



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*
DI IGD RSUD KOTA MALANG**

SKRIPSI

oleh

**Fairuz In' Amil Arsyad
NIM 172310101227**

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



**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*
DI IGD RSUD KOTA MALANG**

SKRIPSI

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

oleh

**Fairuz In' Amil Arsyad
NIM 172310101227**

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

PERSEMBAHAN

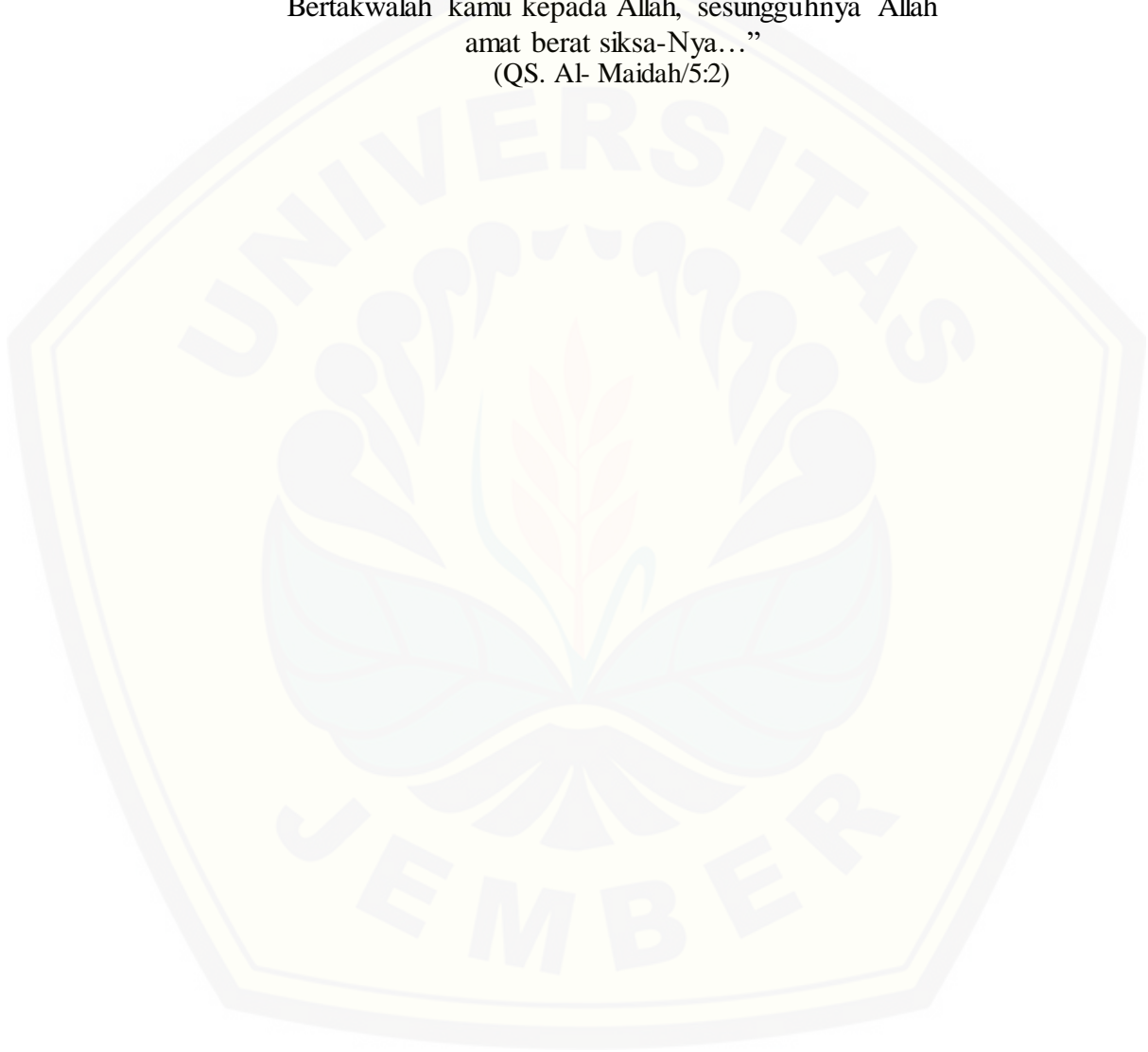
Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku, Bapak Didik Mulyono dan Ibu Prihatin dengan penuh rasa hormat Ananda menyampaikan terima kasih yang tak terhingga atas segala doa yang tidak berhenti terucap, kasih sayang, kesabaran, kebesaran hati, serta pengorbanan baik materil serta non materil.
2. Kakak saya, Ariska cristi P dan Nur affah dwi c.s yang turut serta memberikan doa, dan dukungan. Semoga kita menjadi insan yang berbakti kepada bapak dan ibu.
3. Almamater yang saya banggakan, SDN Keret, SMPN 2 Krembung, SMAN 1 Krembung, Poltekkes Kemenkes Malang, serta seluruh bapak/ibu guru dan dosen yang telah memberikan bimbingan dan ilmunya.
4. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen serta civitas akademika yang telah banyak membantu dan memberikan ilmu kepada penulis selama menempuh perkuliahan.
5. Teman seperjuangan Atri wilujeng dan pasukan DPU Ns. Baskoro yang telah memberikan dukungan semangat, bantuan tenaga dan pikiran, dan kebersamaan selama ini.
6. Keluarga besar Alih Jenis angkatan 2017 yang telah bersama-sama menyelesaikan proses perkuliahan, terimakasih telah menjadi bagian terindah dalam proses ini dan dukungan perjuangan menuju sarjana.

MOTTO

“..Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan...”
(QS. Al-Insyirah/94:5)

“..Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebaikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan Bertakwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya...”
(QS. Al- Maidah/5:2)



*) Departemen Agama RI. 2010. *Al-Qur'an dan Terjemahan*. Jakarta: Penerbit JABAL

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama : Fairuz In' Amil Arsyad

NIM : 172310101227

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

Jember, 25 Januari 2019

Yang menyatakan,



Fairuz In' Amil Arsyad
NIM. 172310101227

SKRIPSI

**GAMBARAN *RESPONSE TIME* DAN LAMA *TRIAGE*
DI IGD RSUD KOTA MALANG**

Oleh :

Fairuz In' Amil Arsyad

NIM 172310101227

Pembimbing

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

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

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang” karya Fairuz In’ Amil Arsyad 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 Setiowidyo, 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 Endrián K, S.Kep., M.Kep.
NRP 760016846

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



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

Gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.
(*Description of response time and triage duration in emergency departement
RSUD Kota Malang*).

Fairuz In' Amil Arsyad

Faculty of Nursing , University of Jember

ABSTRACT

Response Time is the speed of response times or handling time which starts from the patient comes to the emergency department to patients getting early action due to health problems. The success of the response time is affected by the speed of the health workers and the quality of actions since in the scene to get first aid. This research aims to know the description of the response time and long triage. The design of this study uses observations with descriptive. The population in this study are all health care personnel who are (keep your shift). Sampling technique using total sampling with the amount of all health provider who are guard. Data collecting tool was used, namely the observation sheet. The results of the research done indicates that the average response time on the morning shift (110,4 seconds), day shift (140,9 seconds), and the night shift (94,3 seconds). While the average triage duration on the morning shift (99 seconds), day shift (112,5 seconds), and the night shift (77,8 seconds). Handling rapid response time will have an impact on patients, the faster response time of the patients also helped his life from death. Emergency department RSUD Kota Malang has a speed of response time and triage duration can be said according to standards of service quality of the hospital.

Keyword: Emergency department, Response time, Triage duration

RINGKASAN

Gambaran *Response Time* dan Lama *Triage* di IGD RSUD Kota Malang; Fairuz In' Amil Arsyad, 172310101227, 2019: xviii dan 100 halaman; 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. Keberhasilan *response time* dipengaruhi oleh kecepatan petugas kesehatan dan kualitas tindakan sejak di tempat kejadian hingga mendapatkan pertolongan pertama. Tujuan dari penanganan awal ini untuk menyelamatkan nyawa serta mencegah cedera pada pasien. Tenaga kesehatan mempunyai standar pelayanan IGD di rumah sakit hanya dalam waktu <5 menit sejak kedatangan pasien sampai dilakukannya tindakan *triage*. Pentingnya waktu tanggap dan kualitas tindakan yang dilakukan juga berlaku pada seluruh pasien tidak terkecuali pasien dengan keadaan darurat. Apabila melebihi standar pelayanan akan berakibat fatal pada keadaan pasien seperti kerusakan organ-organ tubuh dan kematian yang disebabkan oleh cedera.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang. Desain penelitian yang digunakan adalah observasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan yang sedang (shift jaga) pagi, siang, malam di IGD RSUD Kota Malang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling dengan jumlah semua tenaga kesehatan yang sedang shift jaga pagi, siang malam. Alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar observasi *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa rata-rata *response time* di IGD RSUD Kota Malang pada shift pagi adalah 110,4 detik (1 menit 50 detik), shift siang adalah 140,9 detik (2 menit 21) dan shift malam 94,3 detik (1 menit 31 detik) sedangkan rata-rata lama *triage* (shift pagi) adalah 99 detik (1 menit 39 detik) shift siang adalah 112,5 detik (1,52 menit), dan shift malam adalah 77,8 detik (1 menit 17 detik). Sehingga rata-rata *response time* dan lama *triage* dikatakan sesuai standart karena waktu yang di peroleh <5 menit.

Kecepatan penanganan *response time* dan lama *triage* harus segera dilakukan saat pasien datang ke IGD. Semakin cepat *response time* rumah sakit tersebut maka semakin baik pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut. IGD RSUD Kota Malang memiliki kecepatan *response time* dan lama *triage* yang dapat dikatakan sesuai standart pelayanan mutu rumah sakit.

PRAKATA

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

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

6. Ns. Wantiyah, M.Kep., selaku pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan dukungan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. Atri wilujeng, Dimas ferdian dan teman teman pasukan DPU Ns. Baskoro yang selalu membantu dan saling mendukung untuk mengerjakan skripsi;
8. Teman-teman Alih Jenis Fkep 2017 yang telah memberikan dukungan
9. Semua pihak yang membantu dalam penyelesaian proposal skripsi ini.

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

Jember, 25 Januari 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBING.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
RINGKASAN.....	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan	6
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Keperawatan.....	6
1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)	9

2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat.....	9
2.1.2 Persyaratan Sarana Ruang IGD.....	10
2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.....	11
2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.....	12
2.2 Waktu Tanggap (<i>Response Time</i>).....	14
2.2.1 Pengertian <i>Response Time</i>	14
2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi <i>Response Time</i>	15
2.3 Triage (<i>Triage</i>).....	16
2.3.1 Pengertian Triage.....	16
2.3.2 Penanganan Triage.....	17
2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Triage.....	26
2.3.4 Jenis Keadaan Triage.....	27
2.4 Kerangka Teori.....	45
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	46
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	47
4.1 Desain Penelitian.....	47
4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian.....	47
4.2.1 Populasi Penelitian.....	47
4.2.2 Sampel Penelitian.....	47
4.2.3 Teknik Penelitian.....	48
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	48
4.3 Lokasi Penelitian.....	49
4.4 Waktu Penelitian.....	49
4.5 Definisi Operasional.....	51
4.6 Pengumpulan Data.....	52
4.6.1 Sumber Data.....	52
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	52
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	53
4.7 Pengolahan Data.....	53
4.7.1 <i>Editing</i>	53
4.7.2 <i>Coding</i>	53

4.7.3 <i>Entry Data</i>	54
4.7.4 <i>Cleaning</i>	54
4.8 Analisa Data	55
4.9 Etika Penelitian	55
4.9.1 Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	55
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	55
4.9.3 Keadilan (<i>Justice</i>)	56
4.9.4 Kemanfaatan (<i>Beneficence</i>)	56
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	57
5.1 Hasil Penelitian	58
5.1.1 Karakteristik Responden	58
5.1.2 <i>Response time</i> dan lama <i>Triage</i> di IGD RSUD Kota Malang	60
5.2 Pembahasan	63
5.2.1 Karakteristik Responden.....	63
5.2.2 <i>Response time</i> di IGD RSUD Kota Malang	66
5.2.3 Lama <i>triage</i> di IGD RSUD Kota Malang.....	70
5.3 Keterbatasan Penelitian	74
5.4 Implikasi Keperawatan	74
BAB 6 PENUTUP	75
6.1 Kesimpulan	75
6.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	83

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	8
2.1 <i>Key Performance</i> Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit	13
2.2 Tindakan Penyelamatan Hidup	29
2.3 <i>AVPU Level</i>	30
2.4 Kebutuhan Sumberdaya Pada <i>ESI</i> Level 3,4,5.....	42
4.1 <i>Timeline</i> penelitian	50
4.2 Definisi Operasional.....	51
5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur.....	58
5.2 Rata-rata <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> di IGD RSUD Kota Malang.....	61

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Logaritma Proses Triase <i>ESI</i>	28
2.2 Logaritma Triase <i>ESI</i> Level 2	31
2.3 Logaritma Triase <i>ESI</i> dengan sumber daya	40
2.4 Kerangka Teori Penelitian.....	45
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	46
5.1 Diagram Karakteritik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	59
5.2 Diagram Karakteritik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir.....	59
5.3 Diagram Karakteritik Responden Berdasarkan Riwayat Bekerja	60

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	84
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	85
Lampiran 3. Lembar karakteristik responden.....	86
Lampiran 4. Lembar Observasi <i>Response Time</i> dan lama <i>Triage</i>	87
Lampiran 5. Lembar SOP perhitungan <i>response time</i> dan lama <i>triage</i>	88
Lampiran 6. Analisa Data.....	89
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian.....	92
Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	93
Lampiran 9. Dokumentasi.....	94
Lampiran 10. Denah IGD RSUD Kota Malang.....	96
Lampiran 10. Lembar Bimbingan DPU dan DPA.....	97

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian dari rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien gawat darurat, sehingga saat pasien mengalami masalah kesehatan segera mendapatkan pertolongan pertama (UU No. 44, 2009). IGD menyediakan penanganan pertama bagi pasien yang menderita sakit dan cedera. Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit sangat membutuhkan pertolongan yang cepat, agar tidak terjadi cedera yang lebih parah maupun kematian. Oleh karena itu dibutuhkan penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan tepat dalam melakukan penanganan pertama (Kemenkes RI, 2009)

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). Keberhasilan *response time* dipengaruhi oleh kecepatan petugas kesehatan dan kualitas tindakan sejak di tempat kejadian hingga mendapatkan pertolongan pertama. Tujuan dari penanganan awal ini untuk menyelamatkan nyawa serta mencegah cedera pada pasien.

Penanganan gawat darurat mempunyai visi *Time Saving it's Live Saving*, artinya waktu adalah nyawa serta mempunyai makna bahwa seluruh kegiatan dan penanganan tindakan yang dilakukan pada keadaan gawat darurat harus benar-benar efektif dan efisien. Penanganan yang efektif dan efisien akan sangat

berpengaruh pada kondisi pasien terutama pada sistem pernafasan dan sirkulasi. Kedua sistem ini merupakan komponen utama tubuh yang berfungsi penting dalam mempertahankan hidup pasien. Jika terjadi gangguan pada salah satu fungsi sistemnya maka akan berdampak fatal bahkan dapat mengakibatkan kehilangan nyawa.

Menurut Kemenkes RI (2008), dokter maupun perawat mempunyai standar pelayanan IGD di rumah sakit hanya dalam waktu <5 menit sejak kedatangan pasien sampai dilakukannya tindakan *triage*. Pentingnya waktu tanggap dan kualitas tindakan yang dilakukan juga berlaku pada seluruh pasien tidak terkecuali pasien dengan keadaan darurat (Wilde, 2012). Apabila melebihi standar pelayanan akan berakibat fatal pada keadaan pasien seperti kerusakan organ-organ tubuh dan kematian yang disebabkan oleh cedera. Kematian ada dua macam, mati klinis dan mati biologis. Mati klinis sendiri terjadi apabila henti nafas dan henti nadi terjadi secara bersamaan dalam selang waktu 6-8 menit, sedangkan mati biologis terjadi akibat kematian sel-sel pada otak dan berlangsung pada 6-8 menit setelah berhentinya sistem pernafasan penderita (Musliha, 2010).

Waktu tanggap dan kualitas tindakan perlu diterapkan dalam penanganan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien IGD. Masalah yang sering dialami saat pasien datang di ruang IGD adalah seperti trauma dan cedera. Di Inggris dalam sehari, rata-rata 40 orang datang ke IGD. Tercatat sebanyak 41 juta kasus kegawatdaruratan dalam periode tahun 2010 hingga 2013 di Inggris (Blunt, 2014). Berdasarkan 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,

2014). Jumlah pelayanan gawat darurat rumah sakit Umum di Jawa Timur sebanyak 242 rumah sakit dari 274 rumah sakit Umum di Jawa Timur (88,32 %), pelayanan gawat darurat di Rumah sakit khusus 78 dari 103 rumah sakit khusus dengan jumlah kunjungan 1.816.699. kasus di Jawa Timur (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017). Data kunjungan IGD RSUD Kota Malang pada bulan januari sampai oktober 2018 adalah sebanyak 6187 kasus (data rekam medis RSUD Kota Malang, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa tingginya kasus yang terjadi ruang IGD maka dibutuhkan penanganan *respon time* yang cepat dan tanggap.

Berdasarkan penelitian Maatilu dkk (2014), *response time* perawat dalam penanganan kasus gawat darurat di IGD RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar perawat yang ada di IGD memiliki *response time* lebih dari 5 menit yaitu sebanyak 17 (56.7%) responden , hasil tersebut membuktikan bahwa rata-rata *response time* dikategorikan lambat karena lebih dari 5 menit. Sedangkan keberhasilan *response time* sangat bergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau meminimalkan tingkat cedera. Pada penelitian Pisu dkk (2015) hubungan *Response Time* perawat dengan kepuasan pasien di instalasi gawat darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan bahwa Responden terbanyak adalah perawat yang melakukan *Response Time* cepat ≤ 5 menit dan pasien merasa puas sebanyak 19 orang (51,4%).

Penanganan *Response Time* cepat akan bermanfaat untuk segera dilakukan tindakan selanjutnya yaitu *Triage*. Tindakan *Triage* adalah adalah pemilihan atau

menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan awalnya (Kathleen *et al*, 2008). Penelitian dari Khairina *et al* (2018) Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan perawat dalam ketepatan triase di Kota Padang menunjukkan bahwa pengambilan hasil keputusan mengenai triase yang dilakukan oleh perawat triase sangat ditentukan oleh tingkat pengetahuan triase. Banyak cara yang dapat dilakukan untuk meningkat pengetahuan perawat *triage*, contohnya pedoman, algoritma *triage*, pelatihan, kaderisasi telah terbukti dapat meningkatkan pengetahuan triase. Ketidaktepatan tentang penanganan *triage* dapat beresiko menurunnya angka keselamatan pasien dan kualitas dari layanan kesehatan. Penilaian yang dikategorikan ke *undertriage* memiliki dampak langsung ke waktu tunggu pasien dan penurunan angka keselamatan pasien (Ekins *et al*, 2015).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Malang, terdapat 15 rumah sakit dengan type A, B, C, D. RSUD Kota Malang adalah rumah sakit pemerintah milik kota Malang yang dinaungi oleh Pemprov Jawa Timur. Di era modern saat ini perkembangan sektor jasa semakin menunjukkan peningkatan yang signifikan, sektor jasa sangat berpengaruh bagi pertumbuhan ekonomi dan tidak kalah dibandingkan dengan sektor lainnya. Oleh karena itu peningkatan kualitas sistem pelayanan industri jasa harus selalu dilakukan untuk menciptakan keunggulannya dan mampu berdaya saing (Utama dkk, 2013). RSUD Kota Malang sebagai unit pelayanan kesehatan yang mempunyai mekanisme pelayanan IGD sebagai berikut, pasien datang, keluarga mendaftar pada bagian admistrasi, tenaga kesehatan melakukan tindakan medis sesuai dengan keluhan, selanjutnya dilakukan

pemeriksaan penunjang bila di butuhkan, setelah itu keluarga pasien mengambil obat sesuai resep dokter, dan terakhir keputusan pasien untuk di rawat/ pulang. Dengan catatan memprioritaskan pada penanganan pertama pasien dan pendaftaran dapat dilakukan secara bersamaan dengan pemberian tindakan.

Belum ada penelitian yang spesifik tentang jumlah kunjungan IGD dan penelitian tentang *response time* dan penanganan *triage* di RSUD Kota Malang. Berdasarkan dari penjelasan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik tenaga kesehatan di IGD RSUD Kota Malang.
2. Mengetahui penanganan *response time* di IGD RSUD Kota Malang.
3. Mengetahui penanganan lama *triage* di IGD RSUD Kota -Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Mengetahui gambaran *response time* dan lama *triage* perawat di IGD RSUD Kota Malang sehingga menambah wawasan dan pengalaman baru bagi peneliti untuk bisa menambah kajian penelitian terkait *response time* dan menjadikan inspirasi penelitian pada perapan ilmu di kehidupan sehari-hari.

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai tambahan pustaka agar institusi mampu memunculkan penelitian baru yang dapat mendukung proses dari penelitian-penelitian sebelumnya. Selain itu untuk mewujudkan tridarma perguruan tinggi khususnya dalam bidang penelitian.

1.4.3 Bagi Instansi 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.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini diharapkan berguna bagi masyarakat dalam menambah wawasan terutama pasien yang masuk ke rumah sakit agar pasien mengerti waktu tanggap tindakan triase di rumah sakit tersebut.

1.5 Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang mendukung dalam proses penyusunan penelitian ini. Salah satunya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Dwi Surtiningsih tahun 2016 dengan judul penerapan *response time* perawat dalam pelaksanaan penentuan prioritas penanganan kegawatdaruratan pada pasien kecelakaan di IGD RSD Balung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan *response time* perawat dalam pelaksanaan penentuan prioritas penanganan kegawatdaruratan pada pasien kecelakaan di IGD RSD Balung. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian survey analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilakukan dengan menggunakan teknik pengambilan sample *purposive sampling*. Analisis dilakukan dengan menggunakan uji statistik *chi-square*. Hasil dari penelitian ini yaitu *response time* perawat sebagian besar penanganannya 0 menit yaitu sebanyak 18 responden (60,0%). Penanganan 2 menit sebanyak 4 responden (13,3%), Penanganan 5 menit sebanyak 4 responden 13,3 (13,3), penanganan 10 menit sebanyak 2 responden (6,7%), penanganan 20 menit 1 responden (3,3%), penanganan 30 menit 1 responden (3,3%).). Pada penelitian sekarang menggunakan variabel independent yaitu gambaran *response time* dan lama *triage* perawat di IGD. Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling*. Alat ukur penelitian menggunakan observasi. Untuk mengukur *response time triage* perawat menggunakan rentang waktu tanggap tindakan saat pasien masuk ke IGD . Untuk lebih jelasnya bisa dilihat dalam tabel 1.1.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Penerapan <i>response time</i> perawat dalam pelaksanaan penentuan prioritas penanganan kegawatdaruratan pada pasien kecelakaan	Gambaran <i>Response Time</i> dan Lama <i>Triage</i>
Tempat Penelitian	IGD RSD Balung	RSUD Kota Malang
Tahun Penelitian	2016	2018
Peneliti	Dewi Surtiningsih	Fairuz In' Amil Arsyad
Variabel Dependen	Penanganan kegawatdaruratan pada pasien kecelakaan	<i>Response time</i> dan lama <i>triage</i>
Variabel Independen	Penerapan <i>response time</i> perawat	
Desain Penelitian	Kuantitatif	Kuantitatif
Sampling	<i>Purposive sampling</i>	<i>Total Sampling</i>
Instrumen Penelitian	Lembar Observasi	Lembar Observasi

BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat

IGD atau Instalasi Gawat Darurat, adalah tempat pelayanan untuk orang yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut (UU No 44, 2009). IGD merupakan unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin yang terpisah dari unit lain dan memberikan pelayanan kesehatan pasien gawat darurat selama 24 jam secara terus menerus dan berkesinambungan (Sosroatmodjo, 2009). IGD adalah unit pelayanan yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi, berada di bawah pembinaan Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik dan berkoordinasi dengan Seksi Keperawatan dalam hal SDM keperawatan dan asuhan keperawatan di IGD serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit melalui Kepala Seksi Pelayanan dan Penunjang Medik (RSIA Kota Bandung, 2014). Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam (Kemenkes RI, 2009) untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen Pemerintah Daerah untuk membantu Pemerintah Pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD.

2.1.2 Persyaratan sarana ruang IGD

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

a. Persyaratan Fisik Bangunan :

- 1) Luas bangunan ruang IGD disesuaikan dengan beban kerja RS yang memperhitungkan bila terjadi bencana massal
- 2) Lokasi gedung IGD harus berada dibagian depan RS, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda yang jelas
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Memiliki area khusus parkir ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban RS)
- 6) Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar, dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan RS.
- 7) Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD.
- 8) Ruang triase harus tersedia 2 (dua) brankar atau lebih.
- 9) Tersedia ruang tunggu untuk keluarga pasien IGD.

10) Apotik IGD yang buka 24 jam.

11) Tersedia ruang istirahat bagi petugas shift IGD (dokter dan perawat).

b. Persyaratan sarana

1) Ruang penerimaan terdiri dari ruang tunggu, ruang administrasi, ruang triase, ruang informasi dan komunikasi

2) Ruang tindakan terdiri dari ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, ruang non bedah, ruang anak, ruang kebidanan.

3) Ruang operasi.

2.1.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pasien yang datang ke IGD rumah sakit pastinya membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya suatu standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat tercapai antara lain dengan meningkatkan mutu, sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit sesuai dengan standar. Berdasarkan (Kemenkes RI, 2009), Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

a. Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat

b. Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).

c. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam

seminggu.

- d. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- e. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat
- f. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- g. 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.
- h. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya.

2.1.4 Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

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

(KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut

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

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan menangani life Saving	
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang berssertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	24 Jam
	Kesediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu Tim
	Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat	≤ 5 Menit setelah pasien datang
	Kepuasan Pelanggan	$\geq 70\%$
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian pasien ≤ 24 jam	\leq dua per seribu (Pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

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

2.2 Waktu Tanggap (*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) Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Waktu tanggap adalah waktu dari saat penerima panggilan telepon sampai unit operasional tiba di lokasi kejadian yang membutuhkan penanganan (Jaldell et al., 2014).

Sesuai dengan peraturan Kemenkes RI, (2008) Dokter maupun perawat mempunyai standart pelayanan IGD di rumah sakit hanya dalam waktu <5 menit sejak awal kedatangan pasien tersebut. Semua pasien di IGD yang mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan professional dalam 5 menit dari kedatangan (Rochana et al., 2016). Hal tersebut berakibat fatal apabila tidak segera mendapatkan pertolongan maupun penanganan awal, bisa berpeluang terjadi kematian atau pun kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya.

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. pendapat 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.

2.2.2 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi *Response Time*

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai dengan standar (Kepmenkes, 2009).

Maryuani *et al.*, (2009), mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi *Response Time Triage* di ruang gawat darurat, yaitu kondisi seringkali tidak terprediksi baik keadaan pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi diantara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat. Terdapat juga penelitian yang dilakukan oleh Mahrur *et al* (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.

Penelitian Zavareh *et al.*, (2018) kurangnya pengetahuan tentang kondisi gawat darurat dan orang awam yang mengantar pasien ke IGD mempengaruhi *response time* saat pasien datang ke rumah sakit. Keterampilan perawat (*Soft skill*) perawat, beban kerja perawat merupakan faktor yang mempengaruhi *response time* dalam penelitian (Mahrur *et al.*, 2016). Tingginya kualitas pendidikan seseorang serta usia yang mempengaruhi seseorang merespon apa yang di peroleh selama menempuh pendidikan, dan lama kerja perawat selama menangani keadaan pasien juga mempengaruhi *response time* di IGD (Said, 2018). Menurut Penelitian Setyawan dkk (2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *Response Time* adalah Usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan, dan peran pengetahuan tenaga kesehatan.

2.3 Triase (*Triage*)

2.3.1 Pengertian *Triage*

Triase adalah proses pengambilan keputusan yang kompleks dalam rangka menentukan pasien mana yang berisiko meninggal, berisiko mengalami kecacatan, atau berisiko memburuk keadaan klinisnya apabila tidak mendapatkan penanganan medis segera, dan pasien mana yang dapat dengan aman menunggu. Berdasarkan definisi ini, proses triase diharapkan mampu menentukan kondisi pasien yang memang gawat darurat, dan kondisi yang berisiko gawat darurat (Habib *et al.*, 2016). Triase juga disebut sebagai tindakan pemilahan berdasarkan

kebutuhan terapi yang akan di peroleh penderita tersebut (Musliha, 2010). Kathleen *et al.*, (2008) berpendapat triase adalah tindakan memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan awalnya.

2.3.2 Penanganan *Triage*

Standart waktu yang digunakan untuk pengkajian awal *triage* adalah 2-5 menit untuk pasien dewasa dan pada pasien pediatrik selama kerang lebih 7 menit (Kathleen *et al.*, 2008). Standart tersebut akan berkurang bila tidak dilakukan observasi tanda tanda vital secara nyata. Penanganan pertama pada tindakan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat menurut Ramenofsky *et al* (2012) mempunyai urutan prosedur sebagai berikut :

a. *Primary survey*

Pasien dinilai untuk memprioritaskan perawatannya, bisa dilihat berdasarkan bentuk cedera, tanda-tanda vital, dan mekanisme cedera. Manajemen terdiri dari survei primer yang cepat, resusitasi fungsi vital, survei sekunder yang lebih. Proses ini merupakan ABCDE traumadan identifikasi kondisi yang mengancam jiwa dengan mengikutike urutan berikut sebagai berikut :

1. *Airway*

Airway adalah jalan napas merupakan perawatan saluran napas dengan perlindungan leher dan tulang belakang. Setelah evaluasi awal pasien trauma, jalan napas harus dinilai terlebih dahulu untuk memastikan kepatenannya. Penilaian untuk tanda-tanda obstruksi saluran napas harus termasuk penyedotan bila ada benda asing. Fraktur

wajah, mandibula, atau trakea / laryngeal yang dapat menyebabkan obstruksi saluran napas. Langkah-langkah untuk membuka jalan napas secara paten harus berhati-hati dengan melindungi tulang belakang dan leher. Bila mengorok lakukan *chin lift/ jawtrust* atau dorong rahang manuever disusul dengan pemasangan pipa naso faringeal atau oro faringeal untuk mencapai kepatenan jalan napas. Bila ada cairan lakukan *suction/ penyedotan* (PPNI Jatim, 2018)

Sementara menilai dan membuka jalan napas pasien, harus berhati-hati melakukannya untuk mencegah gerakan yang berlebihan pada tulang belakang dan leher. Kepala dan leher pasien tidak boleh *hyperextended, hyperflexed*, atau diputar untuk membuka dan mempertahankan jalan napas.

2. *Breathing and Ventilation*

Nafas dan Sirkulasi Patensi jalan napas saja tidak menjamin ventilasi yang memadai. Ventilasi membutuhkan fungsi paru-paru yang memadai, dada dinding, dan diafragma. Hal yang dilakukan :

- a. Nilai apakah breathing baik (look, listen feel)
- b. Ventilasi tambahan apabila breathing tidak adekuat
- c. Selalu berikan oksigen

Pada pemeriksaan fisik dilakukan :

- a. Inspeksi, dada penderita harus dibuka dan dilihat apakah ada luka terbuka, jejas dan ekspansi gerak ke dua paru.
- b. Auskultasi, dilakukan untuk masuknya udara ke paru dan dengarkan

suara jantung.

- c. Perkusi, dilakukan untuk menilai adanya udara (*hipersonor*). Atau darah (*dull*) dalam tongga pleura.
- d. Palpasi adanya tanda tanda faktor.

Palpasi dari *thorax* juga dapat mengidentifikasi kelainan tension pneumothorax, flail chest, hemothorax, dan pneumotoraks terbuka. Cedera ini harus diidentifikasi selama survei primer dan mungkin memerlukan perhatian segera agar upaya ventilasi menjadi efektif.

3. *Circulation with hemorrhage control*

Sirkulasi dengan kontrol perdarahan dimana curah jantung hemoragi adalah penyebab utama kematian setelah cedera. Penilaian cepat dan akurat dari hemodinamik pasien yang cedera sangat penting. Ada 2 penemuan klinis yang dapat memberikan informasi mengenai keadaan hemodinamik penderita, yakni :

- a. Akral kulit, normalnya hangat, kering dan berwarna *pink* . jika dirasa telapak tangan penderita dingin, basah, dan pucat maka itu tanda syok.
- b. Denyut nadi, yang mudah diakses adalah arteri radialis, femoralis atau karotis), harus dinilai untuk kualitas tingkat dan keteraturan.

Bleding, Sumber perdarahan harus diidentifikasi secara eksternal atau internal. Pendarahan eksternal diidentifikasi dan dikendalikan selama survei primer. Cepat, eksternal kehilangan darah dikelola oleh tekanan manual langsung pada luka. Daerah utama pendarahan internal adalah dada, perut, retroperitoneum, panggul, dan panjang tulang.

Sumber perdarahan biasanya diidentifikasi dengan pemeriksaan fisik (misalnya, rontgen dada, panggul, atau sonografi penilaian terfokus dalam trauma .

4. *Disability (Neurologic Evaluation)*

Evaluasi neurologis cepat dilakukan di bagian akhir dari survey primer. Evaluasi neurologis ini ditetapkan tingkat kesadaran pasien, pupil, ukuran dan reaksi, tanda-tanda lateralisasi, dan sumsum tulang belakang, tingkat cedera. GCS adalah metode cepat dan sederhana untuk menentukan tingkat kesadaran yang bersifat prediksi hasil pasien, terutama motor terbaik tanggapan. Penurunan tingkat kesadaran mungkin menunjukkan penurunan oksigenasi serebral dan / atau perfusi, atau mungkin disebabkan oleh cedera otak langsung. Tingkat kesadaran yang berubah menunjukkan kebutuhan untuk reevaluasi segera dari oksigenasi pasien, ventilasi, dan status perfusi.

5. *Exposure and Environmental control*

Pasien harus benar-benar tidak berpakaian, biasanya dengan memotong pakaiannya untuk memfasilitasi pemeriksaan dan penilaian menyeluruh. Setelah pakaian pasien dilepas dan penilaian selesai, pasien harus tertutup dengan hangat selimut atau perangkat pemanasan eksternal untuk mencegah hipotermia di daerah penerima trauma. Intravena cairan harus dihangatkan sebelum diinfus, dan letakkan di lingkungan yang hangat (yaitu, suhu kamar) seharusnya terawat.

b. *Secondary survey*

Survei sekunder tidak dimulai ketika ada personel tambahan tersedia, bagian dari survei sekunder dapat dilakukan sementara personel lainnya hadir di *primary survei*. Dalam pengaturan ini konduksi survey sekunder tidak boleh mengganggu survei utama, yang mengambil prioritas pertama. Survei sekunder adalah evaluasi *head to toedari ujung* atas sampai ujung bawah pasien trauma, seperti :

1. Riwayat

Setiap penilaian medis lengkap termasuk riwayat mekanisme cedera. oleh karena itu, keluarga atau penolong pra-rumah sakit harus memberi keterangan guna untuk mendapatkan informasi yang dapat ditingkatkan pemahaman tentang fisiologis pasien. Contohnya seperti : Alergi Obat-obatan saat ini digunakan Penyakit masa lalu / Kehamilan Makanan terakhir Peristiwa / Lingkungan yang terkait dengan cedera.

2. Trauma tumpul

Trauma tumpul sering terjadi akibat tabrakan mobil, jatuh, dan cedera lain yang terkait dengan transportasi, rekreasi, dan pekerjaan. Informasi penting untuk memperoleh tentang mobil tabrakan termasuk penggunaan sabuk pengaman, deformasi roda kemudi, arah dampak, kerusakan pada mobil. Ejeksi dari kendaraan sangat meningkatkan kemungkinan cedera besar.

3. Trauma tembus

Insiden trauma tembus (misalnya, cedera dari senjata api, penusukan, dan penyalaan) meningkat. Faktor yang menentukan jenis dan luasnya

cedera, organ-organ dalam jalur objek yang tertembus, dan kecepatan dari misil.

4. Cedera termal

Luka bakar adalah jenis trauma yang signifikan yang dapat terjadi akibat dari mobil yang terbakar, ledakan, puing jatuh, dan upaya pasien kabur dari api. Cedera inhalasi dan karbon monoksida keracunan sering menyulitkan luka bakar. Karena itu, itu Penting untuk mengetahui keadaan luka bakar cedera, seperti lingkungan di mana luka bakar terjadi (ruang terbuka atau tertutup).

5. Lingkungan berbahaya

Riwayat paparan bahan kimia, racun, dan radiasi penting untuk mendapatkan karena dua alasan utama: pertama, agen-agen ini dapat memperburuk bagian dari paru-paru, jantung, dan disfungsi organ internal pada pasien yang cedera.

6. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Survei sekunder dimulai dengan mengevaluasi kepala dan mengidentifikasi semua cedera neurologis terkait dan cedera signifikan lainnya. Seluruh kulit kepala dan kepala harus diperiksa untuk laserasi, kontusio, dan bukti patah tulang. Karena edema di sekitar mata nantinya dapat menghalangi pemeriksaan mendalam, mata harus dievaluasi kembali untuk:

1. Ketajaman visual

2. Ukuran pupil
 3. Perdarahan konjungtiva dan / atau fundus
 4. Menembus cedera
 5. Lensa kontak (hapus sebelum edema terjadi)
 6. Dislokasi lensa
- b. Struktur Maksilofasial

Pemeriksaan wajah harus mencakup palpasi semua struktur tulang, penilaian oklusi, pemeriksaan intraoral, dan penilaian jaringan lunak. Trauma maksilofasial yang tidak terkait dengan obstruksi jalan napas atau pendarahan besar harus diobatisetelah pasien kondisinya stabil sepenuhnya dan cedera yang mengancam jiwa telah dikendalikan.

- c. Tulang belakang dan leher

Pasien dengan trauma maksilofasial atau kepala harus diduga memiliki cedera tulang belakang leher yang tidak stabil (misalnya, fraktur dan / atau cedera ligamen), dan leher seharusnya diimobilisasikan sampai semua aspek tulang belakang leher memiliki telah dipelajari secara memadai dan cedera telah dikeluarkan. Tidak adanya defisit neurologis tidak mengecualikan cedera ke tulang belakang leher, dan cedera seperti itu seharusnya diduga sampai radiografi tulang belakang lengkap serviks seri dan CT ditinjau oleh dokter berpengalaman mendeteksi fraktur tulang belakang leher secara radiografi. Pemeriksaan leher termasuk inspeksi, palpasi, dan

auskultasi. Ketegasan tulang belakang leher, emfisema subkutan, deviasi trakea, dan Fraktur laring dapat ditemukan pada pemeriksaan mendetail. Arteri karotid harus dipalpasi dan auskultasi dan bukti cedera tumpul harus dicatat.

d. Tulang dada

Evaluasi visual dari tulang dada, baik anterior dan posterior, dapat mengidentifikasi kondisi seperti pneumotoraks terbuka dan segmen besar flail. Evaluasi yang lengkap dari dinding dada membutuhkan palpasi seluruh dada kandang, termasuk klavikula, tulang rusuk, dan sternum. Tekanan pada tulang dada bisa menyakitkan jika sternum retak/ patah. Kontusio dan hematoma dari dinding dada harus mengingatkan dokter untuk kemungkinan cedera gaib.

e. Abdomen

Cedera pada perut harus diidentifikasi dan ditangani secara agresif. Diagnosis spesifik tidak sepenting mengenali bahwa ada cedera yang membutuhkan intervensi pembedahan.. Observasi yang ketat dan evaluasi ulang yang sering pada bagian perut, sebaiknya oleh pengamat yang sama, karena sangat penting dalam mengelola trauma perut akibat cedera tumpul. Keterlibatan awal seorang ahli bedah sangat penting. Pasien dengan hipotensi yang tidak dapat dijelaskan, neurologis cedera, gangguan sensorium sekunder akibat alkohol dan / atau obat lain,. Ultrasonografi perut, jika temuan hemodinamik

normal, CT abdomen.

f. Sistem muskuloskeletal

Ekstremitas harus diperiksa untuk kontusio dan kelainan bentuk. Palpasi tulang dan pemeriksaan untuk kelembutan dan bantuan gerakan abnormal diidentifikasi untuk penyebab fraktur. Fraktur pelvis dapat dicurigai oleh identifikasi ecchymosis atas sayap iliaka, pubis, labia, atau skrotum. Nyeri saat palpasi cincin panggul merupakan temuan penting pada pasien yang waspada. Mobilitas panggul sebagai respons terhadap anterior ke posterior yang lembut tekanan dengan tumit tangan di kedua anterior spina iliaka dan simfisis pubis.

Karena manipulasi seperti itu dapat memulai pendarahan yang tidak diinginkan, itu harus dilakukan hanya sekali (jika sama sekali), dan sebaiknya oleh ahli bedah ortopedi yang bertanggung jawab untuk pasien peduli Cedera mengganggu gerak aktif dari struktur yang terkena. Gangguan sensasi dan / atau hilangnya otot sukarela kekuatan kontraksi dapat disebabkan oleh cedera saraf atau iskemia, termasuk karena sindrom kompartemen.

g. Sistem Neurologis

Pemeriksaan neurologis komprehensif termasuk tidak hanya evaluasi motorik dan sensorik ekstremitas, tetapi evaluasi ulang tingkat kesadaran pasien dan ukuran pupil dan respons. Skor GCS memfasilitasi deteksi perubahan awal di status neurologis Konsultasi

dini dengan seorang ahli bedah saraf diperlukan untuk pasien dengan cedera kepala. Pasien harus dipantau sering untuk penurunan tingkat kesadaran dan perubahan dalam pemeriksaan neurologis, seperti temuan ini dapat mencerminkan memburuknya intracranial cedera. Jika seorang pasien dengan cedera kepala memburuk secara neurologis, oksigenasi dan perfusi.

2.3.3 Faktor faktor yang mempengaruhi *Triage*.

Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi lama triase dan prioritas perawatan adalah tingkat keparahan cedera, nyawa korban yang dapat diselamatkan, dan sumber daya yang tersedia (Ramenofsky *et al.*, 2012). menurut Jimenez dalam habib *et al* (2016) mengevaluasi penerapan CTAS di unit gawat darurat rumah sakit umum dan menunjukkan bahwa dari 32.261 kunjungan ke IGD, sebanyak 85% di triase membutuhkan waktu selama 10 menit, dan 98% pasien mengikuti prose triase dengan durasi kurang dari 5 menit.

Pada shift siang (periode sibuk hari) di mana jumlah pasien meningkat pada IGD tersebut. Perawat dengan pengalaman 5-10 tahun paling konsisten dalam menyelesaikan triase dalam *Australian College for Emergency Medicine* (ACEM) merekomendasikan 3-5 menit. Jangka waktu untuk triase terpendek untuk level 1, mengambil rata-rata 3 menit. Total waktu triase terpanjang untuk level 3 yaitu mengambil rata-rata 6 menit (*Health Policy Priorities Committee*, 2011).

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

(*Health Policy Priorities Commitee*, 2011). Pada penelitian Anderson *et al* (2006) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien.

Dalam penelitian Dadashzadeh A *et al* (2013) yang menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* adalah faktor personil yang meliputi keterampilan perawat (pengkajian), pendidikan dan pengalaman.

2.3.4 Jenis Keadaan *Triage*

Untuk membantu mengambil keputusan, dikembangkan suatu sistim penilaian kondisi medis dan klasifikasi keparahan dan kesegeraan pelayanan berdasarkan keputusan yang diambil dalam proses triase. Penilaian kondisi medis triase tidak hanya melibatkan komponen topangan hidup dasar yaitu jalan nafas (*airway*), pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi (*circulation*) atau disebut juga *ABC approach*. Adapun sistem *scoring* menurut musliha (2010) yang akan membantu dalam membedakan pemilihan triase yaitu :

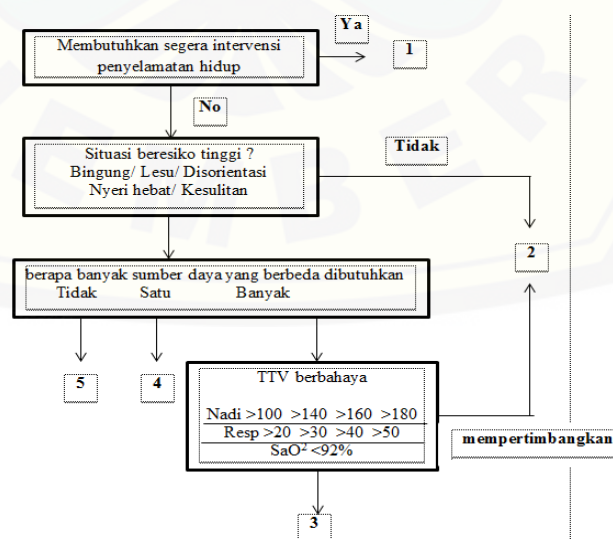
- a. Jumlah penderita dan beratnya perlakuan tidak melampaui kemampuan petugas. Dalam keadaan ini penderita mengalami maslah gawat darurat dan multi trauma yang akan di layani dan di berikan tindakn terlebih dahulu
- b. Jumlah penderita dan beratnya perlakuan petugas. Dalam keadaan ini akan di layani terlebih dahulu karena penderita dengan kemungkinan survival yang terbesar dan membutuhkan waktu, perlengkapan dan tenaga paling

sedikit.

Berbagai sistem triase mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Kathleen *et al* (2008) berpendapat tujuan triase adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan. Macam macam triase adalah sebagai berikut :

1) *Triage Emergency Severity Index (ESI)*

Indeks Keparahan Darurat (*ESI*) adalah algoritma triase dengan lima tingkat yang dikategorikan pasien gawat darurat dengan mengevaluasi keparahan pasien. 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.



Gambar 1.1 Logaritma proses triase *ESI*

ESI digunakan oleh perawat yang berpengalaman menggolongkan triase. Sistem triase ini terpisah dan komprehensif sering digunakan sebagai program pendidikan kegawatdaruratan. 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 Gilboy *et al* (2012) ada 5 pengkategorian dalam penanganan triase, adalah sebagai berikut :

a) *ESI* level 1

Pasien dengan *ESI* level 1 selalu datang ke IGD dengan kondisi yang tidak stabil. pasien tersebut dapat meninggal apabila 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 atau tidak. Bila jawabannya "Ya", proses triase selesai dan pasien secara otomatis diprioritaskan sebagai *ESI* level 1.

1. Intervensi penyelamatan penyelamatan hidup segera diperlukan

Tabel 2.2 Tabel tindakan penyelamatan hidup

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

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

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

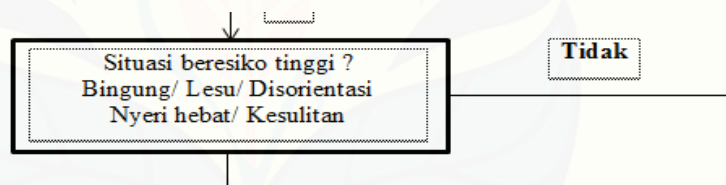
Tabel 2.3 AVPU level

	Tingkat kesadaran
A	Alert. Pasien waspada, bangun dan menanggapi suara. Pasien berorientasi ke waktu, tempat dan orang. Triase perawat mampu memperoleh subjektif informasi.
V	Verbal. Pasien menanggapi verbal rangsangan dengan membuka mata mereka kapan seseorang berbicara kepada mereka. Pasien itu tidak sepenuhnya berorientasi pada waktu, tempat, atau orang
P	Menyakitkan. Pasien tidak merespons suara, tetapi menanggapi stimulus yang menyakitkan, seperti menggenggam tangan atau menggosok sternal. Sebuah stimulus berbahaya diperlukan untuk mendapatkan jawaban.
U	Tidak responsif. Pasiennya nonverbal dan tidak merespons

bahkan ketika ada stimulus yang menyakitkan dirinya.

b) *ESI* level 2

Pasien level 2 *ESI* tidak bisa menunggu karena tergolong resiko tinggi, dan umumnya tindakan maupun pengobatan harus dimulai dengan cepat. Contohnya seperti perubahan kesadaran akut, nyeri 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. Triase *ESI* menyoroti pentingnya mengenali situasi resiko tinggi dan menggunakan keahlian dan pengalaman perawat triase untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi.



Gambar 2.2 Logaritma triase *ESI* level 2

1. Situasi dengan resiko tinggi

a. Nyeri perut dan gastrointestinal

Pasien dengan nyeri perut sering dianggap *ESI* level 3 di awal pengkajian 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 penyebab 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 BAB darah harus dipertimbangkan dan dievaluasi secara serius dalam konteks tanda-tanda vital. Tetapi pada pasien lansia yang memanggil ambulans karena muntah darah dan memiliki denyut jantung 117 dan pernapasan 24x/menit adalah berisiko tinggi dan memenuhi kriteria level 2 *ESI*.

b. Kardiovaskuler

Nyeri dada juga merupakan keluhan utama yang sangat umum dievaluasi di IGD, resiko terjadi akut sindrom koroner (*ACS*) tidak selalu spesifik, dan terkadang sulit untuk menentukan risiko *ACS* di triase. Pasien harus memiliki EKG agar dapat ditafsirkan bahwa pasien memenuhi kriteria level 2 *ESI*. Pasien yang mengalami sesak atau ketidaknyamanan dada dan epigastrium, dengan atau tanpa gejala yang menyertainya, akan membutuhkan tindakan EKG dengan cepat untuk menentukan keberadaan *ACS* dan perlu diidentifikasi sebagai *ESI* level 2 risiko tinggi.

c. Hidung dan Tenggorokan

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

d. Penyakit umum

Beberapa keluhan medis umum lainnya yang perlu dipertimbangkan untuk kemungkinan muncul keadaan berisiko tinggi. Seperti :

1. Ketoasidosis diabetik
2. Hiper/hipoglikemia
3. Sepsis
4. Keluhan sinkop atau sinkop dekat
5. 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 tidak dapat menyelesaikan dialisis karena memiliki berbagai gangguan elektrolit yang menempatkan masalah ini pada risiko tinggi. Laki-laki dengan torsi testis akan mengeluh sakit dengan nyeri, dan membutuhkan evaluasi cepat dan tindakan pembedahan selain kontrol nyeri yang cepat.

f. Kesehatan mental

Banyak pasien dengan masalah kesehatan mental dan tergolong berisiko tinggi karena mereka kemungkinan berbahaya baik untuk diri mereka sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Pasien yang mempunyai keinginan bunuh diri, ketergantungan obat-obatan, atau kekerasan dianggap berisiko tinggi. Pasien yang mabuk harus hati-hati dinilai untuk tanda-

tanda trauma atau perilaku kebiasaan penggunaan alkohol atau riwayat medis masa lalu, yang bisa tergolong *ESI* level 2.

g. Neurologis

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

h. Obstetri dan Ginekologi

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

i. Mata

Kondisi ini mungkin berhubungan dengan seorang yang mengalami keluhan kehilangan penglihatan. Yang meliputi:

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

5. Trauma signifikan

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

j. Ortopedi

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

k. Anak – anak

Tidak jarang bagi perawat 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. Ketoasidosis diabetik
4. Pelecehan seksual pada anak
5. Luka bakar
6. Trauma kepala
7. Tertelan dan overdosis bisa juga karena vitamin
8. Bayi berumur sebelum 30 hari dengan demam 38°C , atau lebih tinggi suhunya.

1. Pernafasan

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

m. Obat-obatan

Kebanyakan pasien yang datang dengan overdosis seharusnya dievaluasi dengan cepat serta berisiko .

n. Trauma

Kejadian trauma mungkin melibatkan cedera berisiko tinggi tetapi mungkin tidak langsung terlihat jelas. Mekanisme apa pun cedera yang menyebabkan risiko cedera 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. Misalnya, seorang pasien dengan trauma tergolong level 1, yang stabil tanda-tanda vital dan tidak ada keluhan, akan menjadi tingkat *ESI* 2, menjadi golongan 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 sangat sering menjadi keluhan utama. Anggota keluarga, teman, atau paramedis dapat mengetahui keadaan pasien saat di antar ke IGD. Pada titik keputusan B dari algoritma *ESI*, terjadinya kebingungan, kelesuan, atau disorientasi mengacu perubahan akut pada level kesadaran. Demensia kronis dan kronis kebingungan tidak memenuhi kriteria untuk *ESI* level 2. contoh

pasien yang mungkin memenuhi *ESI* level 2 kriterianya termasuk pasien dengan ketoasidosis diabetik, pasien yang mengalami episode psikotik akut, atau seorang dewasa yang sehat atau anak dengan kebingungan.

3. Pasien Mengalami sakit parah atau distress

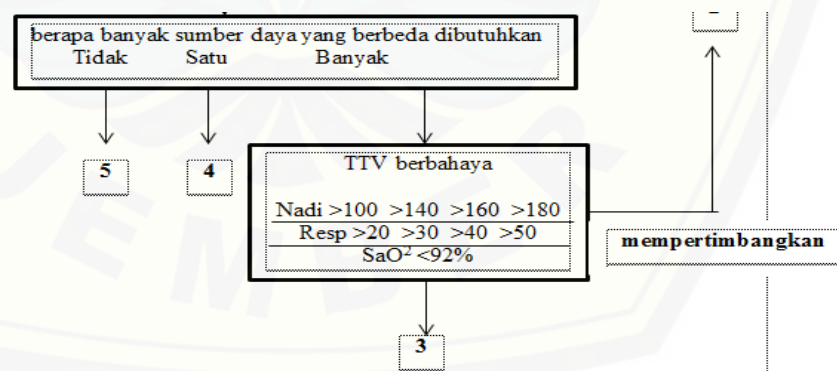
Rasa sakit pasien harus dinilai menjadi sakit parah atau kesusahan. Semua pasien yang mengalami kesakitan skala 7/10 atau lebih tinggi harus dipertimbangkan untuk memenuhi kriteria level 2 *ESI*. Perawat triase seharusnya menerapkan tindakan kenyamanan di triase termasuk elevasi, dan analgesik untuk mengurangi rasa sakit. Pasien-pasien ini harus diprioritaskan sebagai Level 2 *ESI* dan penempatan cepat harus difasilitasi sedapat mungkin. Singkatnya, perawat triase menilai tidak hanya Rating intensitas nyeri yang diberikan oleh pasien, tetapi juga keluhan utama, riwayat medis masa lalu, penampilan fisiologis pasien, dan apa Intervensi dapat diberikan pada triase untuk mengurangi rasa sakit, ketika menentukan kategori 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 30 tahun di nyeri akut krisis

4. Seorang pasien onkologi yang menjalani kemoterapi yang menderita sakit parah
5. Setiap ketebalan penuh atau ketebalan parsial yang akan terbakar membutuhkan kontrol nyeri segera
6. Wanita, dan lebih sering pria, dengan akut retensi urin.

c) *ESI* level 3, 4, 5

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



Gambar 2.3 Logaritma triase *ESI* dengan sumber daya

Pengalaman perawat triase dapat memprediksi banyak sumber daya yang dibutuhkan pasien. Perawat tidak dapat melakukan diskriminasi pada presentasi intensitas sumber daya rendah dengan

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

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

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

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

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

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

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

3) *Simple triage and rapid treatment* (START)

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

a) Triase Hijau.

Korban dengan luka yang relatif kecil, Status tidak akan memburuk selama sehari-hari, Mungkin dapat membantu dalam perawatan sendiri.

b) Triase Kuning (Tertunda).

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

c) Triase Merah (Segera).

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

d) Triase Hitam (Meninggal).

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

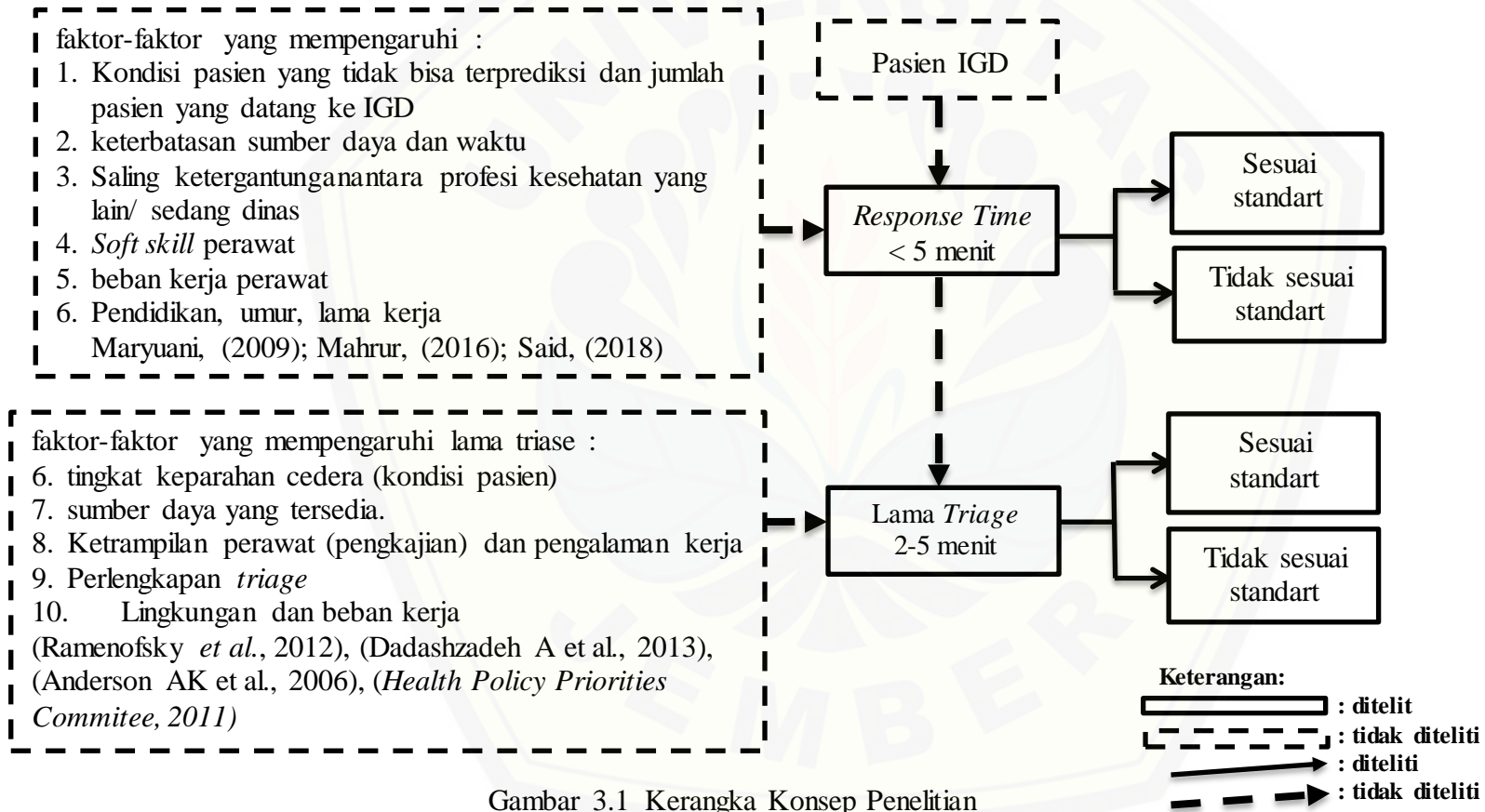
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori Penelitian

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

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

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah suatu wilayah generalisasi terdapat obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang dibuat acuan oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang sedang dinas (Shift jaga) pagi, siang, malam di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kota Malang yaitu 23 responden.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2017). Sampel pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan berjumlah 23 responden yang sedang melaksanakan shift di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kota Malang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan cara *Total sampling*. *Total sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan jumlah yang sama dengan populasi (Sugiyono, 2012). Alasan peneliti menggunakan teknik sampel *total sampling* adalah jumlah populasi yang kurang dari 100 sehingga seluruh populasi dijadikan sampel penelitian. Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah semua tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang sedang shift pagi, siang, dan malam.

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 (Notoadmojo, 2010), yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang diperlukan secara umum sebagai subjek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi penelitian ini adalah Tenaga kesehatan (Dokter dan Perawat) yang sedang dinas/Shift jaga di IGD RSUD Kota Malang.

b. Kriteria Eksklusi

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

1. Tenaga kesehatan yang tidak berpartisipasi dalam penelitian
2. Tenaga kesehatan yang libur/sakit/cuti
3. Tenaga kesehatan yang sedang pelatihan.

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kota Malang.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah dari bulan Agustus 2018– Januari 2019 yang dihitung dari pembuatan proposal sampai dengan publikasi penelitian. Data diambil dalam satu bulan, yaitu pada bulan desember.

Tabel 4.1 *Timeline* penelitian

No	Kegiatan	Bulan																											
		Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari			
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1.	Penetapan Judul	■																											
2.	Penyusunan Proposal		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
3.	Studi Pendahuluan						■	■	■	■	■	■																	
4.	Seminar Proposal										■	■	■	■															
5.	Revisi Proposal											■	■																
6.	Pelaksanaan Uji dan Reliabilitas														■	■													
7.	Pelaksanaan Penelitian																■	■	■	■	■	■	■	■					
8.	Pengolahan Data																		■	■	■	■	■	■					
9.	Analisa Data																				■	■	■	■	■				
10.	Penyusunan Laporan Hasil Penelitian																						■	■	■	■			
11.	Sidang hasil																						■	■	■	■	■		
12.	Publikasi Hasil Penelitian																												

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu proses perumusan atau pemberian arti makna berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2015). Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari satu variabel, yaitu gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang. Penjelasan definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel independen: <i>response time</i>	Kecepatan dalam memulai penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang di IGD sampai dimulainya tindakan awal <i>initial assesment</i>	< 5 menit	Lembar observasi <i>response time</i> disertai stopwatch	Ordinal	Standart = < 5 menit Tidak Standart = > 5 menit
Lama <i>Triage</i>	Kecepatan tindakan <i>triage</i> dimulai dari <i>initial assesment</i> sampai di tentukannya level <i>triage</i> .	< 5 menit	Lembar observasi lama <i>Triage</i> disertai stopwatch	Ordinal	Standart = < 5 menit Tidak Standart = > 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 (Notoadmojo, 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 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 Badan Kesatuan Bangsa Politik Kota Malang, kepala Dinas Kesehatan Kota Malang, pihak RSUD Kota Malang. Pengajuan surat tersebut guna untuk melakukan penelitian tentang gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.
- b. Peneliti menyerahkan surat ijin penelitian kepada direktur RSUD Kota Malang
- c. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada Badan Penelitian di RSUD Kota Malang.

- d. Peneliti menyerahkan surat izin penelitian kepada kepala ruang IGD untuk melakukan penelitian terhadap tenaga kesehatan di ruang IGD tentang *response time* dan lama *triage*.
- e. Peneliti menyerahkan lembar persetujuan *inform concent* kepada tenaga kesehatan (dokter dan perawat) yang berada di IGD dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
- f. Peneliti menjelaskan bahwa penelitian akan dilakukan selama satu bulan di mulai pada bulan november (Surtiningsih dkk, 2016).
- g. Peneliti melakukan observasi tentang *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.

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* dengan lembar *SOP* di lampiran 4.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing merupakan hasil dari wawancara, angket atau pengamatan dari responden yang dilakukan editing terlebih dahulu. Peneliti mengecek kelengkapan lembar observasi *response time* dan lama *triage*.

4.7.2 Coding

Coding merupakan cara memberikan kode atau mengecek ulang jawaban dari responden kedalam kategori tertentu. Kegiatan untuk merubah data

huruf menjadi data angka sehingga mudah dalam menganalisis (Notoatmodjo, 2010). Kode pada penelitian ini adalah:

a. Kecepatan *response time triage*

- 1) Sesuai Standart
- 2) Tidak Sesuai Standart

b. Ketepatan lama *trriage*

- 1) Sesuai Standart
- 2) Tidak Sesuai Standart

4.7.3 *Entry data*

Entry data merupakan proses memasukan data kedalam tabel yang dilakukan menggunakan program yang ada pada komputer (Setiadi, 2007). Proses pemasukan data pada penelitian ini yaitu menggunakan SPSS versi 22 *for windows*.

4.7.4 *Cleaning*

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

4.8 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis univariat ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat bergantung dari jenis data yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2017). Dalam penelitian ini akan menyajikan data dalam bentuk diagram pie dan presentase dari hasil *response time* dan lama *triage*.

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti sebelum melakukan penelitian memberikan *informed consent* kepada responden (Notoatmodjo, 2012). Responden pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang sedang dinas/ shift jaga di IGD RSUD Kota Malang. 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 (Notoatmodjo, 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 (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini, peneliti harus memperlakukan semua responden dengan sama atau adil sebelum, selama, dan pada saat penelitian.

4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficence*)

Penelitian ini, peneliti berusaha mendapatkan manfaat semaksimal mungkin untuk masyarakat dan meminimalkan dampak yang dapat merugikan bagi responden (Notoatmojo, 2012). Peneliti pada penelitian ini bermanfaat sebagai masukan untuk RSUD Kota Malang untuk memperbaiki pelayanan di IGD.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab lima, kesimpulan yang didapat sebagai berikut:

- a. Rata-rata usia responden di IGD RSUD Kota Malang adalah 29,13. Responden terbanyak adalah laki-laki dengan jumlah 69,57%. Pendidikan terakhir terbanyak yaitu DIII Keperawatan dengan jumlah 14 orang (60,87%). Riwayat bekerja responden terlama yaitu 4 tahun sebanyak 11 orang (47,8%).
- b. Rata-rata *response time* di IGD RSUD Kota Malang adalah sesuai standart karena < 5 menit yaitu 120,9 detik (2 menit 1 detik),
- c. Rata-rata lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang adalah sesuai standart karena < 5 menit yaitu 101 detik (1 menit 31 detik).

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan maka peneliti ingin mengajukan beberapa saran dalam mempertahankan *response time* dan lama *triage* yaitu sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya di harapkan meneliti tentang alur pelayanan dengan *response time* dan lama *triage* di IGD. Faktor faktor yang mempengaruhi lamanya *response time* dengan panjangnya ruang IGD.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Saran bagi institusi pendidikan agar lebih memberikan pelatihan atau seminar dalam menerapkan *response time* di IGD yang cepat dan tepat bagi mahasiswa.

6.2.3 Bagi Instansi Pelayanan

Instansi keperawatan pada pelayanan Rumah sakit diharapkan :

- a). Memberikan pelayanan maksimal agar dapat mempertahankan kecepatan *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang yang sesuai standart dan akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
- b). Memberikan informasi melalui pelatihan kepada tenaga kesehatan kesehatan terkait penanganan di IGD harus sesuai dengan *response time* yang sesuai standart.

6.2.4 Bagi Perawat

Saran bagi perawat di harapkan perawat lebih responsif dalam menangani pasien yang datang ke IGD agar *response time* yang di dapatkan semakin cepat dan segera dapat tertangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, H., Rottie, J., & Karundeng, M. Y. (2016). Analisis perbedaan *response time* perawat terhadap pelayanan gawat darurat di Unit Gawat Darurat RSUD Gmim Pancaran Kasih dan RSUD TK.III Robert Wolter Monginsidi Kota Manado. *E-Jurnal Keperawatan (e-Kp)*, 4.
- Ainiyah, N., Ahsan, & Fathoni, M. (2014). Analisis faktor pelaksanaan triage di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ners*, 10(1), 147–157.
- Anderson AK, Omberg M, & Svedlund M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Jurnal Nursing in Critical Care*, 11 No.3(2), 136–145.
- Blunt, I. (2014). Focus on: A&E attendances. *The Healath Foundation*, 1–46.
- Chung, J. Y. M. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing*, 13(4), 206–213
- Dadashzadeh A, Abdolazadeh F, Rahmani A, & Ghojazadeh M. (2013). Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals. *Iran J Crit Nurs*, 6(4), 269–276.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). Sistem kesehatan nasional.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2017). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, 182.
- DR. Sondang P. Sigian. (2004). *Manajemen Sumber Daya* (ke 11). Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Dusi H. (2009). Warta RSUD Kapuas, (5), 1–16.
- Ekins, K., & Morphet, J. (2015). The accuracy and consistency of rural, remote

and outpost triage nurse decision making in one Western Australia Country Health Service Region. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), 227–233.

Escobar, G. J., Laguardia, J. C., Turk, B. J., Ragins, A., Kipnis, P., & Draper, D. (2012). Early detection of impending physiologic deterioration among patients who are not in intensive care: Development of predictive models using data from an automated electronic medical record. *Journal of Hospital Medicine*, 7(5), 388–395.

Gilboy, N., Tanabe, P., & Travers, D. (2012). Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4 Implementation Handbook 2012 Edition. In *Computer Methods and Programs in Biomedicine* (ke 4, Vol. 117, pp. 61–70). AHRQ.

Gurning, Y., Karim, D., & Misrawati. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas. *Jurnal Online Mahasiswa*, 1–9.

Habib, H., Sulistio, S., Mulyana, R. M., & Albar, I. A. (2016). Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia. *Research Gate*, 3(2), 112–115.

Health Policy Priorities Committee. (2011). Australian triage process review (Report). New Zealand.

Heru S, Agustin WR, & Fitriana RN. (2015). Gambaran pengetahuan peran perawat dalam ketetapan waktu tanggap penanganan kasus gawat darurat di IGD RSUD Karanganyar. *Bachelor Program In Nursing Science*.

Innes, K., Jackson, D., Plummer, V., & Elliott, D. (2018). A profile of the waiting room nurse in emergency departments: An online survey of Australian nurses exploring implementation and perceptions. *International Emergency Nursing*, (xxxx), 47–49.

Jaldell, H., Lebnak, P., & Amornpetchsathaporn, A. (2014). Time Is Money, but How Much? the Monetary Value of Response Time for Thai Ambulance Emergency Services. *Value in Health*, 17(5), 555–560.

- Karaca, Z., Wong, H. S., & Mutter, R. L. (2012). Duration of patients ' visits to the hospital emergency department. *BMC Emergency Medicine*, 12:15, 1–14.
- Kathleen S. Oman, Jane Koziol, L. J. S. (2008). *Panduan belajar keperawatan emergensi*. Jakarta: ECG.
- Kemendes RI. (2008). Permenkes: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Kemendes RI. (2009). Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. 2009, 29.
- Kemendes RI. (2014). Permenkes RI No. 28 Tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Departemen Kesehatan RI*, 1–48.
- Khairina, I., Malini, H., & Huriani, E. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan keputusan Perawat dalam Ketepatan Triase di Kota Padang. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 02(01), 1–6.
- Kurniasari R. (2016). Hubungan Antara Level Emergency Severity Index (ESI) Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras, 4, 97–106.
- Laura A. King. (2014). Psikologi Umum. Jakarta: Salemba Humanika.
- Maatilu, V., Mulyadi, & Malara, R. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan*, 2(2).
- Mahrur A, Yuniar I, & Sarwono. (2016). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lamanya Waktu Tanggap Dalam Pelayanan Gawat Darurat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Soedirman Kebumen, 12(1), 36–43.
- Mahyawati, & widaryati. (2015). Hubungan Kegawadaruratan Pasien dengan Waktu Tanggap Perawat di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *E-*

Jurnal Keperawatan (e-Kp), 14.

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

Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Notoatmodjo S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2015). *Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.

Perwitasari, D., & Rohim, A. (2014). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelelahan Kerja Subyektif Pada Perawat Di Rsud Dr. Mohamad Soewandhie Surabaya. *The Indonesian Journal of Occupational Safety , Health and Environment*, 1, No. 1, 15–23.

Pisu HD, Rompas S, & Malara R. (2015). Hubungan Response Time Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Jurnal Keperawatan (e-Kp)*, 3(2).

PPNI Dpw Jatim. (2018). *Pelatihan PPGD*. Surabaya: PPNI.

Prasetyantoro, I. (2013). Hubungan Ketepatan Penilaian Triase Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala Di Igd Rsu Pku Muhammadiyah Bantul Naskah, 3(2), 98–114.

Radiation Emergency Medical Management. (2015). *START Adult Triage Algorithm*.

Ramenofsky ML, & Bell Richard M. (2012). *Advanced Trauma Life Suport (Ninth Edit)*. USA: American College of Surgeons.

- RapidSOS. (2015). Quantifying the Impact of Emergency Response Times, (415).
- Republik Indonesia. (2014). Undang-undang RI No. 38, (10), 2–4.
- Rochana, N., Morphet, J., & Plummer, V. (2016). Triage process in Emergency Departments: an Indonesian Study. *Nurse Media Journal of Nursing Journal of Nursing*, 6(December), 37–46.
- Said, S. dkk. (2018). Hubungan beban kerja perawat dengan respon time pada penanganan pasien di instalasi gawat darurat rumah sakit ibnu sina makassar 1,2. *Journal Of Islamic Nursing*, 3, 71–81.
- Sari, T. I., & Gurusinga, R. (2017). Hubungan Peran Perawat Triage Dengan Length of Stay Pada Ruang Triage Prioritas Ii Dan Iii Di Instalasi Gawat Darurat, (August).
- Setiadi. (2007). *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan* (Cetakan I). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sitorus, R., & Rumondang Panjaitan. (2011). *Manajemen Keperawatan : Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat* (ke 1). Jakarta: cv agung seto.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: ECG.
- Surtiningsih, D., Susilo, C., & Hamid, M. A. (2016). Penerapan Response Time Perawat Pelaksanaan Penentuan Prioritas Penanganan Kegawatdaruratan Pada Pasien Kecelakaan Di IGD RSD BALUNG. *The Indonesian Journal Of Health Science*, 6(2), 124–132.

Tim IGD. (2014). Program kerja Instalasi IGD Bandung Tahun 2014.

Utama, P. Y., Apriatni, E. P., & 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*, 1–9.

UU No 44. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, (rumah sakit), 40.

Wilde, E. T. (2012). Do Eemergency medical system response time matter for health outcomes. *Health Economics*, 22, 790–806.

Zavareh DK, Mohammadi, R., & K, B. (2018). Factors influencing pre-hospital care time intervals in Iran: a qualitative study. *Journal of Injury and Violence Research*, 10(2), 83–90.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed****INFORMED***
SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fairuz In' Amil Arsyad

NIM : 172310101227

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Anggrek No.75 Kureksari, Waru, Sidoarjo

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

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

Hormat Saya

Fairuz In' Amil Arsyad
NIM 172310101227

Lampiran 2. Lembar Consent**CONSENT****SURAT PERSETUJUAN**

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

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyebutkan bersedia menjadi subjek (Responden) dalam penelitian dari :

Nama : Fairuz In' Amil Arsyad

NIM : 172310101227

Progam Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Gambaran *Response Time* dan lama *Triage* di IGD RSUD Kota Malang

Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk menganalisis gambaran *response time* dan lama *triage* di IGD RSUD Kota Malang.

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

Malang,

2018

Responden

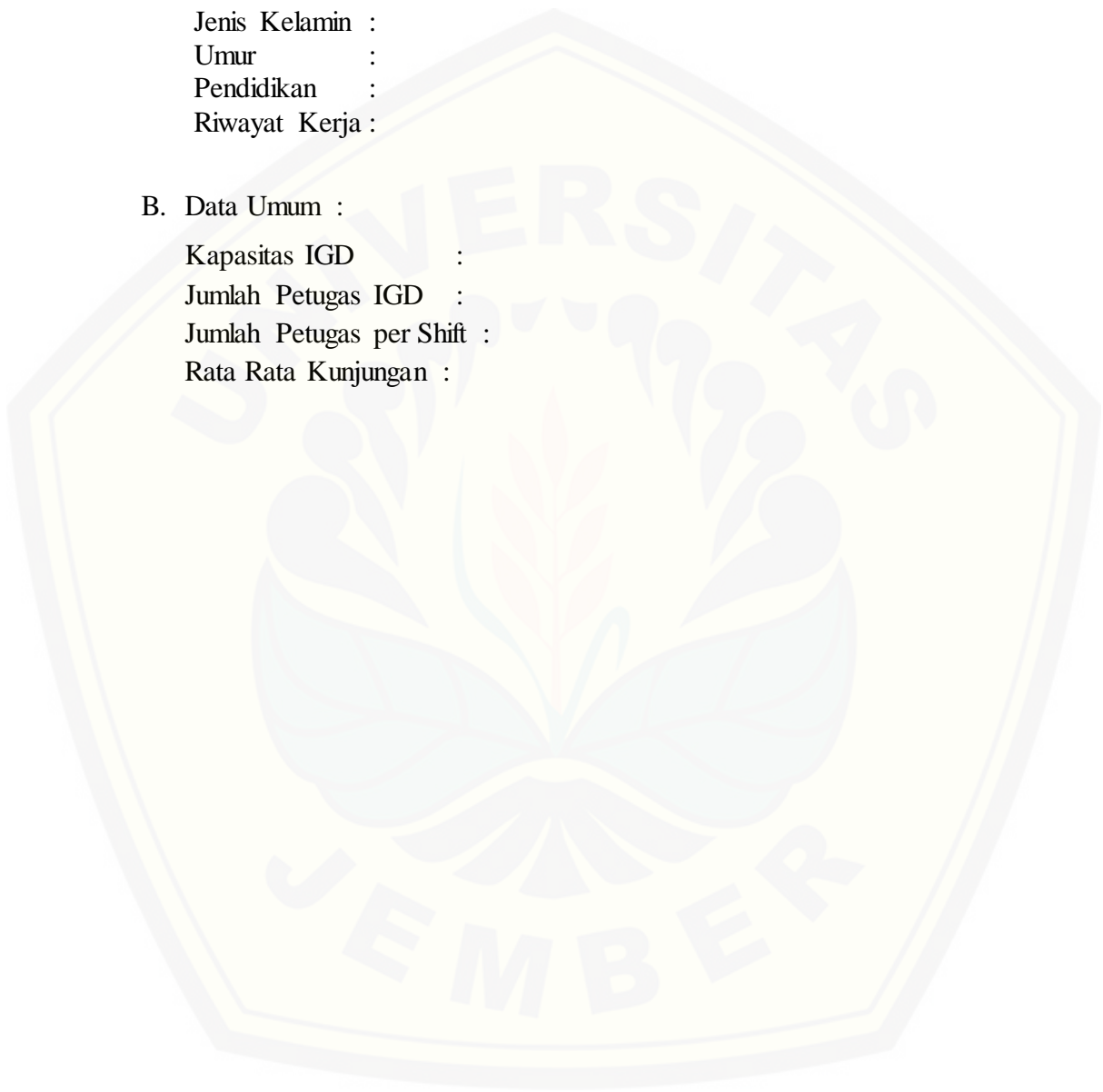
()

Lampiran 3. Lembar karakteristik responden**A. Karakteristik responden**

Inisial :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Riwayat Kerja :

B. Data Umum :

Kapasitas IGD :
Jumlah Petugas IGD :
Jumlah Petugas per Shift :
Rata Rata Kunjungan :



Lampiran 4. Lembar observasi *Response Time Triage* di IGD RSUD Kota Malang

Lembar Observasi

No	Kegiatan Observasi												
	Kode nakes	Kode Pasien	T g L	Waktu datang Pasien di IGD	<i>Response Time</i> Tenaga kesehatan Di IGD shift.....	Lama <i>Response time</i>	Waktu <i>Triage</i>	Lama <i>Triage</i>	<i>Kategori Triage</i>				
									P1	P2	P3	P4	P5
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													

Lampiran 5. SOP perhitungan *response time* dan lama *triage*

Standart Operasional Prosedur	
Pengertian	<p>Suatu indikator yang ingin dicapai dalam menilai keberhasilan standart pelayanan di IGD adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Response Time</i> adalah Kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien masuk di pintu IGD sampai dilakukan tindakan awal <i>initial assesment</i>. 2. Lama <i>Triage</i> adalah kecepatan tindakan mulai dari <i>inisial assesment</i> sampai di tentukannya level <i>triage</i>.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau pelaksanaan proses pengumpulan data tentang <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> di IGD 2. Mengevaluasi keberhasilan penggunaan checklist <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> tenaga kesehatan di IGD
Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam digital 2. Lembar observasi 3. Bolpoint
Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar observasi <i>response time</i> dan lama <i>triage</i> digunakan pada setiap pasien yang datang 2. pasien datang ke ruang IGD 3. Peneliti akan mulai melihat dan mencatat ketika ada pasien yang masuk ke ruang IGD 4. Jam digital akan berjalan sesuai kecepatan tenaga kesehatan. 5. Kecepatan <i>response time</i> akan di catat saat tenaga kesehatan (dokter dan perawat) menghampiri pasien untuk mulai <i>initial assesment</i>. 6. Peneliti akan mencatat kecepatan <i>respose time</i>. 7. Peneliti akan melanjutkan untuk menentukan kecepatan lama <i>triage</i>. 8. Jam digital akan dilihat ketika tenaga kesehatan menyampaikan prioritas/level kegawatan pada pasien tersebut. 9. Peneliti akan mencatat kecepatan lama <i>triage</i>.

Lampiran 6. Analisa data

a. Karakteristik responden

Statistics

		Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Riwayat Pekerjaan
N	Valid	23	23	23
	Missing	0	0	0

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki laki	16	69,6	69,6	69,6
	Perempuan	7	30,4	30,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3 Keperawatan	14	60,9	60,9	60,9
	S1 Keperawatan	1	4,3	4,3	65,2
	Dokter	8	34,8	34,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Riwayat Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 Tahun	2	8,7	8,7	8,7
	3 Tahun	10	43,5	43,5	52,2
	4 Tahun	11	47,8	47,8	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Umur	23	26	32	29,13	1,290
Valid N (listwise)	23				

b. Variabel response time dan lama triage

Statistics

		RTmalam	LTmalam	RTSiang	LTsiang	RTpagi	LTpagi
N	Valid	40	40	98	98	85	85
	Missing	183	183	125	125	138	138
Mean		94,38	77,88	140,92	112,50	110,47	99,04
Median		90,00	72,50	130,00	120,00	110,00	100,00
Std. Deviation		40,338	33,395	61,621	42,561	60,738	45,726
Minimum		30	20	30	35	30	15
Maximum		195	150	295	210	260	210

Statistics

		RT30hari	LT30hari
N	Valid	223	223
	Missing	0	0
Mean		120,96	101,16
Median		125,00	105,00
Std. Deviation		60,713	43,986
Minimum		30	15
Maximum		295	210

RT malam (normal), LT malam (normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
RTmalam	,137	40	,055	,962	40	,197
LTmalam	,158	40	,013	,936	40	,026

a. Lilliefors Significance Correction

RT siang (tidak normal), LT siang (tidak normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
RTSiang	,139	98	,000	,960	98	,004
LTsiang	,192	98	,000	,931	98	,000

a. Lilliefors Significance Correction

RT pagi (tidak normal), LT pagi (tidak normal)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
RTpagi	,127	85	,002	,928	85	,000
LTpagi	,171	85	,000	,939	85	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Korelasi

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
RT30hari	223	120,96	60,713	30	295
LT30hari	223	101,16	43,986	15	210
Shift	223	2,20	,723	1	3

Ranks

	Shift	N	Mean Rank
RT30hari	Malam	40	83,93
	Siang	98	133,41
	Pagi	85	100,53
	Total	223	
LT30hari	Malam	40	82,38
	Siang	98	127,84
	Pagi	85	107,68
	Total	223	

Test Statistics^{a,b}

	RT30hari	LT30hari
Chi-Square	21,154	14,867
Df	2	2
Asymp. Sig.	,000	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Shift

Lampiran 7. Surat penelitian

**PEMERINTAH KOTA MALANG**
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiayu Kec. Kedungkandang Telp. 0341-754338, 0341-754339
Email: rsudkotamalang@gmail.com website: rsud.malangkota.go.id Kode Pos 65135

Malang, 10 Desember 2018

Nomor : 800 / 2018 / 35.73.302.020 / 2018 Kepada
Sifat : Biasa Yth. Sdr. Fairuz In'Amil Arsyad
Lampiran : - Di
Perihal : Jawaban Ijin Penelitian Malang

Menindak lanjuti Surat dari Dinas Kesehatan Kota Malang Nomor 072/953/35.73.302/2018 tanggal 28 November 2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama:
Nama : Fairuz In'Amil Arsyad
NIM : 172310101227
Universitas : Universitas Jember
dengan ini diberitahukan bahwa RSUD Kota Malang memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian dengan Judul "Gambaran Response Time dan Lama Triage di IGD RSUD Kota Malang" yang akan dilaksanakan sampai dengan 23 Desember 2018. Mahasiswa yang telah selesai melaksanakan penelitian wajib untuk melaporkan hasilnya kepada Direktur RSUD Kota Malang.
Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Plt. Direktur RSUD Kota Malang,

H. Wushul Muarif
NIP. 19690706 200003 1 009

Lampiran 8. Surat selesai penelitian

**PEMERINTAH KOTA MALANG**
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiyayu Kec. Kedungkandang Telp :0341-754338,0341-754339
Email: rsudkotamalang@gmail.com website: rsud.malangkota.go.id Kode Pos 65135

SURAT KETERANGAN
Nomor : 800/2299/35.73.302.020/2018

Dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. H. Husnul Muarif
NIP : 19690706 200003 1 009
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Plt Direktur RSUD Kota Malang

menyatakan bahwa mahasiswa berikut ini :

Nama : Fairuz In'Amil Arsyad
NIM : 172310101227
Judul Penelitian : Gambaran Response Time dan Lama Triage di IGD RSUD Kota Malang
Prodi : Ilmu Keperawatan Universitas Negeri Jember

Telah selesai melakukan penelitian untuk memperoleh data dalam rangka penyusunan tugas akhir di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang terhitung mulai tanggal 15 November s/d 30 Desember 2018.

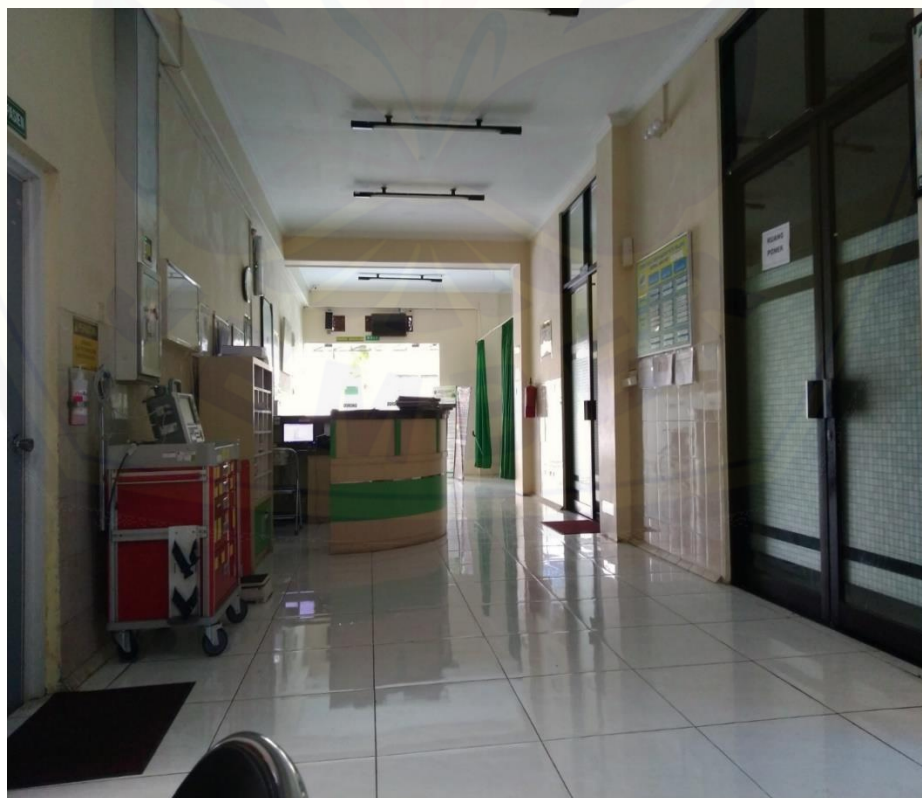
Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 31 Desember 2018
Plt. Direktur RSUD Kota Malang,

dr. H. Husnul Muarif
Pembina
NIP. 19690706 200003 1 009

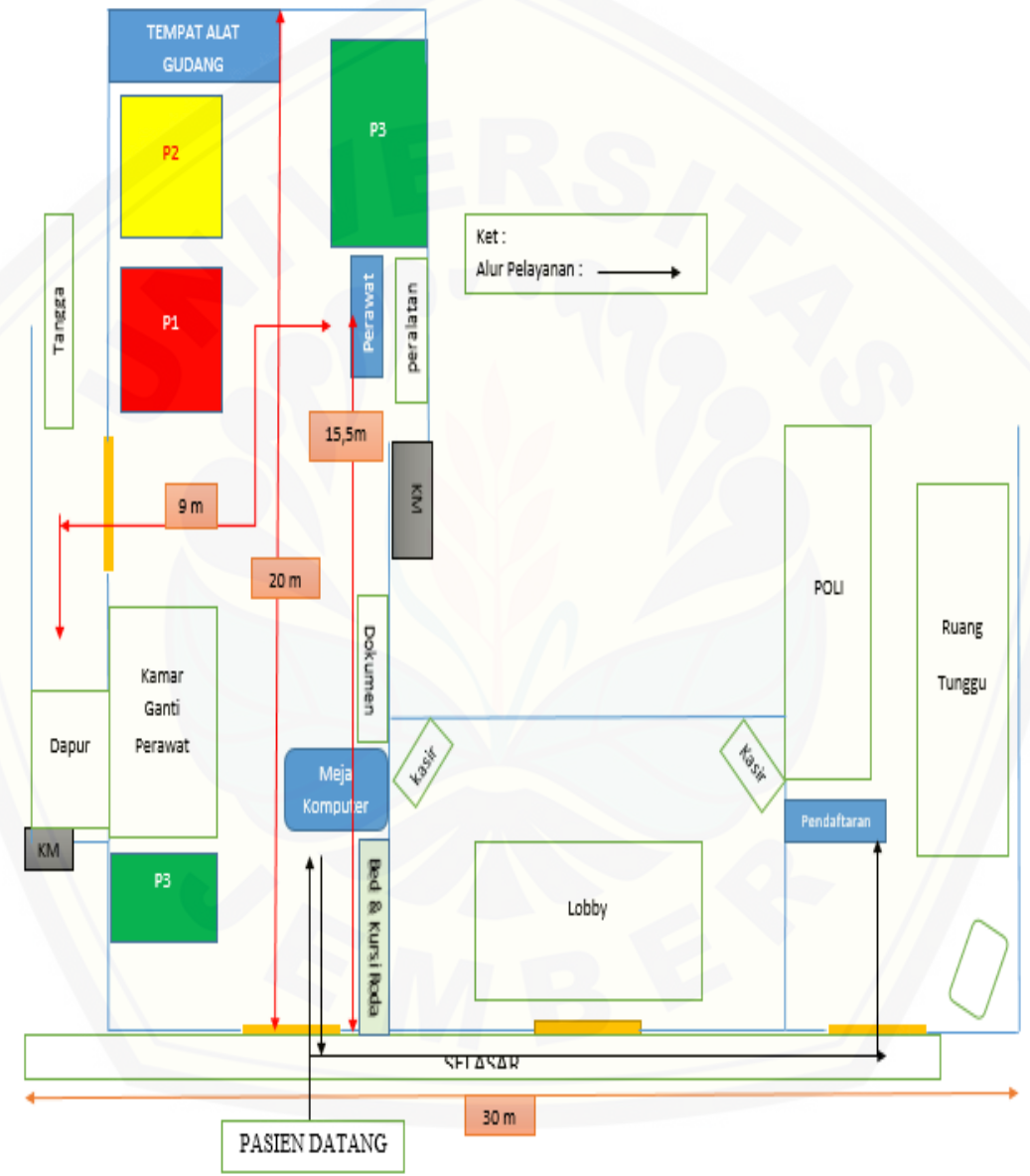


Lampiran 9. Dokumetasi





Lampiran 10. Denah IGD RSUD Kota Malang



Lampiran 11. Lembar Bimbingan Skripsi DPU dan DPA

Lembar Bimbingan Konsul Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember

Nama : Farruz In' Amil Arsyad
NIM : 172310101227
Nama DPU : Ns. Baskoro Setyoputro, M.Kep

No.	Hari, Tanggal	Materi konsultasi	Saran DPU	Paraf
1	04/17 /09	BAB 1	- BAB 1 - masalah ET - abstrak - cover - BAB 2 - 100 - detail - 2	
2	06/17 /09	BAB 1	- Perbaiki kata "bdan" jadi - perbaiki kalimat alur	
3	/17 /09	Paragraf 1 Paragraf 2	- Perbaiki kata " - tambahkan referensi faktor - ya menggunakan	
4	/17 /09	Bab 1 Bab 2	- Fokus pada teori ES1 - faktor yg mempengaruhi - respon binae - tambahkan bab 3-4	
5	1/17 /09	Bab 1 - 4	- Perbaiki kerangka Teori - Fokus faktor "yg mempengaruhi ET. - Perbaiki D.O	
6	8/17 /10	Bab 1 - 4	ACC sempura	

Lembar Bimbingan Konsul Skripsi

Program Studi Ilmu Keperawatan

Universitas Jember

Nama : Fairuz In' Amil Arsyad

NIM : 172310101227

Nama DPU : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep

No.	Hari, Tanggal	Materi konsultasi	Saran DPU	Paraf
1	02 / 10 / 18	- Bab 1 - 4	- Perbaiki bab 1 - Lengkapi di bab 4	JH
2	05 / 10 / 18	Bab 4	perbaiki Bab 4	JH
3.	08 / 10 / 18	Bab 4 Lampiran	lengkapi 1-10	JH
4	15 / 10 / 18	Bab 1 - 4	ACC lampir	JH
5	20 / 10 / 18	Bab 5	- Perbaiki pembahasan - tambahkan teori	JH
6	21 / 10 / 18	Bab 1 - 6	perbaiki di skripsi.	JH

