perawat triase dapat memprediksi banyaknya sumber daya yang dibutuhkan pasien. Perawat tidak dapat melakukan tindakan dengan

presentase sumber daya rendah dengan tingginya jumlah pasien yang datang ke IGD. Penelitian juga telah menetapkan bahwa penerapan triase *ESI* berkorelasi dengan banyaknya 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 triase *ESI* adalah bergantung pada kemampuan perawat untuk memprediksi sumber daya, dengan demikian paling baik dilakukan oleh perawat IGD berpengalaman. Tingkatan *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 ditangani oleh medis. Namun, dari sudut pandang pelayanan, pasien ini mungkin lebih baik dilayani di area perawatan dan ingin diberikan tindakan dengan 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.

Tanda zona bahaya pada anak-anak, Pertimbangkan untuk meningkatkan triase 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. *ATS (Australian Triage Scale)*

Pada *triage* *ATS* terfokuskan pada lima waktu pasien di tangani. Terdapat 5 level pada *triage* dengan *ATS* ini, level 1 dengan tingkat kegawatan tinggi maka dilakukan pada waktu itu juga, pada level ini membutuhkan 0 menit penenganan pasien. *ATS* level 2 maksimal membutuhkan waktu 10 menit, pada *ATS* level 3 membutuhkan waktu 30 menit, level 4 membutuhkan waktu 60, dan level 5 membutuhkan waktu maksimal 120 menit (*Guidelines on the Implementation of ATS in Emergency Departement* dalam Kurniasari, 2016).

### 2.3.6 Pengkajian Awal *Triage*

Proses pengkajian awal *triage* menurut *ATLS (Advanced Trauma Life Support)* dibagi menjadi dua, yaitu *primary survey* dan *secondary survey*.

#### 1. *Primary Survey*

Komponen pertama pada penanganan pasien trauma disebut *primary*

*survey*. Tujuan dari *primary survey* yaitu untuk mengidentifikasi cedera yang mengancam jiwa dan memulai resusitasi secara tepat. Pada proses pengkajian *primary survey* terfokus pada ABCDE yang digunakan untuk memandu langkah-langkah dari *primary survey*.

a. A (Airway) – Penanganan Airway dengan Serviks Spine Protection

Jalan nafas harus cepat dinilai untuk menghindari resiko berlanjut pada pasien trauma. Hal ini dilakukan dengan cara mengkaji pasien dan meminta pasien untuk menyebutkan nama dan menjelaskan apa yang terjadi dalam insiden tersebut. Jika pasien dalam keadaan tidak sadar atau tidak dapat berbicara, lakukan manuver suction orofaring, mencari dan mengambil benda asing, dan identifikasi trauma wajah yang signifikan atau adanya luka bakar. Manajemen jalan nafas definitif diperlukan dalam kasus berikut:

1. Pasien dengan tekanan status mental atau tidak mampu melindungi jalan nafas mereka seperti pasien dengan GCS (Glasgow Coma Scale) 8 atau lebih rendah.
2. Pasien dengan trauma maxillofacial yang signifikan dan resiko tinggi untuk obstruksi jalan nafas
3. Pasien dengan ketidakstabilan hemodinamik berat

Dalam persiapan untuk intubasi endotrakeal, manuver sederhana untuk membuka jalan nafas dapat dilakukan untuk meningkatkan oksigenasi dan ventilasi. Teknik jaw-thrust (chin-lift tidak digunakan pada pada pasien trauma



tumpul mengingat kebutuhan untuk melindungi tulang belakang leher) merupakan prosedur awal yang paling penting bagi pasien. Pembukaan jalan nafas dapat diberikan dengan memasang oropharyngeal airway dan diberikan oksigen dengan masker. Secara umum, untuk pasien dengan trauma parah lebih baik membangun jalan nafas definitif dengan memasang endotracheal tube, karena hal tersebut memungkinkan untuk oksigenasi dan ventilasi selain mencegah isi lambung dan darah memasuki saluran pernafasan. Apabila pemasangan endotracheal tube tidak berhasil mengatasi atau gagal dalam beberapa kali percobaan maka terapi bedah atau yang biasa disebut dengan krikotiroidotomi dapat dilakukan, hal ini sangat memungkinkan untuk membuka jalan nafas pasien.

Terlepas dari intervensi yang dilakukan untuk mengevaluasi jalan nafas, tetap berhati-hati untuk menghindari dan tidak memperburuk potensi cedera tulang leher. Imobilisasi leher dapat dilakukan untuk mencegah cedera semakin memburuk.

#### b. B (Breathing) – Pernafsan dan Ventilasi

Setelah menilai dan mengamankan jalan nafas, langkah berikutnya adalah memastikan tidak ada hambatan oksigenasi dan ventilasi. Pemeriksa harus mengevaluasi kesimetrisan dada, posisi trakea, distensi vena jugularis, bunyi nafas, dan adanya trauma pada dada. Ada beberapa luka spesifik yang harus diidentifikasi secara cepat dan segera ditangani, yaitu tension pneumothorax, massive hemothorax, dan open pneumothorax.

#### c. C (Circulation) – Sirkulasi dengan Kontrol Perdarahan

Penilaian sirkulasi diperlukan untuk menilai status volume pasien serta menjaga akses intravena yang memadai dan mengendalikan sumber perdarahan. Takikardi pada orang dewasa didefinisikan sebagai denyut jantung dengan jumlah 100 denyut atau lebih per menit. Pasien dengan trauma dapat menjadi takikardi karena sakit atau stres, shock, sebagai akibat perdarahan, maka harus dicurigai pada pasien yang mengalami cedera atau trauma. Perubahan tekanan darah seperti tekanan sistolik menurun atau tekanan nadi melebar, juga dapat menunjukkan bahwa pasien masuk dalam derajat syok hemoragik. Hipotensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik kurang dari 90 mmHg. Kombinasi hipotensi dan takikardi sering disebut hemodinamik instability.

d. D (Disability) – Kecacatan (Evaluasi Neurologis)

Penilaian secara cepat dari status neurologis pasien adalah bagian penting dari *primary survey*. Pasien dengan kehilangan kesadaran menimbulkan kecurigaan cedera intrakranial. Petugas juga harus menentukan status mental pasien dan apakah pasien memerlukan obat antikoagulan. Metode yang digunakan untuk mengevaluasi fungsi neurologis termasuk mengukur reaksi pupil, menilai tingkat kesadaran adalah dengan aplikasi GCS (Glasgow Coma Scale).

e. E (Exposure) – Kontrol Lingkungan

Bagian akhir dari *primary survey* adalah berfokus pada ekspose pasien untuk menghindari adanya cedera yang belum terkaji. Dilakukan dengan cara membuka pakaian pasien dan memeriksa kembali permukaan tubuh pasien.

Setelah pasien diperiksa dalam keadaan telanjang, pasien harus ditutup dengan selimut hangat untuk mencegah hilangnya panas tubuh. Cara lain untuk mencegah hipotermia pada pasien trauma termasuk meningkatkan suhu ruangan, pemberian infus intravena hangat. Pasien yang mengalami iritasi kulit akibat zat berbahaya harus didekontaminasi untuk mencegah adanya infeksi dan cedera progresif.

## 2. *Secondary Survey*

*Secondary survey* berlangsung setelah *primary survey* sudah lengkap dilakukan dan resusitasi sedang berlangsung. *Secondary survey* dilakukan secara sistematis, pemeriksaan head-to-toe dan pengkajian fisik. Setiap bagian tubuh pasien diperiksa dengan hati-hati untuk menghindari cedera yang mungkin tidak diketahui. Radiografi dan CT-Scan juga digunakan sebagai bagian dari *secondary survey*.

Pengkajian pasien termasuk latar belakang medis pasien dan rincian terjadinya trauma harus dikaji. Dalam kasus pasien koma atau tidak responsif, data diperoleh dari anggota keluarga atau petugas medis darurat yang membawa pasien.

### 2.3.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Triage*

Penempatan prioritas kegawatadaruratan pada pasien gawat darurat tentunya dilakukan oleh perawat profesional yang sudah paham betul bagaimana cara memilih dan memilah pasien atau yang biasa di sebut dengan proses *triage*.

Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor pasien, faktor perlengkapan *triage*, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* yang digunakan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review, 2011*).

Faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi, sedangkan faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien (Andersson, dkk. 2007). Jumlah peralatan yang kurang memenuhi kapasitas, jumlah perawat yang terbatas di setiap shift padahal jumlah pasien pada shift tersebut sering melebihi kapasitas brankart yang ada, sehingga ruangan IGD menjadi sangat penuh (*overcrowded*). Kesesakan di ruang IGD mempengaruhi proses *triage* yang mengarah ke waktu tunggu yang lebih lama untuk melakukan *triage* (Linden dkk, 2016).

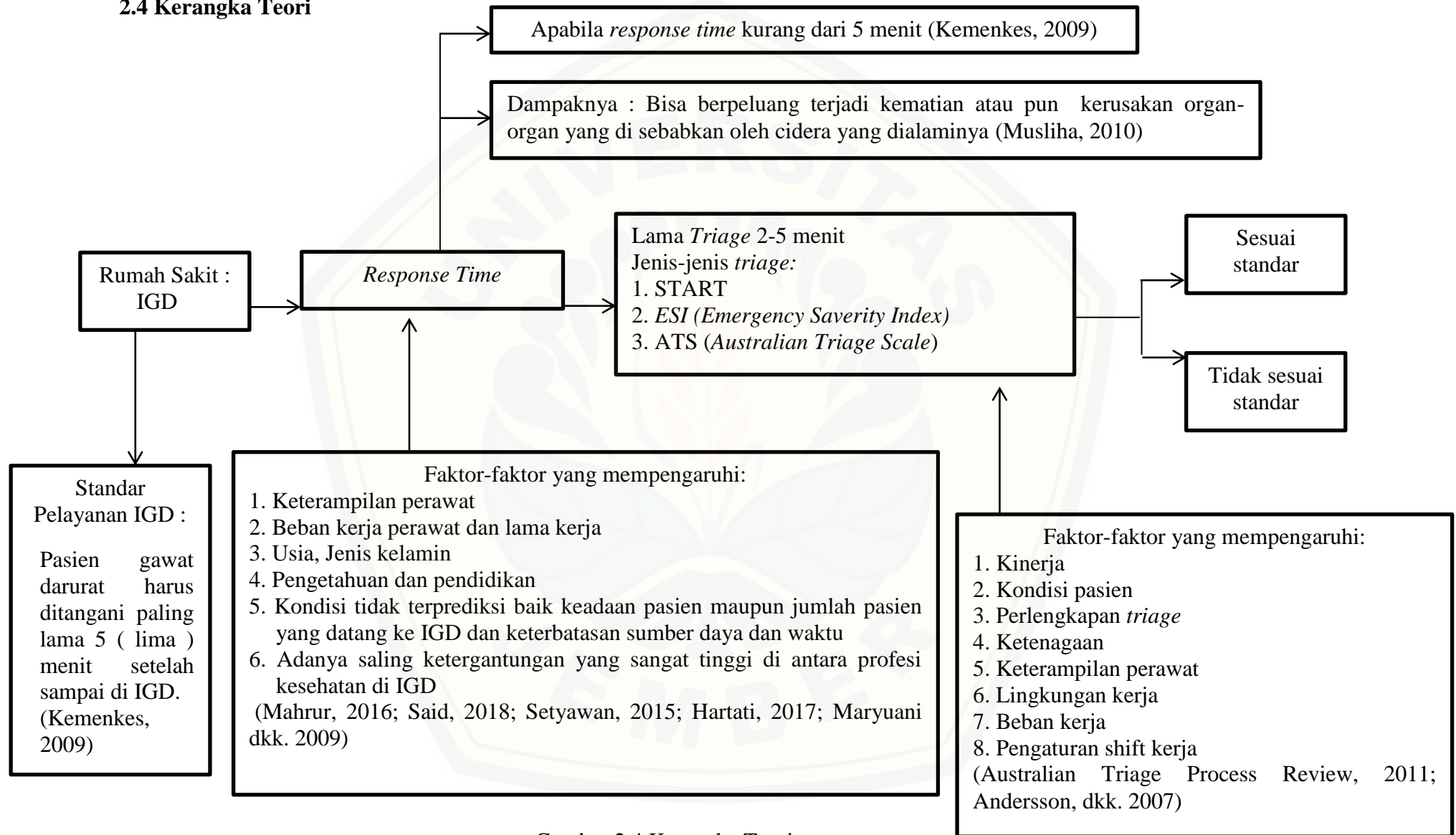
### 2.3.8 Lama Waktu *Triage*

Standar waktu yang lazim disebutkan adalah kira-kira 2 hingga 5 menit per pasien (Kathleen dkk, 2008). Akan tetapi hanya 22% dari standar waktu tersebut yang dipenuhi, dan akan semakin lama seiring dengan penambahan usia pasien serta berkurang secara nyata jika dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Waktu rata-rata yang digunakan untuk pasien pediatrik adalah 7 menit. Untuk membantu memecahkan masalah ini, beberapa IGD tidak melakukan pengkajian rutin terhadap tanda-tanda vital pada pelaksanaan *triage* untuk populasi tertentu,

seperti pasien yang kondisinya sangat stabil tanpa keluhan sistemik atau pada pasien dengan aktivitas paling tinggi.



2.4 Kerangka Teori

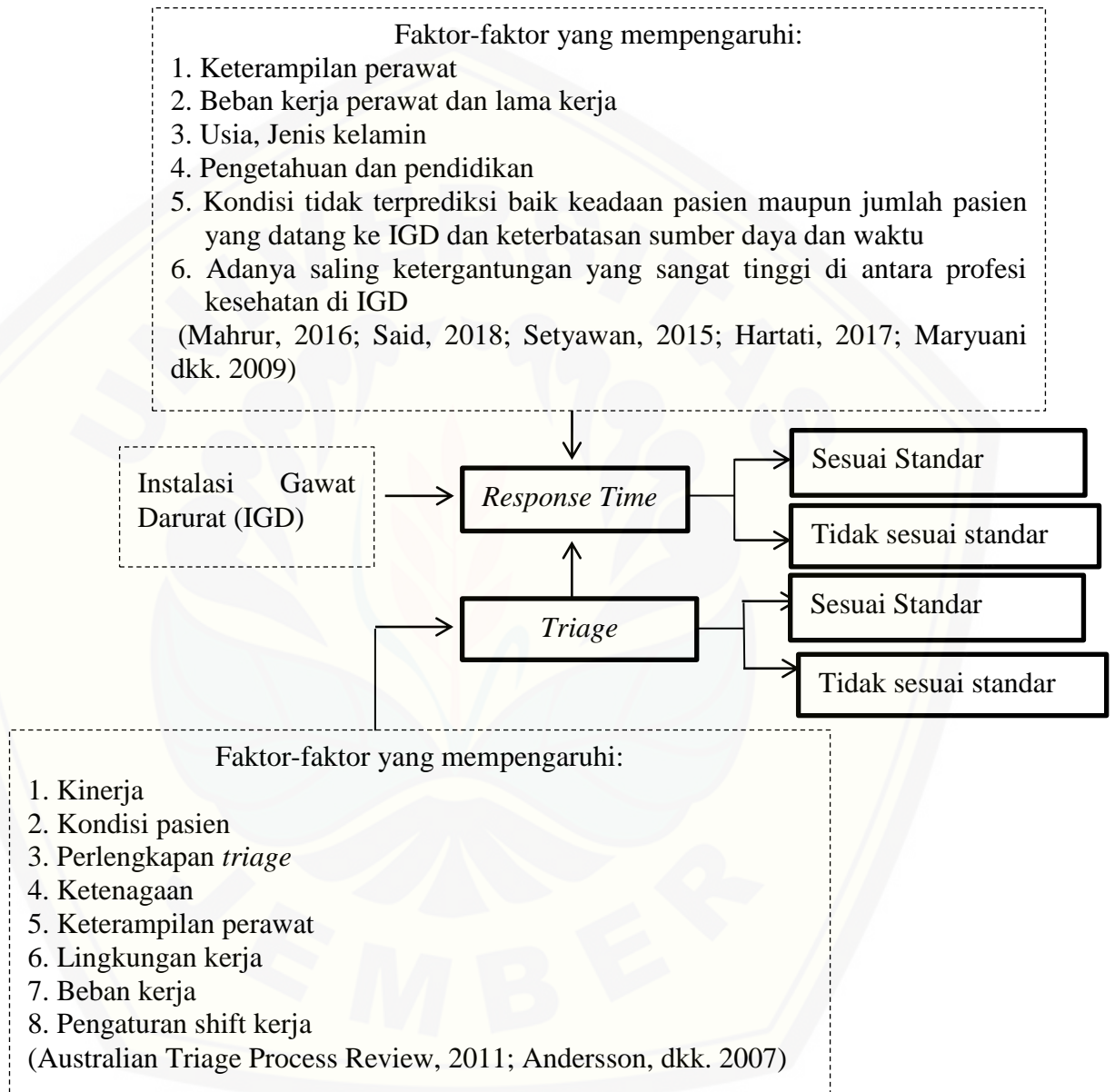


Gambar 2.4 Kerangka Teori



**BAB 3. KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konseptual**

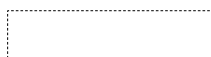


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang dirancang dengan matang sehingga peneliti mendapatkan jawaban dari pertanyaan dalam penelitian ini (Setiadi, 2007). Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2010). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif. Penelitian deskriptif dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2010).

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi Penelitian**

Populasi merupakan keseluruhan jumlah yang terdiri dari obyek atau subyek yang memiliki karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat yang berjumlah 21 orang di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2015). Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010), sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian. Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat yang berjumlah 21 orang dan sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini 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 21 tenaga kesehatan yang sedang shift pagi, siang dan malam di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti dalam mengurangi bias dari hasil penelitian. Kriteria sampel dapat dibagi menjadi 2 bagian (Notoatmodjo, 2010), yaitu:

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang harus dipenuhi oleh setiap populasi yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi penelitian ini

adalah tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteri eksklusi adalah karakteristik populasi yang tidak memenuhi kriteria inklusi yang tidak dapat dijadikan sampel (Notoajmodjo, 2010). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Tenaga kesehatan yang tidak bersedia untuk menjadi responden.
2. Tenaga kesehatan yang sedang cuti kerja.
3. Tenaga kesehatan yang sedang melaksanakan pelatihan.

#### **4.3 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah dari bulan Agustus 2018 – Januari 2019 yang dihitung dari pembuatan skripsi sampai dengan publikasi penelitian. Data akan diambil selama satu bulan, pada bulan Desember 2018 – Januari 2019. Sesuai dengan tabel 4.1 Tabel *Timeline*

Tabel 4.1 Tabel *Timeline*

Kegiatan	Juli		Agustus				Septem-ber				Oktober				Novem-Ber				Desem-ber				Januari			
	Minggu Ke-																									
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Pengajuan Judul																										
Penyusunan Proposal																										
Seminar Proposal																										
Revisi Proposal																										
Pengambilan Data																										
Penyusunan Laporan																										
Sidang Hasil																										
Revisi Hasil																										
Publikasi																										

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu proses perumusan atau pemberian arti makna pada setiap variabel untuk kepentingan akan komunikasi dan replikasi, dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang sama pada setiap orang mengenai variabel-variabel yang diangkat dalam waktu penelitian (Setiadi, 2007). Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari satu variabel, yaitu gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. 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
Variabel independen: <i>response time</i>	Kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang di IGD sampai tindakan dimulai <i>initial assesment</i> .	< 5 menit	Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> disertai stopwatch.	Rasio	a. Standar = < 5 menit b. Tidak sesuai standar = > 5 menit
Lama <i>triage</i>	Kecepatan tindakan <i>triage</i> dihitung sejak dimulainya <i>initial assesment</i> sampai ditentukan level <i>triage</i> .	0-5 menit	Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> disertai stopwatch.	Rasio	a. Standar = 0-5 menit b. Tidak sesuai standar = > 5 menit

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

#### a. Data Primer

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

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yaitu menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage*. Cara pengisian lembar observasi yaitu diisi sendiri oleh peneliti. Alur pengambilan data adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti yang sudah mendapatkan surat ijin rekomendasi penelitian dari pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember mengirimkan surat ke Lembaga



Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M) Universitas Jember, kemudian surat dari LP2M diserahkan kepada pihak Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Pengajuan surat tersebut guna untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember

- b. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada Badan Penelitian di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember
- c. Peneliti menyerahkan surat ijin penelitian kepada kepala ruang IGD untuk melakukan penelitian terhadap tenaga kesehatan di ruang IGD tentang *response time* dan lama *triage*.
- d. Peneliti menyerahkan lembar persetujuan *inform concent* kepada tenaga kesehatan yang berada di IGD dan memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada tenaga kesehatan yang bertugas di IGD.
- e. Peneliti menjelaskan bahwa penelitian akan dilakukan selama 25 hari di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.
- f. Peneliti melakukan observasi tentang *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

#### 4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu menggunakan lembar observasi *response time* dan lama *triage*.

## 4.7 Pengolahan Data

### 4.7.1 Editing

*Editing* merupakan hasil dari wawancara, angket atau pengamatan dari responden yang dilakukan editing terlebih dahulu (Notoatmojo, 2010).

Peneliti mengecek kelengkapan lembar observasi *response time triage*.

### 4.7.2 Coding

*Coding* merupakan cara memberikan kode atau mengecek ulang jawaban dari responden kedalam kategori tertentu. Kegiatan untuk merubah data huruf menjadi data angka sehingga mudah dalam menganalisis (Notoatmojo, 2010). Kode pada penelitian ini adalah:

a. Kecepatan *response time triage*

- 1) Sesuai Standar
- 2) Tidak Sesuai Standar

b. Ketepatan lama *trriage*

- 1) Sesuai Standar
- 2) Tidak Sesuai Standar

### 4.7.3 Entry data

*Entry data* merupakan proses memasukan data kedalam tabel yang dilakukan menggunakan program yang ada pada komputer (Setiadi, 2007).

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* merupakan pemeriksaan data, dengan melihat variabel apakah data sudah benar atau belum. Data yang dilakukan sudah dimasukkan dan diperiksa kembali sejumlah sampel dari kemungkinan data yang belum di entry. Hasil *cleaning* yang diperoleh tidak ada kesalahan sehingga data tersebut bisa digunakan (Notoatmojo, 2010). Penelitian ini, peneliti memeriksa kembali data yang akan di masukkan untuk menghindari terjadinya kesalahan data dan kelengkapan data.

### 4.8 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis univariat ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat bergantung dari jenis data yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2016). Analisa data dalam penelitian ini menyajikan data dalam bentuk diagram pie dan presentase dari hasil *response time* dan lama waktu *triage*.

### 4.9 Etika Penelitian

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

Peneliti sebelum melakukan penelitian memberikan *informed consent* kepada responden (Notoatmojo, 2012). Responden pada penelitian ini adalah

tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Pada penelitian ini, *Informed Consent* di jelaskan kepada responden sebelum dilakukan pemberian informasi dan tujuan penelitian.

#### 4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan Informasi atau data yang sudah didapat oleh peneliti dari responden harus dijamin kerahasiannya agar tidak diketahui oleh orang lain kecuali peneliti (Notoatmojo, 2012). Kerahasiaan pada penelitian ini adalah dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas dalam pendokumentasian hasil penelitian yang didapat. Kepentingan dokumentasi seperti foto dan identitas responden disamarkan.

#### 4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Keadilan adalah sikap atau perilaku yang menjamin bahwa semua responden penelitian dapat memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis, dll (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini, peneliti harus memperlakukan semua responden dengan sama atau adil sebelum, selama, dan pada saat penelitian.

#### 4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Penelitian ini, peneliti berusaha mendapatkan manfaat semaksimal mungkin untuk masyarakat (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini juga diharapkan sebagai masukan untuk memperbaiki pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember.

## BAB 6. PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dan saran penelitian “Gambaran *Response Time* Dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember”. 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 khusus penelitian, maka penelitian ini dapat disimpulkan diantaranya sebagai berikut:

- a. Karakteristik tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama kerja. Jenis kelamin sebagian besar responden adalah berjenis kelamin laki-laki (52,38%), usia responden dengan rata-rata usia 31,10 tahun, pendidikan responden terbanyak adalah D3 Keperawatan (28,57%), Ners (28,57%) dan Dokter Umum (28,57%). Lama kerja responden terbanyak adalah kurang dari 3 tahun (28,57%) dan 5 tahun (23,81%).
- b. Ketepatan penanganan *response time* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember sudah sesuai standar.
- c. Ketepatan penanganan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember sudah sesuai standar.

## 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 Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai gambaran *response time* dan lama *triage*. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti hubungan *response time* dan lama *triage* dengan karakteristik responden, waktu shift dan prioritas pemberian *triage* kepada pasien karena belum diketahui apakah ada hubungan antara *response time* dan lama *triage* dengan karakteristik responden, waktu shift dan prioritas pemberian *triage* sehingga hasil penelitian akan menjadi semakin kaya akan informasi.

### 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 Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi rumah sakit tempat penelitian dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Solusi yang dapat diberikan yaitu dengan meningkatkan mutu pelayanan tenaga kesehatan, meningkatkan kualitas sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan di IGD Rumah Sakit Baladhika Husada Jember sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan Rumah Sakit Baladhika Husada Jember dan menjadi salah satu fasilitas kesehatan yang di tuju oleh masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Adhiwijaya, A. 2018. Respon Time Petugas IGD Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 12(2): 168-171.
- 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
- Andersson, A. K., Omberg, M., dan Svedlund, M. 2006. Triage In The Emergency Departement A Qualitative Study Of The Factors Which Nurses Consider When Making Decisions. *British Association Of Critical Care Nurse*. 11: 136-145.
- Chung, J, Y, M. 2005. An exploation of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in hongkong. *Acid Emergency Nurse*. 13(206e): 13
- Deviantony, F., Ahsan, dan Setyoadi. 2017. Analysis Of The Associated Factors Of Boarding Time In Tellow Zone Patients In Emergency Department. *Jurnal Ners*. 12(2): 261-266.
- Evie, S., Wihastuti, T., Suharsono, T., dkk. 2016. Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Triage Perawat Pelaksana Di Ruang IGD Rumah Sakit Tipe C Malang. *Jurnal Imiah Kesehatan Keperawatan*. 12(3): 144-153.
- Fadhilah, N., Harahap, W.,A., dan Lestari, Y. 2015. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tanggap Pada Pelayanan Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pusan Dr. M. Djamil Padang Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 4(1): 195-201.
- Gilboy, N., Tanabe, P., dan Travers, D. 2012. *Emergency Saverity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Departement Care Version 4 Implementation Hamndbook 2012 Edition*. AHRQ.
- Gurning, Y., Karim, D., dan Misrawati. 2014. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan IGD Terhadap Tindakan Triage

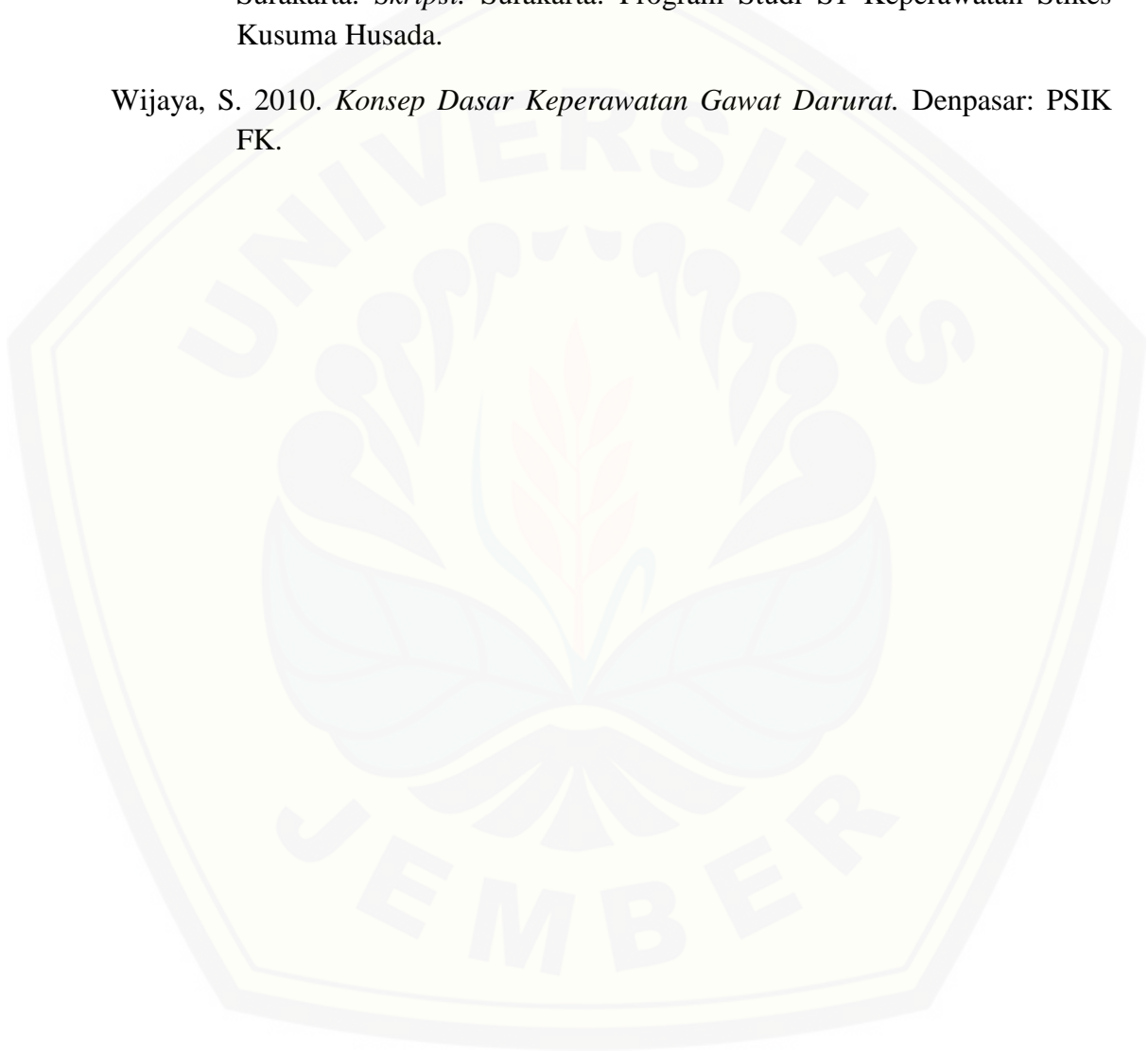
- Berdasarkan Prioritas. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*. 1(1): 1-9.
- Hartati, S., dan Halimuddin. 2017. *Response Time Perawat Di Ruang Instalasi Gawat Darurat*.
- Haryatun, N., dan Sudaryanto A. 2008. Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Cidera Kepala Kategori I-V Di IGD RSUD Dr. Moewardi. *Berita Ilmu Keperawatan*. 1(2): 69-74.
- Kartikawati, D. I. 2011. *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Salemba Medika
- Kathleen, S. O., Jane, K., Linda J. S. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2008. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- Kepmenkes RI. 2009. *Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kurniasari, R. 2016. Hubungan Antara Level *Emergency Severity Index (ESI)* Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 4(2): 97-106.
- Linden, M. C., Meester, B. E. A. M., dan Linden, N. 2016. Emergency Dearthment Crowding Affects Triage Processes. *International Emergency Nursing*. 29: 27-31.
- Maatili, V., Mulyadi, dan Malara, R. T. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat Di IGD RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*. 2(2): 1-6.
- Machmud, R. 2008. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2(2): 186-190.
- Maclennan, C., Xylander, V., Weber, M. 2006. Improving The Quality Of Emergency Care For Children In Developing Countries. *Bull World Health Organ*. 84:258.
- 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.
- Maulana, Harry, C., Sitorus, R., J., dan Hasyim, H. 2010. Hubungan Shift Kerja Dengan Kelelahan Kerja Dan Perubahan Tekanan Darah Pada Perawat Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bukit Asam Tanjungenim Tahun 2009. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 1(2): 134-139
- Milbrett, P., Halm, M. 2009. Characteristics And Predictors Of Frequent Utilization Of Emergency Services. *Journal of emergency nursing*. 35:191-198.
- Mohammadi, M., Nasiripour, A., A., Fakhri, M., Bakhtiari, A., Azari, S., Akbarzadeh, A., Goli, A., dan Mahboubi, M. 2015. The Evaluation of Time Performance in the Emergency Response Center to Provide Pre-Hospital Emergency Services in Kermanshah. *Global Journal of Health Science*. 7(1): 274-279.
- Musliha, S.Kep., Ns. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhasim, S. 2015. Pengetahuan Perawat Tentang *Response Time* Dalam Penanganan Gawat Darurat Di Ruang *Triage* RSUD Karanganyar. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Prof. Dr. Sugiyono. 2017. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- 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.
- Said, S., dan Mappangaron, A. 2018. Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan *Response Time* Pada Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar. *Jurnal Of Islamic Nursing*. 3(1): 71-81.

- Salvatierra, G., G., Bindler, R., C., dan Daratha, K., B. 2016. Rapid Response Teams: Is it Time to Reframe the Questions of Rapid Response Team Measurement?. *Journal of Nursing Scholarship*. 48(6): 1-8.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Cetakan I. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setyawan, H. 2015. Gambaran Pengetahuan Peran Perawat Dalam Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada.
- Siagian, S. 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sujarweni, W. 2015. *Statistik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Sumarto, I., Asfian, P., dan Munandar S. 2016. Stress Kerja Di Tinjau Dari Shift Kerja Pagi Siang Dan Malam Pad Aperawat Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 1(3): 1-7
- Sunaryo, 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suroso, J. 2011. Indeks Kepuasan Pasien Suatu Rumah Sakit Di Purwokerto. *The Soedirman Journal Of Nursing*. 6(1): 39-46.
- Surtiningsih, D., Susilo, C., dan Hamid, M. A. 2016. Penerapan *Response Time* Perawat Dalam Pelaksanaan Penentuan Prioritas Penanganan Kegawatdaruratan Pada Pasien Kecelakaan Di IGD RSD Balung. *The Indonesian Journal Of Health Science*. 6(2): 124-131.
- Susanti, V. 2018. Gambaran Pelaksanaan Triage Dan Respon Time Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
- Tumbuan, A. N., Kumaat, L., dan Malara, R. 2015. Hubungan *Response Time* Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning Di IGD RSUD GMIM Kalooran Amurang. *Ejournal Keperawatan*. 3(2): 1-8.



- 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.





# LAMPIRAN



Lampiran A. Lembar *Informed*

INFORMED

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada

NIM : 152310101313

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Dsn. Krajan Wetan Rt 18 Rw 04 Desa Selok Besuki Kecamatan  
Sukodono Kabupaten Lumajang

Saya mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Jember akan melakukan kegiatan penelitian dengan judul “Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Penelitian ini akan dilakukan selama 30 hari pada bulan Desember 2018-Januari 2019. Peneliti akan mengobservasi secara langsung tentang *response time* dan lama *triage* yang akan dilakukan oleh responden yaitu tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden, namun penelitian ini hanya untuk kepentingan ilmiah.

Peneliti menghormati apapun tindakan yang dilakukan oleh saudara/i, akan menjaga dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan data dan penyajian data, serta tetap menjunjung tinggi dan menghargai keinginan saudara/i jika memilih tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Aulia Elma Nafia Istizhada  
NIM 152310101313

Lampiran B. Lembar *Concent*

CONSENT

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini sebagai responden penelitian:

Nama : .....

Usia : .....

Alamat : .....

Menyebutkan bersedia menjadi subjek (Responden) dalam penelitian dari:

Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada

NIM : 152310101313

Fakultas : Keperawatan Universitas Jember

Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember

Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah berikan. Dengan ini saya sebagai responden menyatakan sukarela menjadi responden dalam penelitian ini.

Jember, Januari 2019

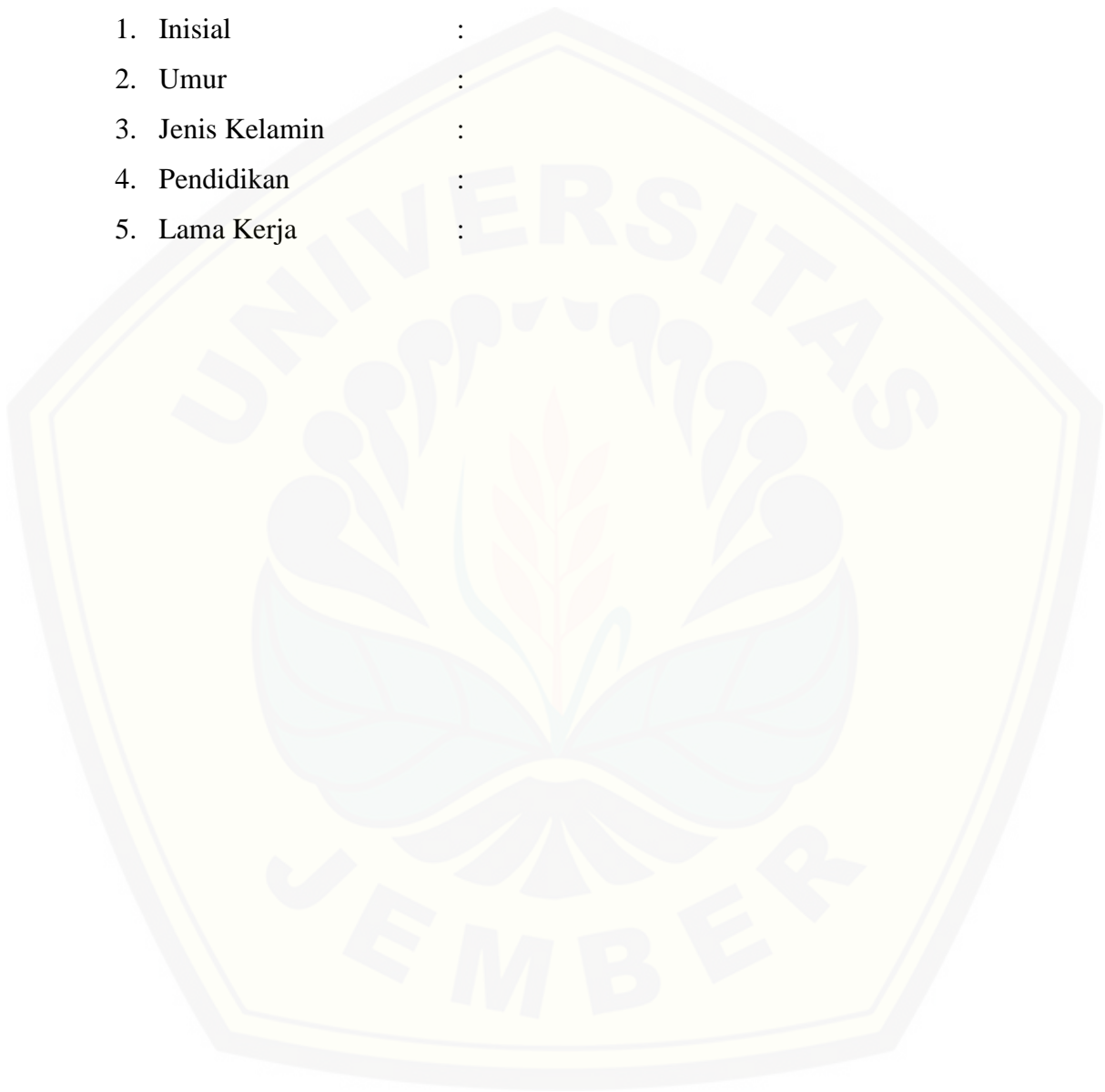
(.....)

Responden

Lampiran C. Lembar Pengkajian Responden

Karakteristik Responden

1. Inisial :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :
5. Lama Kerja :









Lampiran E. Hasil Analisis Data

**NORMALITAS**

1. *Response Time* pagi (normal)

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ratarataRTpagi	,125	10	,200 <sup>*</sup>	,954	10	,720

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

a. Lilliefors Significance Correction

2. *Lama Triage* pagi (normal)

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ratarataLTpagi	,246	10	,089	,947	10	,631

a. Lilliefors Significance Correction

3. *Response Time* sore (normal)

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ratarataRTsore	,124	10	,200 <sup>*</sup>	,976	10	,937

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

a. Lilliefors Significance Correction

4. *Lama Triage* sore (normal)

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ratarataLTsore	,168	10	,200 <sup>*</sup>	,933	10	,478

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

a. Lilliefors Significance Correction

5. *Response Time* malam (normal)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ratarataRTmalam	,263	10	,049	,858	10	,072

a. Lilliefors Significance Correction

6. *Lama Triage* malam (tidak normal)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ratarataLTmalam	,248	10	,081	,807	10	,018

a. Lilliefors Significance Correction

**PERBEDAAN**

## 1. Response time dan lama triage

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	responsetime	lamatriase
Chi-Square	8,914	,187
df	2	2
Asymp. Sig.	,012	,911

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: shift

**Ranks**

	shift	N	Mean Rank
responsetime	malam	36	110,49
	sore	71	95,87
	pagi	76	79,63
	Total	183	
lamatriase	malam	36	91,18
	sore	71	90,30
	pagi	76	93,97
	Total	183	

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
responsetime	183	53,0328	43,00957	3,00	264,00
lamatriase	183	42,3060	29,76620	8,00	253,00
shift	183	2,22	,753	1	3

## Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
rtmalam1	7	254	10	264	1121	160,14	101,937
rtmalam2	3	179	70	249	462	154,00	90,006
rtmalam3	5	43	45	88	283	56,60	17,813
rtmalam4	3	180	9	189	270	90,00	91,340
rtmalam5	1	0	130	130	130	130,00	.
rtmalam6	5	43	26	69	218	43,60	21,031
rtmalam7	2	33	23	56	79	39,50	23,335
rtmalam8	2	4	14	18	32	16,00	2,828
rtmalam9	3	14	37	51	128	42,67	7,371
rtmalam10	5	53	28	81	236	47,20	22,643
ltmalam1	7	118	22	140	512	73,14	55,712
ltmalam2	3	28	113	141	384	128,00	14,107
ltmalam3	5	60	24	84	241	48,20	23,584
ltmalam4	3	169	12	181	225	75,00	92,342
ltmalam5	1	0	20	20	20	20,00	.
ltmalam6	5	23	26	49	175	35,00	10,000
ltmalam7	2	0	23	23	46	23,00	,000
ltmalam8	2	14	14	28	42	21,00	9,899
ltmalam9	3	27	10	37	71	23,67	13,503
ltmalam10	5	15	30	45	177	35,40	6,427
rtsore1	10	59	21	80	507	50,70	22,121
rtsore2	7	38	23	61	267	38,14	14,241
rtsore3	8	156	25	181	516	64,50	49,521
rtsore4	5	60	8	68	197	39,40	26,548
rtsore5	7	43	28	71	315	45,00	18,493
rtsore6	6	70	26	96	269	44,83	27,103
rtsore7	4	18	18	36	114	28,50	8,583
rtsore8	6	117	36	153	412	68,67	43,057
rtsore9	7	54	23	77	356	50,86	23,913
rtsore10	11	77	27	104	594	54,00	22,632
ltsore1	10	242	11	253	506	50,60	72,164
ltsore2	7	36	15	51	270	38,57	12,421
ltsore3	8	45	20	65	325	40,63	16,265
ltsore4	5	38	17	55	151	30,20	14,957

ltsore5	7	52	8	60	277	39,57	19,086
ltsore6	6	21	39	60	283	47,17	7,859
ltsore7	4	17	23	40	118	29,50	7,594
ltsore8	6	38	12	50	179	29,83	15,626
ltsore9	7	34	21	55	235	33,57	10,891
ltsore10	11	53	27	80	495	45,00	16,426
rtpagi1	8	49	3	52	280	35,00	15,793
rtpagi2	6	85	15	100	350	58,33	33,992
rtpagi3	9	116	14	130	398	44,22	38,245
rtpagi4	5	34	8	42	122	24,40	12,300
rtpagi5	4	33	13	46	106	26,50	15,546
rtpagi6	8	50	17	67	311	38,88	19,657
rtpagi7	9	55	21	76	343	38,11	19,082
rtpagi8	8	50	22	72	318	39,75	18,030
rtpagi9	10	53	12	65	466	46,60	18,440
rtpagi10	9	79	20	99	505	56,11	26,251
ltpagi1	8	37	15	52	248	31,00	10,902
ltpagi2	6	48	19	67	224	37,33	18,435
ltpagi3	9	48	10	58	334	37,11	12,791
ltpagi4	5	23	11	34	112	22,40	9,450
ltpagi5	4	33	13	46	125	31,25	13,647
ltpagi6	8	41	12	53	264	33,00	13,126
ltpagi7	9	49	27	76	415	46,11	16,282
ltpagi8	8	69	22	91	461	57,63	22,335
ltpagi9	10	59	17	76	374	37,40	17,602
ltpagi10	9	54	25	79	453	50,33	18,090
Valid N (listwise)	1						

**Descriptive Statistics**

	N	Range	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
ratarataRTpagi	10	34,00	24,00	58,00	407,00	40,7000	11,16592
ratarataLTpagi	10	36,00	22,00	58,00	382,00	38,2000	10,48597
ratarataRTsore	10	41,00	28,00	69,00	484,00	48,4000	12,24019
ratarataLTsore	10	22,00	29,00	51,00	386,00	38,6000	7,70570
ratarataRTmalam	10	144,00	16,00	160,00	779,00	77,9000	52,21632
ratarataLTmalam	10	108,00	20,00	128,00	482,00	48,2000	34,65000
Valid N (listwise)	10						

## Lampiran F. Surat Ijin Penelitian



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

Nomor : 7124/UN25.1.14/LT/2018 Jember, 06 December 2018  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M  
Universitas Jember

Dengan hormat,

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

nama : Aulia Elma Nafia Istizhada  
N I M : 152310101313  
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian  
judul penelitian : Gambaran Response Time dan Lama Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember  
lokasi : Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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





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

Nomor : 5377 /UN25.3.1/LT/2018  
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

10 Desember 2018

Yth. Direktur  
 Rumah Sakit Baladhika Husada Jember  
 Di  
 Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 7124/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 6 Desember 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada  
 NIM : 152310101313  
 Fakultas : Keperawatan  
 Jurusan : Ilmu Keperawatan  
 Alamat : Jl. Mastrip Gg. Blora No.28 Sumbarsari-Jember  
 Judul Penelitian : "Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember"  
 Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Baladhika Husada Jember  
 Lama Penelitian : 2 Bulan (13 Desember 2018-30 Januari 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.



Dr. Susanto, M.Pd.  
 Nip. 195306161988021001

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



CERTIFICATE NO. DMS173

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG  
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 31 Desember 2018

Nomor : B / 738 / XII / 2018  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada

Yth, Ketua Lembaga Penelitian Dan  
Pengabdian Kepada Masyarakat  
Universitas Jember.

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember No: 5377/UN25.3.1.LT/2018 tanggal 10 Desember 2018 tentang permohonan melaksanakan penelitian;

2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa, Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada atas nama:

- a. Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada;
- b. NIM : 152310101313;
- c. Fakultas : Keperawatan Universitas Jember;
- d. Alamat : Jln. Kalimantan no 37 Jember;
- e. Judul : Gambaran *Response Time* dan Lama Triage Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Di Rumkit Tingkat III Baladhika Husada Jember;
- f. Waktu : Desember 2018 s.d. Januari 2019; dan

3. Demikian mohon dimaklumi.

Karumkit-Tk. III Baladhika Husada  
DENKESYAH MALANG  
KEPALA RUHUKIT  
RUMKIT TK. III BALADHIKA HUSADA  
dr. Marsudi Handelima, Sp.OT  
Letnan Kolonel Ckm NRP.11950008540771

Tembusan :

- 1. Kakesdam V/Brawijaya.
- 2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
- 3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
- 4. Kainstaldik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH MALANG  
RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA

Jember, 17 Januari 2019

Nomor : B/038 / 1 / 2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Selesai Penelitian

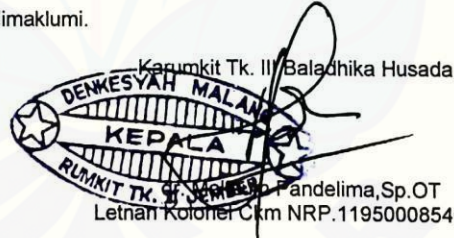
Kepada

Yth, Ketua Lembaga Penelitian dan  
Pengabdian Kepada Masyarakat  
Universitas Jember.

di

Jember

1. Berdasarkan surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember No: 5377/UN25.3.1/LT/2018 tanggal 10 Desember 2018 tentang permohonan selesai penelitian;
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas, diberitahukan bahwa, mahasiswa tersebut dibawah ini telah selesai melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada atas nama:
  - a. Nama : Aulia Elma Nafia Istizhada;
  - b. NIM : 152310101313;
  - c. Institusi : Keperawatan Universitas Jember;
  - d. Alamat : Jln.Kalimantan 37 Jember;
  - e. Judul : Gambaran Response Time dan Lama Triage di Instalansi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit Baladhika Husada Jember;
  - f. Waktu : Desember 2018 s.d. Januari 2019; dan
3. Demikian mohon dimaklumi.

Kaumkit Tk. III Baladhika Husada  
  
Kepala  
RUMKIT TK. III JEMBER, Pandelima, Sp.OT  
Letnan Kolonel Ckm NRP.11950008540771

Tembusan :

1. Kakesdam V/Brawijaya.
2. Dandenkesyah 05.04.03. Malang.
3. Kaur Tuud Rumkit Tk.III Baladhika Husada.
4. Kainstaldik Rumkit Tk.III Baladhika Husada.



Lampiran G. Dokumentasi





Lampiran H. Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**

**NAMA** : Aulia Elma Nafia Istizhada

**NIM** : 152310101313

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

No.	Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
1.	03 September 2018	Konsultasi BAB 1 dan 2	- BAB 1 : 1 paragraf huruf 1 pokok pikiran - Cari data bunyangan RS di Kab. Lumajang - BAB 2 : - prosedur pengukuran respon time - Konsep IGD - Konsep Triase	
2.	19 September 2018	Konsultasi BAB 1 dan 2	- Apa dampak jika respon time bermasalah - Faktor-faktor yang mempengaruhi respon time di pertual lagi - di RS mematai jenis triase apa, dan ketertakan di bagian konsep triase.	
3.	22 September 2018	Konsultasi BAB 1 dan 2.	- Perkuat tinjauan pustaka - kerjasama sharing materi.	
4.	01 Oktober 2018	Konsultasi BAB 2, 3, 4	- Perkuat faktor yg mempengaruhi - revisi kerangka teori, kerangka konsep - Metode penelitian pakai deskriptif - Sample menggunakan Quob sampling.	
5	9 Oktober 2018	Konsultasi BAB 2, 3, 4	- tambah di bab 1 - kemanfaatan penelitian bab 4 - Ganti teknik total sampling	
6.	8 Oktober 2018	Konsultasi BAB 1-4, lembar Observasi	ACC Sempra	



7.	19 Januari 2019	Konsultasi Hasil penulisan	-Perubahan <ul style="list-style-type: none"> <li>Data</li> <li>Ukur 30 hari</li> <li>opini</li> <li>RT tercepat kelain</li> <li>LI tercepat kelain</li> </ul>	
8.	15 Januari 2019	Konsultasi korelasi yg LT.	-Hasil dan perubahan bisa ada hubung ada hubungan atau tidak.	
9	16 Januari 2019	Konsultasi BAB 5 dan 6 tidak ada korelasi	tanyakan kepada teman yg pakar korelasi	
10.	18 Januari 2019	Konsultasi BAB 5, 6, dan Abstrak	- Response time kenapa kok terlama apa alasannya - ? dari teori dan opini - korelasi tambahkan 1 paragraf - Ruang triage basimansa, proses triage sesuai teori, tidak - Abstrak pakai spoke jgn mengumpul.	
11.	21 Januari 2019	Konsultasi BAB 5 dan 6.	ACC sidanya	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**

**NAMA** : Aulia Elma Nafia Istizhada

**NIM** : 152310101313

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

No.	Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
1.	21 September 2018	Konsultasi BAB 1 dan 2.	- Perbaiki Bab I kenapa. ambil wijaya - lengkapi bab 1-4.	
2.	2 Oktober 2018	Konsultasi BAB 1-4	- Perbaiki konsep respon time - teknik sampling	
3.	15 Oktober 2018	Konsultasi BAB 1-4	ACC Sampre	
4.	18 Januari 2019	Konsultasi BAB 5 dan 6	- perbaiki tabel - jumlah total hari dan responden. - perbaiki pembahasan.	
5.	21 Januari 2019	Konsultasi BAB 5, 6 dan Abstrak.	- perbaiki tabel perbedaan - Upi di spes. pakai kurkal-walid - Perin revisi - perbaiki abstrak.	
6.	22 Januari 2019	Konsultasi akhir bab 5, 6. terakhir.	ACC	

