

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN
TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT**



Di susun Oleh :

HAMIDAH

NIM : B21825806701

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN
TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD Dr. KANUJOSO
DJATIWIWOWO BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Pada Program Studi S.1 Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains
Wiyata Husada Samarinda



Di susun Oleh :

HAMIDAH

NIM : B21825806701

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2020

LEMBAR PERSETUJUAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KETEPATAN TRIAGE DI RUANG IGD(INSTALASI GAWAT DARURAT)
RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
BALIKPAPAN

SKRIPSI

Di susun Oleh :

HAMIDAH

NIM : B21825906101

Skripsi Laporan Tugas Akhir ini Telah Disetujui

Tanggal Januari 2020

Pembimbing I

Pembimbing II



ITKES

Ns. Kiki H. S, M. Kep, S. Kep, MB
NIK : 113072.88.16088

Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep,MM.
NIP :19740818 199603 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda

Ns.Kiki Hardiansyah. S.M.Kep.Skep. MB
NIK : 113072.88.16088

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN
TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT

LAPORAN TUGAS AKHIR

OLEH

HAMIDAH

NIM : B21825806701

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji
Pada Tanggal, 22 Juli 2020

Penguji I

Ns. Chisyen Damanik, S.Kep,M.Kep.

NIK.113072.83.11.023

Penguji II

Ns.Aries Abiyoga, M.Kep.

NIK.113072.86.18.124

Penguji III

Ns.Kiki Hardiansyah Safitri.S.M.Kep,S.Kep.MB

NIK.113072.88.16088

Mengesahkan Mengetahui,

Ketua ITIKES Wilayah Husada Samarinda

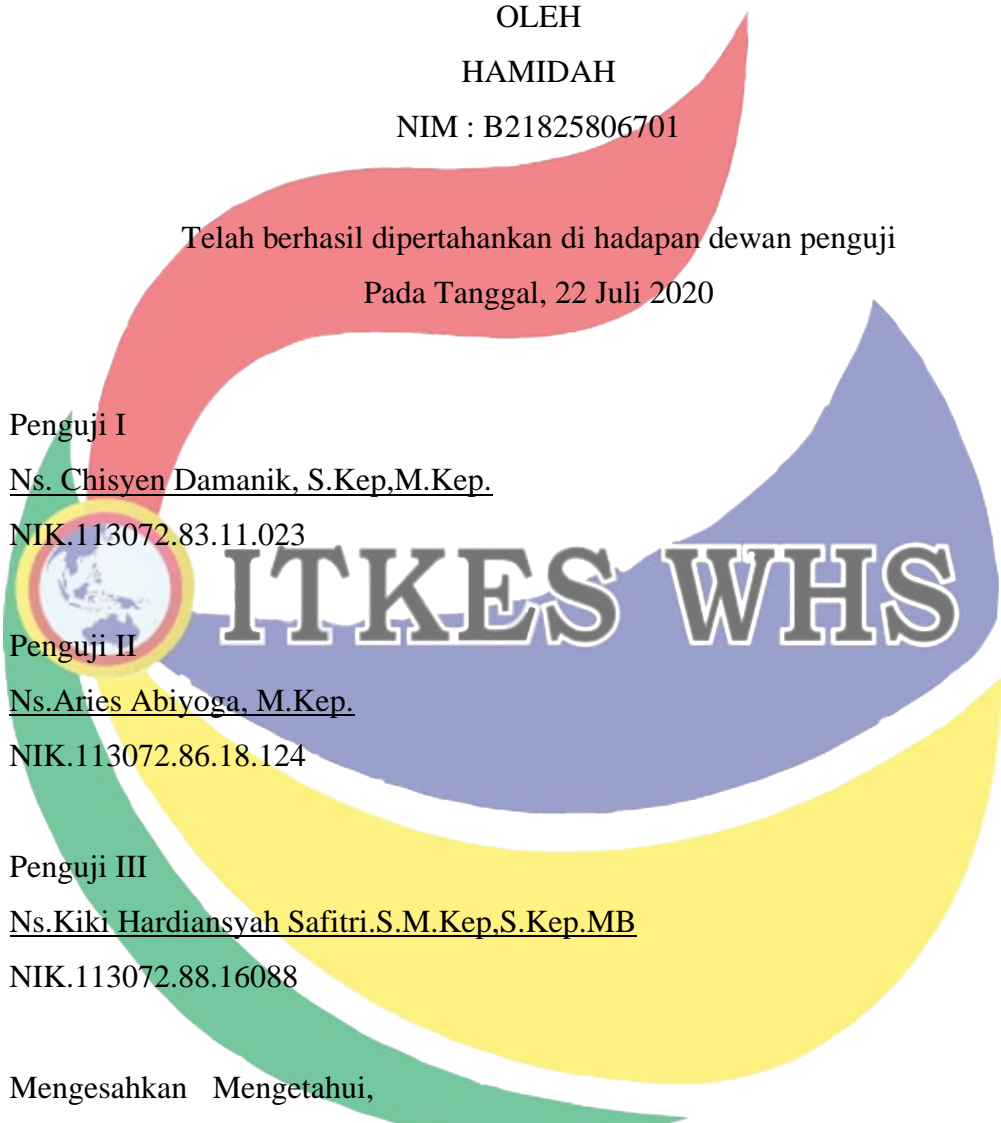
Ketua Prodi Keperawatan

Dr. Eka Ananta S,SE,MM,AK,CA

NIDN 0021077202

Ns.Kiki H S.S.M.Kep,S.Kep.MB

NIK.113072.88.16088



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hamidah

NIM : B21825806701

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan
Ketepatan *Triage* Di ruang IGD RSUD Dr.
Kanjoso Djatiwibowo Balikpapan

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber,
baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Balikpapan, 4 Januari 2020

Yang membuat pernyataan

Hamidah

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yng Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan *Triage* Di ruang IGD RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.” Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam program studi Keperawatan ITIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM, AK, CA selaku Ketua ITIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
4. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M. Kep. MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan sebagai Pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
5. Ibu Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep, M.M. selaku Dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih atas masukkan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap Ilmu Keperawatan.
6. Ibu Hj. Noor Susilowati S.ST sebagai kepala ruangan Instalasi Gawat Darurat yang telah memberikan dukungan selama ini.

7. Suamiku tercinta Riza Zulkhair, anakku Rafi Abrar Zulkhair dan Rameyza Alya Zulkhair atas pengertian, kasih sayang dan dukungannya selama perkuliahan.
8. Kedua orang tuaku tersayang dan adik-adikku yang selalu memberikan dukungan yang tidak terhingga.
9. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITIKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.
10. Rekan-rekan kerja di Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan atas pengertiannya dan tenggang rasa yang sangat luar biasa serta dukungannya selama ini.
11. Semua pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun material dalam penyusunan proposal ini.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu, Aamiin.



Balikpapan, Januari 2020

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hamidah

NIM : B21825806701

Program Studi : S.1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN TRIAGE DI RUANG IGD RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Itikes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, 04 Januari 2020

Yang menyatakan

(Hamidah)

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT

Hamidah¹, Kiki Hardiansyah Safitri², Siti Wardatun Hasanah³
Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda,

RSUD A. Wahab Sjahranie

email: hamidahtwins1616@gmail.com, kikihardiansyahs@stikeswhs.ac.id
wardatun_hasanah@ymail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu pintu gerbang pelayanan yang utama, salah satu pelayanan utama adalah *Triage*. *Triage* adalah tindakan dimana pasien digolongkan berdasarkan prioritas kegawatannya. Ketepatan perawat dalam melaksanakan *triage* dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain beban kerja dan kondisi klinis pasien.

Tujuan: menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat

Metode: Penelitian Deskriptif analitik ini dilakukan dengan pendekatan *Cross Sectional* dengan jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran dan observasi. Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi dan lembar *check list*. Populasi sampel 37 responden. Pengambilan sampel berdasarkan data inklusi dan eksklusi perawat dan bidan yang minimal pendidikan Diploma dan tidak sedang cuti. Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil: Ketepatan *triage* yang tepat (67,6%) beban kerja berat (70,3%) kondisi klinis merah (65,6%) Berdasarkan hasil uji *chi square* ≤ penelitian menunjukkan ketepatan *triage* berhubungan bahwa faktor berhubungan dengan ketepatan *triage* adalah beban kerja ($P\text{ value} = 0.018$, $OR=7,350$) klinis pasien ($P\text{ value} = 0.010$, $OR=0,125$).

Kesimpulan: Terdapat hubungan significant beban kerja dan kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage*. beban kerja yang berat memiliki risiko untuk tidak tepat melakukan *triage* 7.350 kali di bandingkan dengan beban kerja sedang. kondisi klinis pasien label kuning kemungkinan 0.125 kali memiliki peluang risiko tidak tepat dalam *triage*.

Saran: evaluasi berkala tentang *triage* dapat meningkatkan kompetensi perawat IGD dalam *triage*

Kata Kunci : Ketepatan Triase, Beban Kerja

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan. ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan. ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Praktisi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

FACTORS RELATED TO THE PRECISION OF TRIAGE IN EMERGENCY INSTALLATIONS

Hamidah⁴, Kiki Hardiansyah Safitri⁵, Siti Wardatun Hasanah⁶
Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda,
RSUD A. Wahab Sjahranie

e-mail:hamidahtwins1616@gmail.com, kikihardiansyahs@stikeswhs.ac.id
wardatun_hasanah@ymail.com

ABSTRACT

Background: Emergency Installation is one of the main service gateways, one of the main services is Triage. Triage is an action in which patients are classified based on their priority of emergency. The accuracy of the nurse in carrying out the triage is influenced by various factors, including the workload and clinical condition of the patient.

Aim: analyzing factors related to the accuracy of triage at the Emergency Department

Method: This analytic descriptive study was conducted with a cross sectional approach with this type of research that emphasizes the time of measurement and observation. The research instrument used an observation sheet and a check list sheet. The sample population is 37 respondents. Sampling was based on inclusion and exclusion data for nurses and midwives who had at least a diploma education and were not on leave. Data analysis included univariate and bivariate analysis using the Chi-Square test.

Result: Correct triage accuracy (67.6%) heavy workload (70.3%) red clinical conditions (65.6%) Based on the results of the chi square \leq value = 0.018, OR = 7.350) for clinical patients (P value = 0.010, OR = 0.125).

Conclusion: There is a significant relationship between workload and patient clinical condition with the accuracy of triage. heavy workloads have the risk of improperly triage 7,350 times compared to moderate workloads. The clinical condition of yellow labeled patients was 0.125 times more likely to be at risk of inappropriately triage.

Suggestion: periodic evaluation of triage can increase the competence of IGD nurses in triage

Keywords : Triage Accuracy, Workload, Patient Clinical Condition.



¹ Nursing Study Program Student. ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Lecturer in Nursing Study Program. ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Practitioners of RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Landasan Teori	11
1. <i>IGD</i>	11
2. <i>Triage</i>	18
3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan <i>Triage</i> ...	23
4. Kerangka Teori Penelitian Menurut Imogene King	34
B. Hipotesa	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	39
B. Kerangka Konsep Penelitian	39
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	40

D. Populasi dan Sampel	40
E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	42
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian	45
G. Uji Validitas dan Reabilitas Pemeriksaan Keabsahan Data	48
H. Pengolahan Data	48
I. Analisa Data	49
J. Etika Penelitian	52
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	75
A. Profil Tempat Penelitian	75
B. Hasil Penelitian	76
C. Pembahasan	83
D. Keterbatasan Penelitian	91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	93
A. Kesimpulan	93
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN	99



ITKES WHS

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Color Tag	21
Tabel 3.1 Definsi Operasional Penelitian.....	44
Tabel 3.2 Analisa Univariat	50
Tabel 3.3 Analisa Bivariat.....	52
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur.....	59
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin	59
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan	60
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Respon Berdasarkan Ketepatan <i>Triage</i>	60
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Respon Berdasarkan Beban Kerja.....	61
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Respon Berdasarkan Kondisi Klinis Pasien	61
Tabel 4.7 Hubungan Antara Beban Kerja Dengan Ketepatan <i>Triage</i>	62
Tabel 4.8 Hubungan Antara Kondisi Klinis Pasien Dengan Ketepatan <i>Triage</i>	64



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Anderson	23
Skema 2.2 <i>Triage</i> metode START.....	24
Skema 2.3 Ketepatan <i>triage</i> Berdasarkan Teori King	37
Skema 3.1 Alur Penelitian.....	56



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Melakukan Penelitian di Ruang IGD
RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
- Lampiran 2 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 4 : Lembar Observasi Kondisi Klinis Pasien
- Lampiran 5 : Lembar Observasi Ketepatan *Triage*
- Lampiran 6 : Kuesioner Beban Kerja
- Lampiran 7 : Laporan Hasil SPSS



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu pelayanan rumah sakit menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) adalah untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Gawat darurat merupakan suatu keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Instalasi rawat darurat merupakan tempat pelayanan kegawat daruratan yang berperan sebagai pintu gerbang utama jalannya masuk pasien. Instalasi rawat darurat menjadi salah satu instalasi di rumah sakit yang memerlukan tindakan kepada pasien gawat darurat berdasarkan *triage*. Tujuan dari pelayanan rawat darurat adalah untuk tercapainya kepuasan pasien dan keluarga dalam mendapatkan pelayanan yang cepat, tepat dan benar. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan peningkatan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen Instalasi gawat darurat sesuai dengan standar (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Menurunnya angka kunjungan di IGD terkait dengan mutu pelayanan yang di nilai kurang cepat dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan, hal ini buktikan dengan adanya keluhan yang melalui surat yang di sampaikan oleh pasien maupun keluarga pasien.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) menangani pasien gawat darurat yang mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga profesional terlatih serta di dukung dengan peralatan khusus, sehingga perawat dalam memberikan pelayanan pasien dapat secara cepat dan tepat. Ketepatan dalam pelayanan di IGD ini harus didukung dengan pelaksanaan *triage* yang benar (Susanti, 2018). Setiap IGD selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas pelayanan, sedapat mungkin perawat berusaha menyelamatkan pasien sebanyak-banyaknya dalam waktu yang singkat (Kathelen, 2016). Angka kunjungan pasien ke IGD tidak dapat di prediksi, ketika di IGD di penuh oleh pasien, kondisi ini sering mengakibatkan sumber daya yang dapat mengancam

keselamatan dan privasi pasien dan membuat staf menjadi frustrasi sehingga mengakibatkan terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan.

Intalasi Gawat Darurat mempunyai tujuan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara optimal bagi pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dengan penanganan kegawat daruratan untuk mencegah kematian dan kecatatan (*to save life and limb*) dengan waktu penanganan atau *respon time* kurang dari lima menit dan waktu definitif tidak lebih dari dua jam (Basuki, 2018). Beberapa tahun terakhir Instalasi Gawat Darurat di *United States* telah melihat peningkatan volume kunjungan sekitar 30 juta per pasien per tahun, bnyaknya pasien yang masuk terhitung ada 34,377 pada kondisi sangat ramai, dan 32.231 pada kondisi tidak ramai (masing-masing 736 *shift*), presentasi tersebut sudah digabungkan baik berdasarkan usia, dan jenis kelamin. Rata-rata yang menginap 21.6 pada *shift* kondisi ramai dan 16.5 dalam kondisis tidak ramai (*Departemen Of State*, 2012). Berdasarkan data kunjungan pasien yang masuk ke IGD di Indonesia pada tahun 2016, pasien masuk melalui pintu IGD di Indonesia sebanyak 4,402,205 pasien (14,4 % dari total kunjungan di Rumah Sakit dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit sebanyak 1,033 dari 1,319 jumlah Rumah Sakit Umum yang ada (Keputusan Menteri Kesehatan, 2009).

Setiap pasien yang masuk ke IGD akan di lakukan *triage*. *Triage* merupakan tindakan di mana pasien di golongan berdasarkan prioritas kegawat daruratannya. Pasien yang mengalami kondisi gawat darurat (zona merah), kondisi gawat tidak darurat (zona kuning), kondisi tidak gawat tidak darurat (zona hijau) serta *death arrival* (zona hitam). Penggolongan *triage* secara akurat merupakan kunci dalam melakukan tindakan yang efisien. Sehingga urutan atau penanganan pasien tidak serta merta berdasarkan urutan kedatangan pasien, pasien dengan prioritas rendah akan menunggu lebih lama untuk penilaian dan pengobatan. Penanganan pasien yang di lakukan tanpa memilih pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan atau *triage* dan berdasarkan urutan kedatangan pasien akan mengakibatkan penundaan

penanganan pasien kritis sehingga berpotensi kematian bagi pasien yang kritis.

Keselamatan pasien saat ini menjadi perhatian penting dalam pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menerapkan standar keselamatan pasien dengan melaksanakan sistem *triage* yang dilakukan *IGD*. Metode *triage* yang biasa digunakan adalah *simple triage and rapid treatment (START)*. Metode ini berprinsip pada sederhana dan kecepatan dapat dilakukan oleh tenaga medis atau tenaga awam terlatih. Metode *START* digunakan untuk penolong pertama pada pasien dengan lama waktu penggolongan 30 detik atau kurang berdasarkan tiga pemeriksaan primer seperti respirasi, perfusi (mengecek nadi radialis) dan status mental (Kartikawati, 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 (*Australian Triage Process Review*, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh Aderson, A.K., M. Omberg, dan M. Svedlund (2007) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* di bagi 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. Faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Faktor yang mempengaruhi ketepatan pelaksanaan *triage* lainnya adalah beban kerja. Beban kerja merupakan keadaan dimana seseorang dihadapkan pada tugas yang harus diselesaikan pada waktu tertentu. Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Nurhanifah (2015), mengenai hubungan antara beban kerja dan motivasi perawat melakukan *triage* didapatkan hasil melalui uji statistik *Sperman's rho* dengan nilai signifikan $p \text{ value} = 0,017$ ($\alpha < 0,05$) dengan nilai korelasi 0,401

menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna. Artinya semakin beban kerja perawat tinggi maka semakin rendah motivasi perawat untuk melakukan *triage*.

Pelaksanaan *triage* sangat penting dilaksanakan dalam kondisi kegawatdaruratan, sehingga faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* perlu diidentifikasi serta diperlukan rekomendasi tindak lanjut untuk memperbaikinya., khususnya masalah peningkatan mutu dan jumlah tenaga perawat, serta melengkapi dan mengoptimalkan penggunaan perlengkapan *triage*. Melalui pelaksanaan *triage*, kepuasan pasien dirumah sakit akan mendapat tercapai serta kematian dan kecatatan pada kasus kegawatdaruratan dapat diminimalkan dan menekan angka mortalitas (Wilde, 2015).

Studi pendahuluan yang dilakukan selama tiga hari dengan wawancara dengan perawat yang berdinas di IGD dan hasil observasi pada tanggal 17 Oktober sampai tanggal 19 Oktober di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan didapatkan bahwa di IGD pernah di lakukan *seminar triage* . Intalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan setiap hari di penuh oleh pasien gawat dan darurat serta pasien rujukan dari berbagai puskesmas wilayah Balikpapan atau rujukan dari rumah sakit lain. Sehingga jika IGD mengalami peningkatan kunjungan maka kadang yang menerima pasien bukan perawat melainkan tenaga lain yang menjadi penerima pasien didepan pintu masuk IGD. Peningkatan pasien yang datang ke IGD inilah yang bisa mengakibatkan tidaktepatan dalam menggolongkan pasien berdasarkan zona triagenya dan tingkat kegawat daruratannya. Akibatnya pasien yang seharusnya berada di zona kuning akan masuk ke zona hijau. Berdasarkan data di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan setiap hari ada total kedatangan pasien mencapai 100 hingga 130 pasien di hari biasa sedangkan di hari libur atau hari besar lainnya bisa mencapai 150 kedatangan. Dengan kapasitas 26 tempat tidur padahal jumlah pasien sering melebihi jumlah tempat tidur,sehingga IGD menjadi sangat penuh (*overcrowded*). Sedangkan pasien yang di ketahui memiliki status gawat darurat baik kasus gawat bedah ataupun non bedah

dalam satu hari mencapai rata-rata 5 pasien di *triage* merah sampai 10 pasien *triage* kuning.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki jumlah perawat yang bertugas di IGD sebanyak 36 orang yang setiap team jaga di bagi menjadi 4 *shift*, dimana tiap *shift* terbagi menjadi 8 orang dari yang dan 1 orang kepala ruangan dan 2 orang penanggung jawab di ruangan. Perawat di IGD memiliki pendidikan Diploma III sebanyak 36 perawat, Bidan 9 orang, dan pendidikan Ners sebanyak 3 orang. Seluruh perawat yang bertugas di IGD mempunyai sertifikat pelatihan berupa *Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)* pelatihan di jelaskan tentang cara melakukan *triage*, (*Advanced Trauma Care for Nurses*) *ATCN* di jelaskan tentang *triage* dan Pelatihan Resusitasi Neonatus (PRN).

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan setiap tahunnya memiliki target pencapaian kunjungan dalam menjalankan produksinya di bidang pelayanan kesehatan. Pada tahun 2017 angka kunjungan sebesar 70% dan menurun di tahun 2016 sebesar 60%, sedangkan rumah sakit umum Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan menargetkan angka kunjungan sebesar 10% setiap tahunnya. Ini menunjukkan tingkat kunjungan di IGD mengalami peningkatan secara signifikan. Berdasarkan data dapat disimpulkan faktor yang mempengaruhi, maka setiap pasien yang datang akan di lakukan *triage* oleh perawat, tidak ada petugas khusus *triage* karena semua petugas yang berjaga berwenang melakukan *triage*. Pasien akan masuk ruang *triage* dan akan di lakukan *triage* sesuai dengan kegawat daruratannya. Penandaan *triage* di lakukan dengan melihat warna pada lembar observasi ketepatan *triage* yang di gunakan. Setelah dilakukan *triage* pasien akan di tempatkan sesuai dengan zona triagenya. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk menganalisis tentang “Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan *Triage* Di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.”

B. Rumusan Masalah

Instalasi Gawat Darurat mempunyai tujuan untuk melakukan pelayanan kesehatan secara optimal bagi pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dengan penanganan kegawat daruratan untuk mencegah kematian dan kecatatan (*to save life and limb*) dengan waktu penanganan atau *respon time* kurang dari lima menit dan waktu definitif tidak lebih dari dua jam (Basuki, 2018). Setiap pasien yang masuk ke IGD akan di lakukan *triage*. *Triage* merupakan tindakan di mana pasien di golongkan berdasarkan prioritas kegawat daruratannya. Pasien yang mengalami kondisi gawat darurat (zona merah), kondisi gawat tidak darurat (zona kuning), kondisi tidak gawat tidak darurat (zona hijau) serta *death arrival* (zona hitam). Penggolongan *triage* secara akurat merupakan kunci dalam melakukan tindakan yang efisien. Peningkatan jumlah kunjungan setiap tahunnya, fasilitas sarana dan prasarana tidak memadai dengan adanya keterbatasan tempat tidur serta tidak ada penambahan tenaga setiap tahunnya yang mengakibatkan tingginya angka komplain yang datang dari keluarga pasien maupun pasien maka di perlukan pelatihan manajemen *triage*. Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor pasien, faktor perlengkapan *triage*, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* yang digunakan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review*, 2011). Faktor 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. Faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk menganalisis tentang “Apakah Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan *Triage* Di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor-faktor keterampilan perawat yang berhubungan dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor beban kerja dan kondisi klinis pasien yang berhubungan dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.
- c. Menganalisis hubungan faktor-faktor keterampilan perawat dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Menganalisis hubungan faktor-faktor beban kerja dan kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan terutama dalam bidang keperawatan yang berkaitan dengan memberikan penanganan dalam keadaan bersifat gawat darurat tentang manajemen *triage* kepada pasien sehingga perawat bisa menerapkan *triage* untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Manfaat Praktisi

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi masukan bagi pihak Manajemen RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan agar mengembangkan metode *triage* dalam penangan pasien sehingga pasien mendapatkan penanganan yang tepat dan efisien dan menurunkan angka mortalitas yang di sebabkan karena keterlambatan

penanganan *emergency* sehingga di harapkan rumah sakit bisa melakukan pelatihan dan penyegaran terhadap perawat khususnya perawat *emergency* tentang *triage*.

b. Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi masukan bagi perawat tentang pentingnya *triage* pada pasien gawat darurat.

c. Bagi Responden

Responden dapat berbagi pengetahuan kepada perawat lainnya sehingga informasi *triage* ini dapat membantu perawat lain yang belum mendapatkan informasi tentang *triage*.

d. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini di harapkan menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih jauh tentang penerapan *triage* dengan menggunakan area penelitian yang lebih besar lagi dan meneliti perbedaan penerapan *triage* terhadap metode yang berbeda beda demi memberikan tindakan yang tepat dan efisien.

E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelitian yang di lakukan peneliti di berbagai literatur, didapatkan penelitian yang sejenis yang pernah dilakukan sebagai bahan acuan peneliti dalam melakukan penelitian ini:

1. Jurnal penelitian Dewi Nurhanifah (2016) dengan judul “Hubungan Karakteristik Beban Kerja dan Supervisi dengan Motivasi Perawat dalam Melakukan Triage di IGD Ulin Banjarmasin tahun 2015” . Penelitian yang di lakukan menggunakan metode deskriptif korelasi dengan pendekatan cross-sectionalk. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin berjumlah 35 orang. Instrumen yang di gunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner untuk variabel karakteristik perawat (usia, jeniskelamin, pendidikan,

masa kerja perawat di IGD dan pelatihan kegawat daruratan yang di ikuti 4 tahun terakhir), beban kerja, supervisi dan motivasi. Hasil uji statistic Momedelan Multivariat di dapat nilai R Square 0,506 berarti 50,6% motivasi perawat dalam melaksanakan triage di IGD dipengaruhi oleh beban kerja ($p=0,014$) dan supervisi dengan $p=0,241$. Persamaan dalam penelitian,metode yang digunakan deskritif korelasi pengambilan data menggunakan observasi dan lembar kuesioner. Perbedaan penelitian terletak pada penelitian variabel, waktu penelitian dan tempat penelitian.

2. Jurnal penelitian Mila Gustia (2016) meneliti tentang”HubunganTingkat Pengetahuan dengan Keterampilan Petugas dalam melaksanakan triage di Instalasi Gawat Darurat RSUD Toba Samosir. Penelitian ini menggunakan metode deskritif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Analisa data menggunakan uji KendallTau. Sampel yang di gunakan dalam penelitian ini adalah 20 orang petugas yang terdiri dari 12 orang perawat dan 8 orang bidan. Hasil perhitungan uji KendallTau sebesar 0,450 dengan tingkat signifikan 0,025($\text{sig} < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keterampilan petugas dalam pelaksanaan triage di IGD Wates dengan keeratan hubungan persamaan dari penelitian ini mnggunakan pendekatan *cross sectional*, pengambilan data menggunakan observasi dan lembar kuesioner. Sedangkan perbedaan penelitian terletak pada metode penelitian sampel penelitian dan variabel penelitian.
3. Vitrise Maatilu (2015) yang melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Yang Berhubungan Dengan Triase Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat di IGD RSUP Dr. R. D. Kandau Manado. Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan metode survei analitik. Dari penelitian ini didapat perawat dalam penanganan kasus gawat darurat rata-rata lambat lebih dari 5 menit. Dan didapatkan tidak adanya hubungan antara pendidikan perawat, pengetahuan perawat, lama kerja, pelatihan perawat, dengan respon time pada penanganan pasien gawat darurat. Perbedaan penelitian ini terhadap penelitian yang di lakukan oleh

penelitian adalah desain penelitian dimana peneliti menggunakan desain penelitian analitik korelasi, penggunaan variabel dimana peneliti menggunakan variabel penelitian penerapan triage dengan respon time . Persamaan dari penelitian ini adalah memakai jenis penelitian kuantitatif, sampel penelitian adalah perawat yang berdinasi di IGD RSUP Dr. R. D. Kandau Manado.

4. Herve Spechbach (2019) penelitian dengan judul *Patient Time Perception in The Waiting Room Of an Ambulatory Emergency Unit* Jenewa Swiss. Metode penelitian menggunakan study *cross sectional* berbasis kuesioner dengan populasi sebanyak 50 sampel yang berpartisipasi dalam penelitian. Studi penelitian dengan kuantitatif deskriptif . Didapatkan hasil bahwa selama pasien di triage dan menunggu sampai pertemuan medis ada “jam emas” (menunggu) artinya dalam perawatan darurat, konsultasi medis tidak bisa di jadwalkan dan pasien harus menunggu, terutama pada kasus yang tidak mendesak,dan petugas harus menginformasikan kepada pasien. Sampel penelitian ini adalah perawat yang berdinasi di IGD Jenewa Swiss.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Landasan Teori

Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi gawat darurat (IGD) adalah etalase pelayanan rumah sakit, disebut demikian karena IGD dianggap sebagai paparan pertama pasien masuk ke rumah sakit. Mereka yang percaya bahwa IGD adalah etalase rumah sakit bahwa mutu rumah sakit dan bagaimana pelayanannya akan tergambar jelas dari bagaimana pasien di IGD diperlakukan. Sebagai etalase, IGD dianggap mewakili mutu rumah sakit. Dalam kerangka perbaikan mutu IGD, hal ini dapat diterima untuk meningkatkan motivasi kinerja staff IGD.

Instalasi gawat darurat dalam menjalankan fungsinya ditandai dengan adanya mutu pelayanan yang prima. Mutu rumah sakit sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Adapun faktor yang paling dominan adalah keterampilan perawat. Keterampilan perawat merupakan sumber daya manusia yang terlibat langsung dalam pemberian pelayanan kepada pasien adalah dokter, perawat, dan bidan serta tenaga penunjang lainnya. Diantara tenaga tersebut, tenaga perawat dan bidan menempati urutan jumlah terbanyak 40% (Depkes, 2005). Kebutuhan tenaga kesehatan ditetapkan dalam karakteristik klien, model penugasan, dan kompetensi yang dipersyaratkan untuk mencapai tujuan pelayanan ke[erawatan dan kebidanan yang efektif dan efisien (Depkes, 2005).

Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan oleh organisasi untuk meningkatkan kesehatan, mencegah dan memulihkan kesehatan individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Salah satu mutu pelayanan Instalasi Rawat Darurat dalam meningkatkan mutu pelayanan menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) adalah kemampuan menangani *Life Saving*. Sehingga keselamatan pasien dapat ditangani berdasarkan urutan *Airway, Breathing, Circulation*.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomer 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standart pelayanan minimal rumah sakit disebutkan sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dalam undang-undang kesehatan Republik Indonesia nomer 44 tahun 2009 tentang rumah sakit disebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang di penuhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi tingginya.

Woper dan Pena Anwar (2009) mengemukakan bahwa rumah sakit adalah tempat di mana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan. Adapun menurut Newman (2012) rumah sakit adalah suatu institusi yang sesuai dari segi lokasi, kontruksi, organisasi, pengolahan, dan personalia untuk menyediakan secara ilmiah, ekonomis, efisiens, dan tidak menghambat semua atau sebagai kebutuhan kompleks untuk pencegahan, dianosis, pengobatan, aspek fisik, mental dan medis pasien dengan fasilitas yang berfungsi untuk pelatihan pekerja baru dalam berbagai bidang spesialis profesional, bidang teknis dan ekonomis penting untuk pelaksanaan fungsi yang semestinya dan dengan kontak-kontak yang memadai dengan para dokter, rumah sakit lain, fakultas kedokteran dan semua biro kesehatan yang bersangkutan dalam program kesehatan yang lebih baik

Pengertian

Azrul (2010) mengatakan yang di maksud gawat darurat/*emergency care* adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang di butuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*). Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah pelayanan yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat yang cepat. Sistem pelayanan menggunakan sistem *triage*, dimana pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan darurat adalah tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan kegawatdaruratan sehingga mencegah resiko kecacatan dan kematian.

Pelayanan yang diberikan di IGD adalah :(1) Ambulan 24 jam harus selalu tersedia dan siap dalam memberikan kontribusi di dalam transport pasien baik saat penjemputan ataupun pemindahan pasien/rujuk kerumah sakit lain. (2) Bedah minor yaitu tindakan pembedahan sederhana meliputi penjahitan luka kecil atau luka yang tidak mengancam nyawa. (3) Ruang triage tempat dimana pasien di golongkan sesuai dengan kriteria kegawat daruratannya baik kategori merah diruang resusitasi ataupun kategori kuning diruang observasi dan hijau diruang non urgent. (4) Ruang tindakan yaitu ruang dimana dapat melakukan tindakan bedah minor ataupun penanganan baik kasus bedah maupun kasus non bedah. (5) Ruang observasi yaitu ruang yang di peruntukkan baik pada pasien dengan kondisi kategori kuning atau merah yang membutuhkan observasi. (6) Tim penanggulangan bencana yaitu tim disaster yang selalu siap saat terjadi korban masal dan bencana.

Pelayanan yang dapat dilayani di Instalasi Gawat Darurat adalah: (1) Pasien gawat darurat, pasien gawat tidak darurat, pasien tidak gawat dan tidak darurat oleh penyakit tetentu. (2) Pasien akibat kecelakaan (*accident*) yang menimbulkan cedera fisik, mental, sosial, gangguan pernafasan, susunan saraf pusat, sistem cardiovasculer, trauma,

berbagai luka baik yang besar maupun yang kecil, patah tulang, infeksi, gangguan metabolisme, keracunan, merusak organ, dan lain sebagainya. (3) Penanganan kejadian sehari-hari, korban musibah masal dan bencana. Standart manajemen IGD adalah IGD harus di kelola dan diintegrasikan dengan unit lainnya di rumah sakit.

Standart manajemen IGD meliputi administrasi dan pengelolaan dengan cara kriteria pengelolaan sebagai berikut: (1) dokter terlatih sebagai kepala Instalasi IGD yang bertanggung jawab atas pelayanan di IGD. (2) perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan gawat darurat. (3) Semua tenaga dokter dan perawat mampu melakukan tehnik pertolongan. (4) Ada program penanggulangan korban masal, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian didalam rumah sakit ataupun di luar rumah sakit. (5) Semua staff /pegawai harus menyadari dan mengetahui kebijakan dan tujuan unit. Meliputi kesadaran sopan santun, keleluasaan, pribadi (*privacy*), waktu, tunggu, bahasa, perbedaan rasial, kepentingan konsultasi. (6) Ada ketentuan tertulis tentang manajemen informasi medis (prosedur) rekam medis. (7) Semua pasien yang masuk harus *triage*. *Triage* dilakukan sebelum pasien diidentifikasi. (8) *Triage* harus dilakukan oleh dokter atau perawat senior yang berizazah atau berpengalaman. (9) *Triage* sangat penting untuk penilaian kegawat daruratan pasien dan pemberian pertolongan, atau pemberian terapi sesuai dengan derajat kegawat daruratanya yang di hadapi. (10) Petugas *triage* juga bertanggung jawab dalam organisasi dan pengawasan penerimaan pasien dan daerah ruang tunggu. (11) Rumah sakit hanya dapat memberi pelayanan terbatas pada pasien gawat darurat harus dapat mengatur untuk rujukan kerumah sakit lainnya.

Kriteria administrasi di IGD sebagai berikut: (1) Ada ketentuan tertulis indikasi tentang pasien yang akan dirujuk rumah sakit lainnya. (2) Ada ketentuan tertulis tentang pendamping pasien yang di transportasi. (3) Pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa harus selalu di observasi dan di pantau oleh tenaga terampil dan

mampu. Pemantauan terus di lakukan sewaktu transportasi ke bagian lainnya dari rumah sakit satu ke rumah sakit lainnya dan pasien harus di dampingi oleh tenaga yang terampil dan mampu memberikan pertolongan bila ada timbul kesulitan.

Kriteria Ketenagaan

Kriteria Ketenagaan di IGD Bersertifikat *ATLS (Advanced Trauma Life Support)* yaitu pelatihan tentang kegawat daruratan penanganan terhadap korban trauma, *BTCLS (Basic Trauma and Cardiac Life Support)* yaitu pelatihan tentang penanganan kasus jantung dan *ACTN (Advanced Trauma Care For Nurse)* yaitu pelatihan lanjutan bagi perawat yang telah terlebih dulu mengikuti *BTCLS*,serta pelatihan *PRN (Pelatihan Resusitasi Neonatus)* yaitu pelatihan khusus untuk bayi yang baru lahir.

Tenaga cadangan untuk unit harus di atur dan di sesuaikan dengan kebutuhan dengan kriteria sebagai berikut: (1) Ada jadwal jaga harian bagi konsolen, dokter dan perawat serta petugas non medis yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat. (2) Pelayanan radiologi, hematology, kimia, mikrobiology, dan patologi, harus di organisir/di atur sesuai kemampuan pelayanan rumah sakit. (3) Ada ketentuan tentang pengadaan peralatan obat-obatan *life saving*, cairan infus, sesuai dengan standart dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat depkes yang berlaku. (4) Pelayanan transfusi darah ini meliputi pelayanan.

Pasien yang dipulangkan harus dapat petunjuk dan penerangan yang jelas mengenai penyakit dan pengobatan selanjutnya. Rekam medis harus di sediakan untuk setiap kunjungan. Sistem yang optimal adalah bila rekam medis IGD menyatu dengan rekam medis rumah sakit. Ada bagan atau struktur organisasi tertulis disertai dengan uraian tugas semua petugas lengkap dan sudah di laksanakan. Instalasi gawat darurat harus di pimpin oleh dokter, dibantu oleh tenaga medis keperawatan dan tenaga lainnya yang telah mendapat pelatihan *BTCLS* dengan kriteria sebagai berikut: (1) Jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga

yang tersedia di Instalasi gawat darurat harus sesuai dengan kebutuhan pelayanan. (2) Instalasi harus mempunyai bagan organisasi yang dapat menunjukkan hubungan antara staff medis, keperawatan, dan penunjang medis serta garis otoritas dan tanggung jawab. Instalasi Gawat Darurat harus ada bukti tertulis tentang pertemuan staff yang di lakukan secara tetap dan teratur membahas masalah pelayanan dan langkah pemecahannya, yaitu (1) Rincian tugas tertulis sejak penugasan harus selalu ada bagi tiap petugas pada saat mulai terima sebagai tenaga kerja. (2) Harus ada program penilaian untuk kerja sebagai umpan balik untuk seluruh staff. (3) Harus ada daftar nama petugas, dan nomor telepon dan alamat rumah.

Standar Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang di sediakan di Instalasi Gawat Darurat harus menjamin efektivitas dan efisien bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam, 7 hari seminggu secara terus menerus. Dengan kriteria sebagai berikut ; (1) Instalasi Gawat Darurat harus ada petunjuk dan informasi yang jelas bagi masyarakat dan keterlibatin dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. (2) Letak unit/instalasi harus di beri petunjuk jelas sehingga dapat di lihat dari jalan didalam maupun diluar rumah sakit. (3) Ada kemudahan bagi kendaraan roda empat dari luar untuk mencapai lokasi Instalasi Gawat Darurat di rumah sakit dan kemudahan transportasi pasien dari dan ke Instalasi Gawat Darurat dari arah dalam rumah sakit. (4) Ada pemisahan tempat pemeriksaan dan tindakan sesuai dengan kondisi penyakitnya. (5) Daerah yang tenang agar disediakan untuk keluarga yang berduka dan gelisah.

Semakin besarnya rumah sakit memerlukan : (1) Ruang penyimpanan alat steril, obat cairan infus, alat kedokteran serta penyimpanan lainnya. (2) Ruang kantor untuk kepala staff, perawat dan lain-lain. (3) Ruang pembersihan dan ruang pembuangan. (4) Ruang rapat dan ruang istirahat. (4) Kamar mandi. (5) Ada sistem komunikasi

untuk menjamin kelancaran hubungan antara unit gawat darurat dengan unit lain didalam dan diluar rumah sakit terkait atau sarana kesehatan lainnya. (6) Pelayanan ambulance 24 jam. (7) Unit pemadam kebakaran. (8) Harus ada pelayanan radiologi yang diorganisir dengan baik serta lokasi berdekatan dengan unit rawat darurat. Pelayanan radiologi harus dapat di lakukan diluar jam kerja. Pelayanan radiologi sangat penting dan dalam unit yang besar harus terletak didalam unit. Harus tersedia untuk membaca foto bagi akomodasi sataff radiologi. (9) Tersedianya alat dan obat untuk *life saving* sesuai dengan standart pada buku pedoman pelayanan rawat darurat yang berlaku.

Standar Pengembangan Staff dan Program Pendidikan

Instalasi Gawat Darurat dapat dimanfaatkan untuk pendidikan dan pelatihan serta pendidikan berkelanjutan bagi petugas. Dengan kriteria sebagai berikut; (1) Ada program orientasi atau pelatihan bagi petugas baru yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat. (2) Ada program tertulis tiap tahun tentang peningkatan keterampilan bagi tenaga IGD. (3) Ada latihan secara teratur bagi petugas IGD dalam keadaan menghadapi berbagai bencana (disaster). (4) Ada program tertulis setiap tahun bagi peningkatan keterampilan dalam bidang gawat darurat untuk pegawai rumah sakit dan masyarakat.

Standar Evaluasi dan Pengembangan Mutu

Upaya secara terus menerus menilai kemampuan dan hasil pelayanan di IGD dengan kriteria sebagai berikut : (1) Ada data dan informasi (mengenai Jumlah kunjungan, Kecepatan pelayanan dan respon time, Pola penyakit atau kecelakaan, Angka kematian), (2) Instalasi Gawat Darurat harus menyelenggarakan evaluasi terhadap pelayanan kasus gawat darurat sedikitnya satu kali dalam setahun. Instalasi Gawat Darurat juga harus menyelenggarakan evaluasi terhadap kasus kasus tertentu sedikitnya satu kali dalam setahun.

Triage

a. Pengertian

Triage dari bahasa Perancis “*Trier*” artinya mengelompokkan atau memilih (Ignatavicius, (2006) dalam Kristanty, 2009). *Triage* mempunyai tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganan menurut Oman, (2008). *Triage* memiliki fungsi penting di IGD apa bila banyak pasien yang datang pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan agar pasien ditangani berdasarkan urutan kegawat daruratan untuk keperluan intervensi. *Triage* juga diperlukan untuk penempatan pasien ke area penilaian penanganan yang tepat serta membantu untuk menggambarkan keragaman kasus di IGD.

Triage adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisi dari Zimmeman dan Her, (2008). *Triage* juga di artikan sebagai suatu tindakan pengelompokkan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan *Airway* (A), *Breathing* (B), dan *Circulation* (C) dengan pertimbangan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. *Triage* di IGD Rumah Sakit harus selesai dilakukan dalam 15-20 detik oleh staff medis atau paramedis (melalui training) sesegera mungkin setelah pasien datang begitu tanda kegawat daruratan teridentifikasi, penatalaksanaan dapat segera di berikan untuk menstabilkan kondisi pasien. Dimana *triage* di lakukan berdasarkan pada ABCDE, beratnya cedera, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien menurut Puspongoro, (2010). Sistem klarifikasi *triage* mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan. Prioritas didasarkan pada pengetahuan data yang tersedia dan situasi terbaru yang ada. Huruf atau angka yang sering di gunakan antara lain sebagai berikut: (1) Prioritas 1 atau *emergency*. (2) Prioritas 2 atau *urgent*. (3) Prioritas 3 atau *nonurgent*.

b. Prinsip Triage

Rumah sakit didalam melaksanakan *triage* mengutamakan pasien berdasarkan gejala. Perawat *triage* menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran, dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di IGD. Perawat memberikan prioritas utama untuk pasien yang mengalami gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi jalan nafas yang terganggu. Pasien-pasien yang mengalami kesulitan bernafas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama.

Pasien yang memiliki masalah yang mengancam kehidupan yang langsung diberikan pengobatan langsung bahkan mereka di harapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Bagus, 2009). Menurut Brooker, (2008) dalam prinsip *triage* diberlakukan prinsip sistem prioritas. Prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus di dahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan : (1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan detik. (2) Dapat meninggal dalam hitungan jam. (3) Trauma ringan. (4) Sudah meninggal.

c. Tujuan Triage

Tujuan triage bukan saja supaya *The Right Pasien To The Right Hospital By The Right Ambulan At The Right Time* tetapi juga *To Do The Most For The Most* artinya benar pasien untuk benar rumah sakit dengan benar ambulan dalam waktu yang tepat tetapi juga lakukan hal yang tercepat. Dengan catatan sarana kesehatan dalam keadaan bencana/korban masal akan sangat kekurangan tidak akan dipakai untuk korban yang diharapkan hidupnya sangat tipis.

d. Tipe Triage

Single patient triage yang terdiri dari :

Emergent/immediate/priority 1 ; Pasien pada kategori ini harus mendapat prioritas pertama. Tindakan sudah dilakukan di pra rumah sakit atau di dalam ambulans. Yang termasuk dalam kategori ini adalah cedera berat, infark miocard akut, gangguan *airway*, syock, dan anafilaksisme.

Urgent/priority 2 : Pasien dalam kategori ini sudah ditanggulangi dalam beberapa jam. Termasuk pasien yang secara fisiologis stabil tetapi dapat memburuk bila tidak ditangani dengan baik dalam beberapa jam. Yang termasuk dalam kategori ini adalah cedera spinal, stroke, *apendiciscitis*, *cholelitiiasis*.

Non urgent/delayed/prioroty 3 : Dalam kategori ini termasuk pasien yang dapat *Walking Wounded*. Mereka termasuk pasien yang secara hemodinamik stabil tetapi dengan cedera nyata. Yang termasuk dalam kategori ini adalah laserasikulit, kontusio, abrasi dan luka lain seperti fraktur.

1. *Meninggal/salvageable* : Sudah tidak bernafas meskipun telah di bebaskan jalan nafas dan di berikan bantuan nafas. Yang termasuk dalam kategori ini adalah cedera kepala berat, perdarahan masif, luka bakar >90%. Area yang tidak jelas dapat bertahan hidup atau tidak meskipun setelah dilakukan resusitasi dan tindakan maksimum.

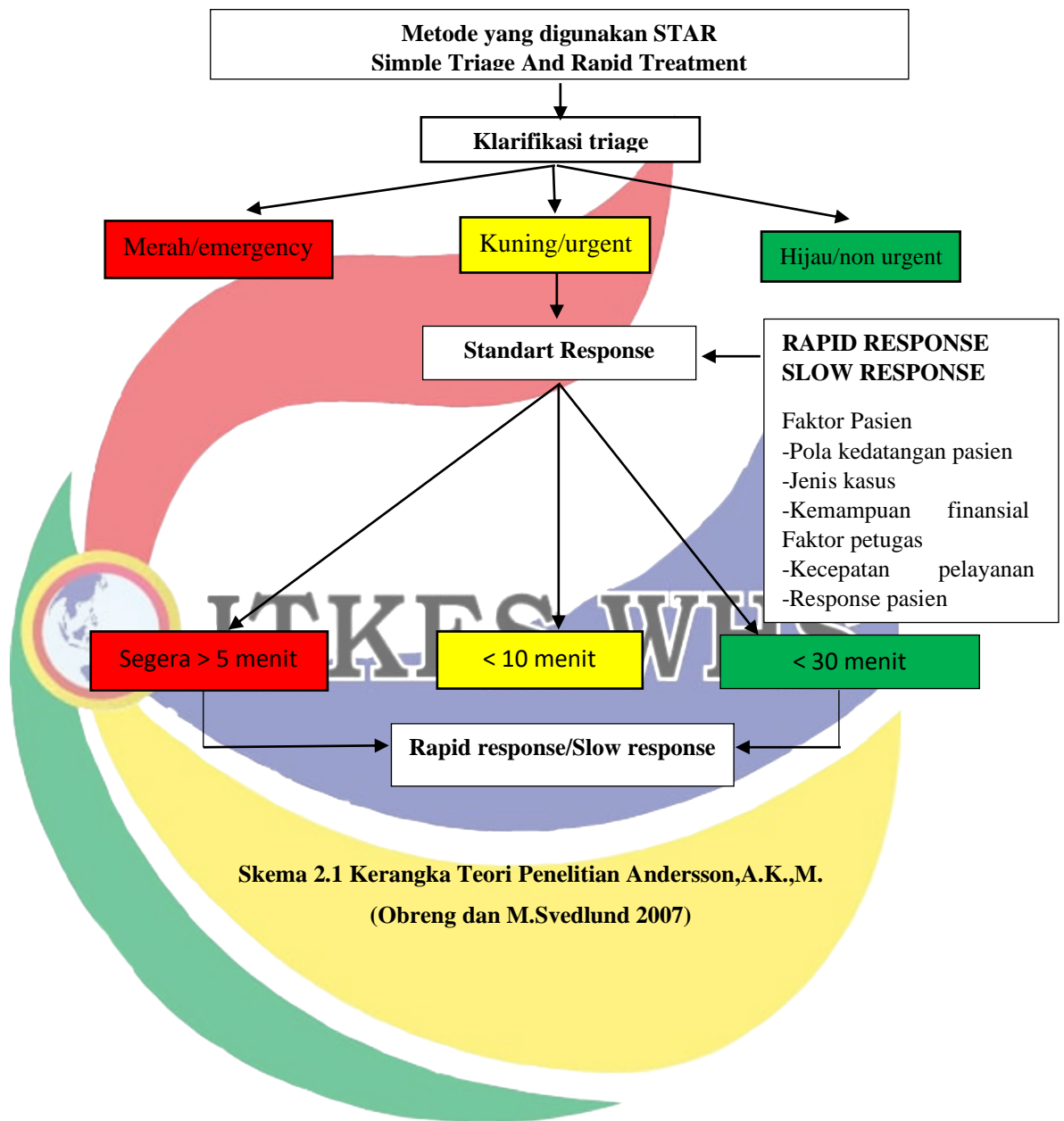
Simple triage & Rafid Treatment (START) The Start Plan dikembangkan oleh rumah sakit Hoagh dan New Port Beach Fire Departement Amerika Serikat. *START* memungkinkan seseorang pasien dalam waktu 60 detik atau lebih dengan mengevaluasi Respirasi, Perfusi, dan Mental. Sistem ini ideal untuk accident korban massal tetapi tidak terjadi fungsional collaps rumah sakit. Ini memungkinkan paramedic untuk memilih pasien mana yang perlu di evaluasi terlebih dahulu ke rumah sakit. Salah satu cara adalah dengan teriak “siapa yang ingin segera di tanggulangi, ikut saya “ yang mengikuti arahan ini

berarti perfusi dan oksigenasi otak baik dan berarti *Airway, Breathing,* dan *Circulation* juga baik. Dan tidak mengikuti arahan berarti ada gangguan di ABCDE nya. Prinsip START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa jalan yang tersumbat dan perdarahan massif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat mengklarifikasikan pasien dalam beberapa kelompok yaitu :

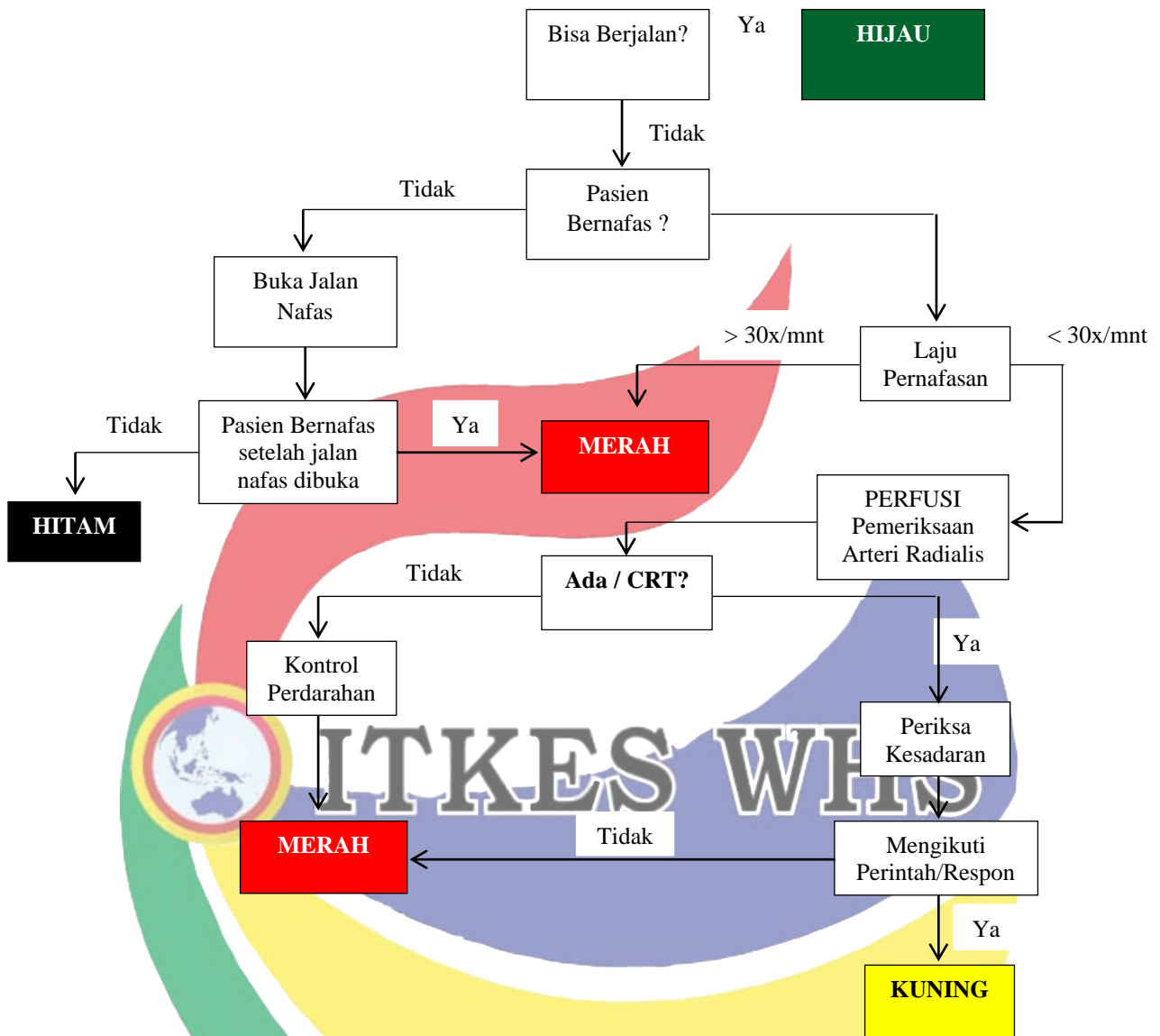
Table 2.1 Color Tag (Pedoman BTCLS dan BCLS, 2012)

Warna	Keterangan
	<p>Gawat darurat (prioritas utama) cedera berat, infark miokard akut, gangguan airway, syok, anafilaksis.</p>
	<p>Semua pasien yang ada gangguan <i>Airway, Breathing,</i> dan <i>Circulation. Disability,</i> dan <i>Exposure</i> semua ini masuk dalam golongan merah. Termasuk pasien yang bernafas setelah <i>Airway</i> di bebaskan. Pernafasan >30/menit. <i>Capillary Refill</i> >2 detik, juga pasien yang kesadarannya menurun/tidak ikut dengan golongan hijau atau kuning. Pada fase ini tindakan hanya mengamankan <i>Airway (suction, oropharyngeal Airway - OPA, intubasi ETT, laryngeal Airway – LMA). Breathing (O2 Bag % Mask, Ventilator). Circulation (balut tekan, infus, dan posisi kaki di angkat). Disability (Neck Coller, bidai, spine board) dan Exposure (setelah di periksa kemudian pasien di beri selimut) proses START tidak lebih dari 60 detik/pasien.</i></p>

Warna	Keterangan
	<p>Gawat tidak darurat (prioritas kedua) cedera spinal, stroke atau cerebral vasculer accident, appendicitis.</p>
	<p>Semua pasien yang tidak termasuk golongan merah dan golongan hijau. Kelompok ini termasuk luka-luka yang tidak berbahaya seperti fraktur tulang pendek. Dan mereka dapat di transport ke rumah sakit yang mampu menanganinya.</p>
	<p>Tidak gawat tidak darurat (prioritas ketiga) laerasi kulit, kontusi, dan luka lainnya, seperti fraktur tulang pendek dan sendi serta demam.</p> <p>Pasien sadar dan dapat berjalan dipisahkan dari pasien yang lain (termasuk pasien yang histeria) dan tinggal pasien yang tidak sadar/cedera berat (biasanya berjumlah 10% sampai 20% sari semua pasien). Paien hijau dapat di transport dengan ambulans atau dengan bus/truk ke rumah sakit gedung umum, gereja, masjid, rumah sakit kecil. Pasien tetap di evaluasi oleh para medic atau perawat dan di lakukan triage ulang.</p>
	<p>Meninggal</p> <p>Sementara untuk hitam merupakan jalur evakuasi bagi rekam jantung. Jika grafik flat alias datar,kemudian pupil sudah melebar dan ada lebam, maka dipastikan pasien meninggal dunia dan harus segera diinfokan kepada keluarga pasien.</p>



Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian Andersson,A.K.,M.
(Obreng dan M.Svedlund 2007)



Skema 2.2 Triage metode START (Pedoman BTCLS Dan BCLS, 2012)

1. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Triage

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 Gawat Darurat tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh Anderson, A.K., M. Ombeng, dan M. Svedlund (2007) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi triage

decision making dibagi menjadi dua faktor yaitu faktor *internal* dan *external*.

Faktor *internal* mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi.

1.Usia.

Menurut pendapat Nursalam (2012), bahwa faktor usia atau umur sangat mempengaruhi kematangan seseorang dalam berpikir dan bertindak atau di artikan sebagai *Extrovet*, yaitu seseorang yang memiliki wawasan dan perhatian keluar dari cara berfikirnya, hal ini terkait dengan kematangan dalam mengambil keputusan. Artinya semakin matang usia seorang perawat maka akan semakin terampil dalam melakukan tindakan keperawatan. Menjadi perawat di IGD harus memiliki keterampilan dan kapasitas pribadi yang dapat bertindak secara tepat,cepat, dan tanggap. Ada beberapa hal keterampilan yang harus dikuasai oleh perawat IGD yang belum tentu dikuasai oleh perawat ruangan lainnya :

- a) Perawat IGD mempunyai kemampuan anamnesa dengan cepat dan tepat dalam melihat kondisi pasien. Beberapa kasus kegawatan seperti cedera otak, pemyakit jantung, dan stroke merupakan penyakit kasus penyakit yang memiliki *golden period* agar nyawa pasien terselamatkan. *Golden period* bukanlah dalam hitungan hari, melainkan hitungan detik dan menit sehingga anamnesa yang cepat dan tepat sangatlah di perlukan.
- b) Kemampuan menilai kesadaran pasien. Salah satu cara menilai kesadaran pasien dengan menggunakan *GCS (Glasglow Coma Scale)* yang merupakan skala yang digunakan untuk menentukan kesadaran seseorang ditinjau dari respon mata (*eye*),cara berbicara (*verbal*), dan gerakan tubuh (*motion*).
- c) Kemampuan melakukan tindakan penyelamatan nyawa pasien. Tindakan ini meliputi terapi cairan pada pasien syock, pemasangan intubasi bersama dengan dokter

anastesi, pemasangan alat bantu nafas, RJP (Resusitasi Jantung dan Paru) serta menggunakan alat defibrilator.

- d) Kemampuan menjahit luka dengan cepat. Salah satu kasus terbanyak di ruang IGD adalah kasus kecelakaan lalu lintas, hampir semua pasien mengalami luka ringan dan luka berat di bagian tubuhnya. Oleh karena itu, perawat IGD harus mempunyai tehnik menjahit luka dengan cepat.
- e) Kemampuan untuk berkomunikasi secara efisien dan efektif. Ruang IGD merupakan ruangan yang sering crowded dan hampir semua pasien membutuhkan penanganan yang cepat. Oleh karena itu perawat IGD harus memiliki kemampuan berkomunikasi secara efisien dan efektif.

2. pendidikan

Koentjoroningrat (2010), mengatakan pendidikan adalah kemahiran menyerap pengetahuan, pendidikan seseorang berhubungan dengan sikap seseorang terhadap pengetahuan yang di serapnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk menyerap pengetahuan. Pendidikan merupakan unsur karakteristik personal yang sering di hubungkan dengan tindakan seseorang atau masyarakat. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah menyerap informasi dalam bidang kesehatan. Mudahnnya seseorang untuk menyerap informasi akan berpengaruh terhadap pembentukan individu baru yang lebih baik.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) ada beberapa cara yang dimanfaatkan untuk meningkatkan pendidikan dan pelatihan atau *in service training* perawat secara berkelanjutan yaitu;

- a) Ada program orientasi atau pelatihan bagi petugas baru yang bekerja di IGD
- b) Ada program tertulis tiap tahun tentang peningkatan keterampilan bagi tenaga di IGD
- c) Ada latihan secara teratur bagi petugas IGD dalam menghadapi berbagai macam bencana (*disaster*).

- d) Ada program tertulis setiap tahun bagi peningkatan keterampilan dalam bidang gawat darurat pegawai rumah sakit dan masyarakat
- e) Kepala perawat di IGD juga perlu di jelaskan bahwa kopensasi yang diberikan di hitung berdasarkan keterampilan dan kemampuan menyelesaikan tugas yang dibebankan kepada perawat, misalnya perawat yang mampu menangani pasien gawat darurat dengan terampil, dinilai lebih dari perawat yang mampu menangani pasien cedera atau trauma.


3. Pelatihan.

Menurut Thoha (2011), latihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan kerja tenaga kesehatan, mampu melaksanakan pelayanan kesehatan serta berorientasi pada kegiatan pelayanan secara langsung. Secara umum bentuk metode ini dapat dibedakan menjadi 4 bentuk yaitu;

On the job training adalah merupakan metode pelatihan yang paling banyak di gunakan. Sistem ini terutama memberikan tugas kepada atasan langsung dari pegawai yang baru dilatih mereka. Sistem ini merupakan sistem yang ekonomis (hemat), karena tidak perlu menyediakan fasilitas khusus untuk pelatihan.

Vestibule school adalah bentuk pelatihan di mana pelatihnya bukanlah atasan langsung tetapi pelatih khusus. Alasannya adalah untuk menghindari para atasan langsung tersebut dengan tambahan kewajiban dan memusatkan latihan hanya kepada para ahli dalam bidang pelatihan.

Apprenticesip (magang) adalah sistem yang digunakan untuk pekerjaan yang membutuhkan keterampilan relatif lebih tinggi. Program ini biasanya mengkombinasikan *on the job training* dengan pengalaman dan petunjuk di kelas dalam pengetahuan tertentu. Sistem magang ini mempunyai prinsip umum, yaitu belajar sambil bekerja.



Kursus-kursus adalah merupakan bentuk mengembangkan perawat yang lebih mirip pendidikan dari pada latihan. Kursus-kursus ini biasanya diadakan untuk memenuhi kebutuhan dan minat dari pada perawat dalam bidang ilmu pengetahuan tertentu seperti, khursus manajemen keperawatn dan penanganan kasus gawat darurat. Beberapa jenis pelatihan yang harus dimiliki seorang perawat di IGD adalah (1) Sesuai dengan sistem pelayanan gawat darurat yang di terbitkan Depkes (2006), disebutkan perawat IGD pernah mengikuti pelatihan Pelatihan Penangan Gawat Darurat Terpadu (PPGD). Pelatihan ini adalah serangkaian usaha-usaha pertama yang dilakukan pada kondisi gawat darurat dalam rannga menyelamatkan pasien dari kematian dan kecacatan. (2) Pelatihan *Basic Trauma Life Support (BTLS)* adalah pelatihan untuk memberikan pertolongan pertama pada korban bencana atau gawat darurat guna mencegah kematian atau merusakkan organ sehingga produktivitasnya dapat di pertahankan setara sebelum terjadinya bencana atau peristiwa gawat darurat yang terjadi. (3) Pelatihan *Basic Cardiac Life Support (BCLS)* adalah pelatihan untuk memberikan bantuan hidup dasar pada pasien yang mengalami trauma dan gangguan jantung dan paru (kardiopulmoner). (4) Pelatihan *Advanced Trauma Care For Nurses (ATCN)* adalah pelatihan lanjutan bagi perawat yang terlebih dahulu memilki sertifikat pelatihan *BTLS* dan *BCLS* sehingga dapat meresh kembali keterampilan yang pernah di ikuti. (5) Pelatihan *Resusitasi Neonatus (PRN)* adalah pelatihan yang memberikan pemahaman mengenai masalah pada neonatus terutama pada respiratory distress, meningkatkan keterampilan resusitasi neonatus, memberikan pemahaman tentang pemakaian alat *Continuos Positive Airway Pressure (CPAP)*.

Dengan adanya pelatihan-pelatihan ini diharapkan mampu menjadi syarat perawat IGD.

a. Faktor *external* mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja yang tinggi, pengaturan *shift*, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien.

1) Beban kerja merupakan besarnya pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan atau unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Setiap perawat dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun pasien. Untuk itulah diperlukan upaya penyesuaian antara kapasitas kerja, beban kerja, serta lingkungan kerja. Dengan demikian dapat di peroleh produktivitas kerja yang optimal (Widyatamini dan Hakim, 2008). Beban kerja merupakan kemampuan tubuh pekerja harus sesuai dan seimbang terhadap kemampuan fisik dan beban kerja psikologis (Irwandy, 2007). Beban kerja fisik dapat berupa beratnya pekerjaan seperti mengangkat, merawat, mendorong. Sedangkan beban kerja psikologis dapat berupa sejauh mana tingkat keahlian dan prestasi kerja yang di miliki individu dengan individu lain (Manuaba, 2000). Adanya fluktuasi beban kerja yang terjadi pada jangka waktu tertentu, sehingga terkadang bebannya sangat ringan dan saat-saat lain beban bisa berlebihan. Keadaan beban kerja yang fluktuatif tersebut dapat menimbulkan kecemasan, kejenuhan, dan tidakpuasan kerja dan cenderung meninggalkan kerja (Mudyana dan Ahmad, 2007). Dalam keadaan seperti ini akan ada adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja meliputi beban kerja fisik akibat kerja. Beban kerja dapat dibedakan menjadi beban kerja kuantitatif dan beban kerja kualitatif. Beban kerja kuantitatif menunjukkan adanya jumlah pekerjaan yang besar yang harus dilakukan misalnya jam kerja yang tinggi, derajat tanggung jawab yang besar, tekanan kerja sehari-hari dan sebagainya. Beban kerja

kualitatif menyangkut stress kerja perawat selain itu juga dapat mempengaruhi pelayanan terhadap pasien serta keselamatan pasien sehingga kinerja perawat menjadi rendah (Martanti,2015).

Beban kerja perawat adalah volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Menurut Haryati (2016) volume kerja perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien per hari. Kesimpulan beban kerja perawat adalah keseluruhan kegiatan atau aktifitas yang di tetapkan dalam satuan waktu tertentu di suatu unit pelayanan keperawatan. Akibat beban kerja yang terlalu berat atau kemampuan fisik yang terlalu lemah dapat mengakibatkan seorang perawat menderita penyakit atau gangguan kecendrungan penurunan kinerja perawat dalam melaksanakan tugasnya.

Irwandy (2007) menyatakan beban kerja adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Jika faktor tersebut di abaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien.

Faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah kondisi pasien yang selalu berubah, jumlah rata-rata jam perawatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan langsung kepada pasien melebihi dari kemampuan seseorang, keinginan untuk berprestasi kerja, tuntutan pekerjaan tinggi serta dokumentasi asuhan keperawatan .

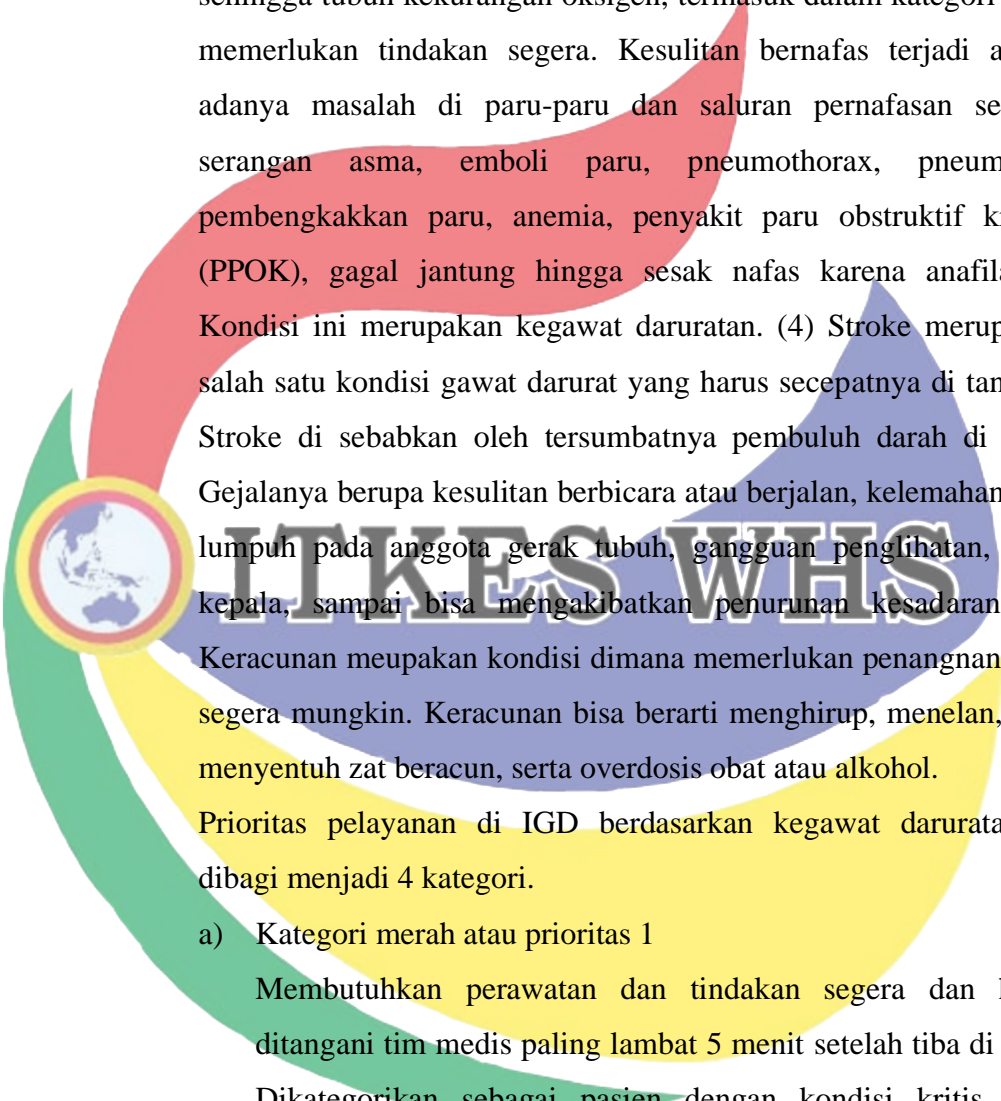
Beberapa hal yang yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja adalah (1) jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/ dan tahun di unit tersebut. (2) kondisi dan tingkat ketergantungan pasien. (3) rata-rata pasien di rawat. (4) pengukuran keperawatan langsung dan perawatan tidak langsung. (5) frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien. (6) rata-rata perawatan yang di butuhkan pasien.

Menurut Ilyas Yaslis (2000) beban kerja perawat dapat diketahui dengan menggunakan teknik *Work Sampling*. Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja pekerja yang di pangku oleh personal pada satu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Pada metode *Work Sampling* dapat diamati hal yang spesifik tentang pekerjaan seperti aktifitas apa saja yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja, proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.

Menurut Nursalam (2013) beban kerja dapat diketahui dengan teknik *Time and Motion Study*. Teknik ini untuk mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati, sehingga dapat diketahui beban kerja personel dan kualitas kerjanya.

2) Kondisi klinis pasien.

Beberapa jenis pasien yang dirawat di IGD umumnya adalah pasien kecelakaan, pasien dengan penyakit akut maupun kronis yang mengancam nyawa serta keadaan darurat yang memerlukan perawatan segera, seperti kasus keracunan. IGD menyediakan perawatan dan pengobatan untuk menangani perawatan awal. Sebagian masyarakat tidak mengetahui seperti apa saja yang harus ditangani di IGD. Beberapa kondisi klinis pasien yang harus mendapatkan penanganan segera di IGD adalah: (1) Serangan jantung dan henti jantung. Serangan jantung merupakan kondisi dimana salah satu pembuluh darah jantung mengalami penyumbatan. Serangan jantung terkadang menunjukkan gejala seperti sesak napas, nyeri dada, dada terasa tertekan dan terasa pehuh. Rasa nyeri dada bisa timbul dan dapat menyebar kebagian lain seperti pundak, kedua lengan, punggung, perut bahkan kerahang bawah. Ini merupakan kondisi gawat darurat yang membutuhkan perawatan segera untuk di bawa ke IGD, karena serangan jantung yang tidak segera diobati dengan cepat dan tepat dapat menghentikan jantung.



(2) Cedera fisik akibat kecelakaan. Kecelakaan menyebabkan banyak luka atau cedera fisik yang merupakan konsis yang diutamakan di IGD. Cedera yang diutamakan seperti kecelakaan lalu lintas, luka bakar, perdarahan yang tidak kunjung berhenti, cedera karena tersengat listrik atau tersambar petir. (3) Kesulitan bernafas. Kondisi ini yang menyebabkan kesulitan bernafas atau gagal nafas sehingga tubuh kekurangan oksigen, termasuk dalam kategori yang memerlukan tindakan segera. Kesulitan bernafas terjadi akibat adanya masalah di paru-paru dan saluran pernafasan seperti, serangan asma, emboli paru, pneumothorax, pneumonia, pembengkakan paru, anemia, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), gagal jantung hingga sesak nafas karena anafilaktis. Kondisi ini merupakan kegawat darurat. (4) Stroke merupakan salah satu kondisi gawat darurat yang harus secepatnya di tangani. Stroke di sebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Gejalanya berupa kesulitan berbicara atau berjalan, kelemahan atau lumpuh pada anggota gerak tubuh, gangguan penglihatan, sakit kepala, sampai bisa mengakibatkan penurunan kesadaran. (5) Keracunan merupakan kondisi dimana memerlukan penanganan IGD segera mungkin. Keracunan bisa berarti menghirup, menelan, atau menyentuh zat beracun, serta overdosis obat atau alkohol. Prioritas pelayanan di IGD berdasarkan kegawat daruratannya dibagi menjadi 4 kategori.

a) Kategori merah atau prioritas 1

Mebutuhkan perawatan dan tindakan segera dan harus ditangani tim medis paling lambat 5 menit setelah tiba di IGD. Dikategorikan sebagai pasien dengan kondisi kritis yang mengancam nyawa. Misalnya pasien henti jantung, henti nafas, dan koma.

b) Kategori kuning atau prioritas 2

Pasien dengan kondisi ini memerlukan perawatan setidaknya dalam kurun waktu 15 sampai 20 menit setibanya sampai di

IGD, masuk kategori gawat tidak darurat yaitu pasien yang memiliki kondisi yang berpotensi mengancam nyawa seperti pada kasus luka robek.

c) Kategori hijau atau prioritas 3

Pasien dengan kondisi ini cedera atau gejala ringan. Biasanya merasakan keluhan lebih dari seminggu, seperti batuk pilek, dan nyeri ringan ini masuk dalam kondisi tidak mendesak. Pasien dalam kategori ini dapat menunggu hingga satu jam sebelum di tangani oleh dokter.

d) Kategori hitam atau prioritas 4

Pasien dengan kondisi ini datang ke IGD dalam keadaan sudah tidak bernyawa dan ditandai dengan lebam mayat dan kaku mayat.

3) Pengaturan *Shiff*

Pengaturan jadwal *shiff* telah di atur Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyelenggarakan tentang pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan mutu dan standart pelayanan di haruskan memiliki sistem penjadwalan yang berkualitas dikarenakan padatnya sistem pelayanan yang ada di dalam rumah sakit. Salah satu penjadwalan yang harus diperhatikan adalah penjadwalan perawat.

Pada umumnya penjadwalan perawat di Indonesia di klasifikasikan dalam sistem penjadwalan dinas jaga atau *Shiff*, yaitu dinas pagi, dinas sore, dan dinas malam. Namun bagi sebagian perawat tuntutan kerja di malam hari, liburan dan akhir pekan sering menimbulkan stress dan frustasi. Penjadwalan yang kaku adalah kontributor utama terhadap ketidakpuasan kerja di pihak perawat. Jika perawat tidak dapat memberikan saran terhadap jadwal kerja, semangat para perawat dapat berkurang. Perasaan tidak berdaya ini sangat berperan dalam meningkatkan rasa amarah di kalangan perawat profesional. Oleh karena itu, penjadwalan merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan ketidakpuasan kerja

dan semangat kerja. Manajer adalah orang yang bertanggung jawab untuk menyusun jadwal kerja dan sebaiknya secara berkala melakukan evaluasi kepuasan pengawainya terhadap sistem penjadwalan yang sedang berlaku. Dengan membantu pegawainya yang merasa ada kendala terhadap penjadwalan dinas jaga sehingga manajer dapat memperbaiki kepuasan kerja pegawai. Selain itu perpanjangan dinas jaga dari delapan jam sampai sepuluh jam atau dua belas jam dapat menyebabkan peningkatan kesalahan penilaian klinis karena kelelahan perawat. (Bessie, 2016).

4) Riwayat klinis pasien.

Riwayat klinis pasien dapat kita lihat melalui Rekam Medis (RM) pasien. Sehingga semua kondisi pasien dari pasien masuk hingga pasien di pulangkan dapat di akses melalui data yang ada di IGD. Pencatatan dan pelaporan sangat dibutuhkan ketika seorang perawat menolong pasien, melakukan perekaman dan pencatatan identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosa, pengobatan serta tindakan apa yang telah diberikan kepada pasien. Dengan adanya pencatatan yang baik dan benar maka ketika pasien datang ke IGD dalam keadaan membuuk maka perawat dapat melihat riwayat penyakit yang pernah di derita pasien sebelumnya (Depkes, 2005). Pentingnya riwayat pasien dalam menangani pasien akan mengurangi kemungkinan terburuk dalam tindakan keperawatan dan pengobatan serta mencegah kecacatan dan kematian (Natasia dan Nazvia, 2014).

Pelaksanaan *triage* sangat penting dilaksanakan dalam kondisi kegawat daruratan, sehingga faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* perlu diidentifikasi serta perlu rekomemendasi lebih lanjut untuk perbaikan, khususnya masalah mutu dan peningkatan jumlah tenaga perawat, serta melengkapi dan mengoptimalkan penggunaan perlengkapan *triage*. Melalui pelaksanaan *triage* kepuasan pasien dirumah sakit akan tercapai serta kecacatan dan kematian pada kasus kegawat daruratan dapat di minimalkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa faktor-faktor

yang berhubungan dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Kerangka Teori Penelitian Menurut Imogene King

a. Sejarah Teori Imogene King

Imogene King mengungkapkan teori secara bertahap yang dimulai pada periode tahun 1961-1966, yaitu tentang “Konsep Umum dari Perilaku Manusia” (*General Concepts of Human Behavior*). Ini merupakan konseptual yang dihasilkan melalui penelaahan literatur. Asumsi dasar King bahwa manusia seutuhnya meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu.

b. Kerangka kerja konseptual keperawatan King

Pada tahun 1966- 1968, ia mengeluarkan artikel yang berjudul “Kerangka Kerja Konseptual Keperawatan” (*A Conceptual Framework for Nursing*). Selanjutnya pada tahun 1968-1972 King menyimpulkan teori keperawatan sebagai berikut:

- 1) Gambaran yang sistematis dari keperawatan adalah syarat mutlak untuk mengembangkan keperawatan.
- 2) Pada periode 1971 ia mengatakan, perawat adalah individual dan professional tetapi keperawatan belum sebagai ilmu.
- 3) Pada tahun 1980-1981 mempublikasikan teori keperawatannya sebagai suatu sistem, konsep dan proses.
- 4) Pada suatu pertemuan King mengatakan bahwa teori sistem dari ilmu perilaku mendukung pengembangan interaksi yang dinamis. King mengidentifikasi sistem yang dinamis dalam tiga system interaksi, yaitu : *personal systems* (individual), *interpersonal systems* (group) dan *social systems* (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial, sistem pelayanan kesehatan, dll) yang disebut dengan *Dynamic Interacting Systems*.

- 5) Asumsi dasar King adalah jika tujuan keperawatan fokus terhadap pencapaian tujuan dari setiap individu dan kelompok serta suatu alasan yang dapat diterima, berarti hal ini merupakan suatu sistem yang terbuka dan pada akhirnya kerangka kerja konseptual harus diorganisir untuk menggabungkan ide-ide Berdasarkan kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*) dan asumsi dasar tentang *human being*, King menggabungkannya menjadi teori pencapaian tujuan (*theory of goal attainment*). Menurut King, sistem interaksi yang dinamis digambarkan sebagai proses interaksi manusia sebagai individu, kelompok dan masyarakat dengan lingkungannya sebagai sistem yang terbuka dan berorientasi pada pencapaian tujuan (Parker,2001).

c. Definisi Konsep *Theory Goal Attainment*

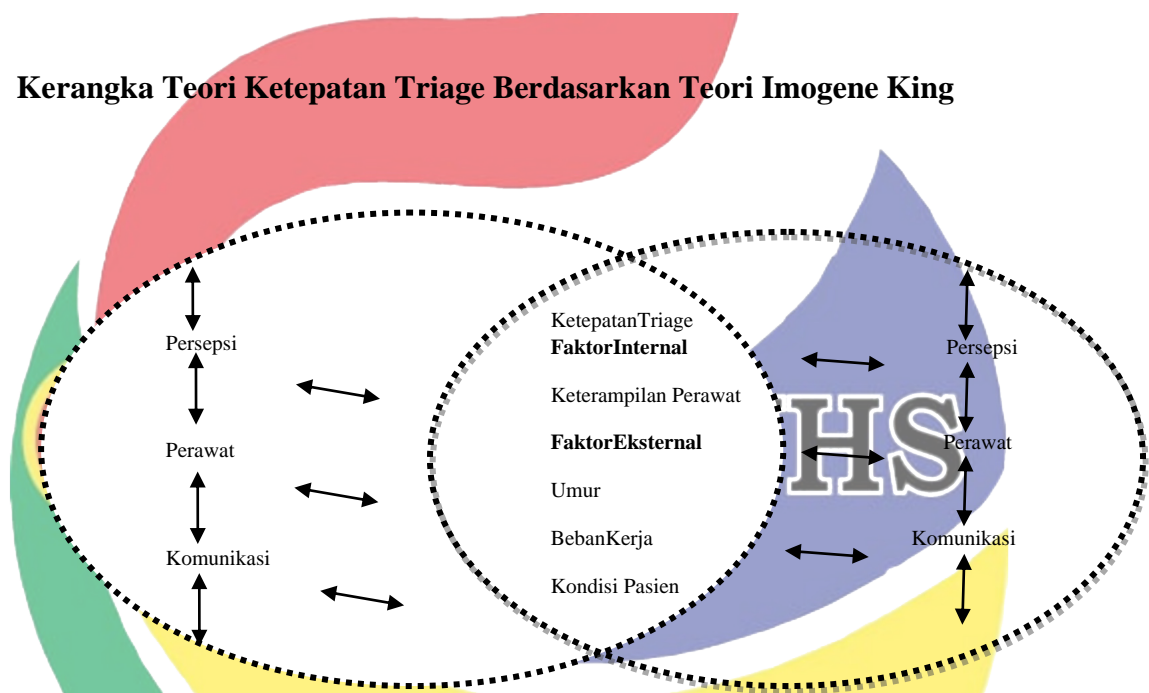
King mendefinisikan teorinya sebagai serangkaian konsep yang saling berhubungan dengan jelas dan dapat diamati dalam praktek keperawatan. Teori ini membangun tubuh ilmu pengetahuan keperawatan (*Body of Knowledge*) *Theory Goal Attainment* (Pencapaian tujuan) menurut King adalah sistem interaksi yang dinamis dan digambarkan sebagai proses interaksi manusia sebagai individu, kelompok dan masyarakat dengan lingkungannya sebagai sistem yang terbuka dan berorientasi pada pencapaian tujuan, meliputi: interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu dan ruang (Marriner,A. 1986).

Menurut King, *personal system* (individu) merupakan sistem terbuka yang meliputi persepsi (perception), diri (self), pertumbuhan dan perkembangan (growth and development), citra diri (body image), ruang (space), dan waktu (time). *Interpersonal system* (group) merupakan suatu hubungan antara perawat dan pasien yang meliputi interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stress. *Social system* (sosial) yang berarti bahwa sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan

mekanisme pengaturan antara praktik dan aturan. Terdiri dari organisasi, otoritas, kekuasaan, status dan pengambilan keputusan. (George, 1995).

Melalui dasar sistem tersebut, maka King menganggap manusia merupakan individu yang reaktif yakni bereaksi terhadap situasi, orang dan objek. Manusia sebagai makhluk yang berorientasi terhadap waktu tidak lepas dari masa lalu dan sekarang yang dapat mempengaruhi masa depan dan sebagai makhluk sosial manusia akan hidup bersama orang lain yang akan selalu berinteraksi. (Parker, 2001).

Kerangka Teori Ketepatan Triage Berdasarkan Teori Imogene King



Skema 2.3 Ketepatan *Triage* Berdasarkan Teori King

King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya (*Human Being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya (*Human Being*) meliputi faktor internal dan faktor external dalam melayani pasien. Dari keyakinan tentang *Human Being* ini maka King berasumsi bahwa lebih spesifik terhadap interaksi perawat dan pasien; (1) Persepsi dari perawat dan klien

mempengaruhi proses interaksi. (2) Tujuan dan kebutuhan serta nilai dari perawat mempengaruhi interaksi. (3) Individu mempunyai hak tentang dirinya sendiri. (4) Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. (5) Profesionalisme kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap informasi yang diberikan. (5) Individu mempunyai hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan.

Model keperawatan menurut King dalam melakukan pelayanan keperawatan di ruang UGD dapat di gambarkan sebagai interaksi perawat terhadap pasien. Sehingga ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pelayanan yang baik agar keberhasilan dapat di capai dengan cara melakukan *triage* terhadap pasien sebelum pasien menerima perawatan.

- a. Faktor Personal; Dalam melayani pasien seorang perawat harus mempunyai *skill*(keterampilan) dan kapasitas diri. Sehingga dapat di nilai sebagai sistem terbuka, mampu berinteraksi, mengubah energi, dan informasi dengan lingkungannya.
- b. Faktor Interpersonal; Interaksi ini dapat dipahami dengan melihat lebih jauh tentang konsep dalam melakukan tindakan keperawatan. Lingkungan kerja, beban kerja, pengaturan *shift* perawat serta kondisi pasien sangat mempengaruhi dalam melayani pasien.
- c. Faktor Sosial; Sosial sangat berpengaruh dalam menjaga kesehatan dan keselamatan pasien. Beberapa hal yang sangat mempengaruhi perilaku pasien seperti, kondisi dan situasi dalam lingkungan, persepsi diri, citra diri pasien, serta perubahan dan perkembangan penyakit pasien.

Berdasarkan analisa saya, konsep King ini diprediksi dapat menyesuaikan pada setiap perubahan, perkembangan iptek, sosial, ekonomi, dan politik, ini di karenakan sistem model King ini bersifat terbuka dan dinamis. Teori King menyatakan bahwa manusia mempunyai hak untuk mendapatkan informasi, berpartisipasi, dalam membuat keputusan untuk mempengaruhi kehidupan, kesehatan, maupun mendapatkan pelayanan kesehatan.

Teori King cukup logis dipandang dari cakupan teori atau pernyataan yang di kemukakan, karena teori King ini sangat sesuai dengan keberhasilan

perawatan adalah adanya interaksi yang terus menerus antara perawat dan klien serta lingkungan external maupun interal yang mempengaruhi. King juga menyatakan bahwa intervensi keperawatan adalah adanya interaksi perawat dengan pasien meliputi komunikasi, persepsi yang menimbulkan aksi dan reaksi serta menetapkan tujuan dengan maksud tercapainya persetujuan dan adanya transaksi. Sehingga teori King ini dapat diterapkan dalam baik di lingkungan klinik maupun pada komunitas.

Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pernyataan penelitian, yang harus di uji kesalihannya secara empiris (Nursalam, 2008). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Berdasarkan rumusan masalah dapat dirumuskan hipotesa penelitian sebagai berikut :

- a. Ha : Terdapat hubungan beban kerja yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat
Ho : Tidak terdapat hubungan beban kerja yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.
- b. Ha : Terdapat hubungan keterampilan yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat
Ho : Tidak terdapat hubungan keterampilan yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.
- c. Ha : Terdapat hubungan kondisi klinis yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat
Ho : Tidak terdapat hubungan kondisi klinis yang mempengaruhi ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Waktu Penelitian.

Penelitian dilakukan pada Maret 2020 di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

D. Populasi dan Sampel/Subjek Penelitian.

1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Notoatmojo, 2010). Populasi dalam penelitian adalah seluruh perawat yang berada di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan jumlah perawat sebanyak 36 orang perawat dan 5 bidan dengan total populasi 41.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Adapun metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang berbidan di ruang IGD. Besaran sampel dapat dihitung dengan rumus slovin sebagai berikut (Nursulam, 2008)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = standar error 5% (0,05)

$$n = \frac{41}{1+(41 \times 0,05^2)}$$

$$n = \frac{41}{1+0,1025}$$

$$n = \frac{41}{1,1025} \\ = 37,18$$

Maka sampel dalam penelitian ini berjumlah 37 responden

Karakteristik sampel dapat di masukkan dalam kriteria inklusi dan eksklusi. Kreteria inklusi meliputi:

1. Perawat dan bidan yang bekerja di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang berjaga pada *shift* pagi, *shift* sore, dan *shift* malam, minimal yang bekerja selama 3 tahun.
2. Berpendidikan D3 Keperawatan, D3 Kebidanan, dan S1 Keperawatan yang sudah mendapatkan pendidikan pelatihan *BTCLS*, *ACTN*, dan *PRN* yang bersedia menjadi informan.

Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini meliputi:

1. Perawat dan bidan yang sedang menjalankan cuti
2. Perawat atau bidan yang belum 3 tahun di IGD Dr Kanujoso Djatiwiboo Balikpapan.
3. Perawat dan bidan yang sedang mengikuti pelatihan di luar IGD RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2009). Alasan pengambilan sampling ini adalah karena jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian gawat darurat terbatas, maka peneliti mengambil seluruh perawat yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat menjadi 36 responden dan 9 bidan.

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.

1. Variabel Penelitian

Variabel dependent adalah variabel tergantug terikat, akibat, atau variabel yang berpengaruh, variabel ini berpengaruh pada variabel bebas atau variabel independent (Notoatmojo, 2010). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah ketepatan *triage*.

Variabel independent adalah variabel bebas, sebab, mempengaruhi atau variabel risiko (Notoatmojo, 2010). Variabel independent dalam penelitian ini adalah beban kerja, dan kondisi klinis pasien.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati, diukur, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat di ulangi lagi oleh orang lain. Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan seperti pada tabel berikut :

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen Beban Kerja	Seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas dalam jangka waktu tertentu	Survey dengan menggunakan <i>Work Sampling</i> (Ilyas Yaslis, 2000)	0. Ringan (skors <30%) 1. Sedang (skors 30-55%) 2. B (skors 56-80%)	Ordinal
2	Variabel Independen Kondisi Klinis Pasien	Keadaan yang menggambarkan pasien masuk di IGD	Lembar Observasi	0. NonUrgent (Label Hijau) 1. Urgent (Label Kuning) 2. Emergency (Label Merah)	Numerik
3	Variabel Dependen Ketepatan Triage	Penentuan pasien di IGD sesuai dengan tingkat kegawat daruratanya	Lembar Observasi	0. Tepat 1. Tidak Tepat	Ordinal

F. Sumber Data dan Instrument Penelitian

1. Sumber data

Sumber data adalah salah satu pertimbangan dalam memilih masalah penelitian. Yang di maksud sumber data dalam penelitian adalah subjek dari mana data didapat diperoleh. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dua sumber data yaitu :

- Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri atau dirinya sendiri. Ini adalah data yang belum pernah dikumpulkan sebelumnya, baik dengan cara tertentu atau pada periode waktu tertentu. Adapun yang menjadi sumber data primer dalam penelitian ini adalah perawat yang berada di ruang Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujosos Djatiwibowo Balikpapan.
- Data sekunder adalah data yang dikumpulkan oleh orang lain, bukan peneliti sendiri. Data ini biasanya dari peneliti lain yang dilakukan oleh lembaga-lembaga atau organisasi. Dalam penelitian ini sumber data

sekunder didapatkan melalui lembar observasi. Hal ini bertujuan agar hasil penelitian yang didapatkan oleh peneliti akurat.

Adapun cara pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada responden. Responden diminta untuk mengisi sendiri kuesioner yang ditunggu dan langsung dikembalikan kepada peneliti. Peneliti mengambil data dengan cara memberikan kuesioner pada saat setelah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian (Indrawan dan Yaniawati, 2014). Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yaitu dengan menggunakan lembar observasi dan kuisoner.

a. Lembar Observasi Ketepatan *Triage*

Berisi tentang data karakteristik perawat dan beberapa indikator yang membicarakan tentang ketepatan *triage*. Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yaitu dengan modifikasi lembar observasi. Lembar observasi terdiri dari *triage* merah, *triage* kuning, *triage* hijau dan hitam. Dengan menilai keadaan pasien secara tepat dan tidak tepat dan melingkari warna yang sesuai dengan kondisi pasien (Depkes RI, 2005)

b. Lembar Observasi Kondisi Klinis

Berisi tentang data karakteristik pasien dan penetapan *triage* pasien dengan metode *START*. Metode yang digunakan terdiri dari 6 item tindakan yang dilakukan di IGD dalam menangani pasien yang berada pada label merah, label kuning, dan label hijau berdasarkan tingkat ABC (*Airway, Breathing, and Circulation*), serta kesadaran pasien atau GCS (*Glasgow Coma Scale*). Lembar observasi ini hasil modifikasi dari lembar observasi yang sudah ada dengan mengacu pada

SPO dan tidak perlu di lakukan uji validitas dan uji reabilitas. Tepat jika nilainya 6 dan tidak tepat jika nilai < dari 6.

c. Lembar Kuesioner Beban Kerja

Instrumen yang digunakan untuk variabel beban kerja adalah dengan menggunakan survei *Work Sampling*, untuk melihat beban kerja personil pada suatu unit. Pada survei *work sampling* dapat diamati:

- 1) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personil pada waktu jam kerja
- 2) Apakah aktivitas personil berkaitan dengan fungsi dan tugas pada waktu jam kerja
- 3) Proporsi waktu kerja untuk kegiatan produktif/ kegiatan langsung atau tidak produktif/ kegiatan tidak langsung.
- 4) Pola beban kerja personil dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Untuk mendapatkan informasi tersebut dilakukan survei terhadap perawat. Pada *Work sampling* yang menjadi pengamatan adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan perawat dalam menjalankan tugasnya.

Teknik pengamatan:

Peneliti mengamati kegiatan pekerjaan responden dari mulai masuk kerja sampai dengan pulang sesuai dengan jumlah sampel yang diambil pada tiap-tiap bangsal. Pengamatan dilakukan 15 menit pertama pada perawat A, 15 menit kedua pada perawat B, 15 menit ketiga pada perawat C, 15 menit keempat pada perawat D, 15 menit kelima pada perawat E dan seterusnya sesuai dengan jumlah responden yang diambil kemudian kembali lagi ke perawat A. Pengamatan pada penelitian ini parameter yang digunakan untuk mendiskripsikan beban kerja adalah :

Berat jika 56% - 80% dari jam kerja, Sedang jika skor 30% - 55% dari jam kerja, dan Ringan jika <30% dari jam kerja.

Survei pada penelitian ini menggunakan formulir untuk mengobservasi kegiatan responden. Pada formulir ini menggunakan kolom kegiatan langsung, tak langsung, pribadi, dan non produktif.

Kegiatan langsung adalah, kegiatan yang langsung berkaitan dengan pasien misalnya menyuntik, mengukur suhu, memasang infus dan lain-lain. Kegiatan tak langsung adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang berkaitan dengan fungsinya, seperti menulis rekam medis, membuat laporan harian dan lain-lain. Kegiatan pribadi adalah semua kegiatan yang berkaitan dengan kepentingan dari perawat yang diamati, seperti: makan, minum, ke toilet, dan lainnya. Kegiatan non produktif adalah semua kegiatan perawat yang tidak produktif untuk kepentingan pasien maupun organisasi rumah sakit seperti: menonton TV, berbincang-bincang, baca koran dan lainnya

Kisi – Kisi Kuisoner penelitian :

Variabel	Pertanyaan		Jumlah
	Favourable	Unfavourable	
Beban Kerja	4,7,8,9,10,11,12,13,14	1,2,3,5,6,15	15

Kuesioner yang telah dibuat terhadap variabel independent beban kerja dengan kriteria; 1. Sangat Setuju. 2. Tidak Setuju. 3. Ragu Ragu. 4. Setuju. 5. Sangat Setuju.

Pertanyaan positif pada poin 4,7,8,9,10,11,12,13,14.

Pertanyaan negatif pada poin 1,2,3,5,6,15 dan semua ada 15 pertanyaan yang akan di ajukan kepada responden.

G. Uji Validitas dan Reabilitas Pemeriksaan Keabsahan Data

1. Uji Validitas

Uji Validitas merupakan tingkat kemampuan sesuatu instrumen untuk mengungkapkan sesuatu yang menjadi sasaran pokok pengukuran yang dilakukan dengan instrumen tersebut (Arikunto, 2010). Suatu intrumen dinyatakan valid jika instrumen tersebut mampu mengukua apa saja yang hendak di ukur. Uji instrumen penelitian ini dilakukan uji dengan menggunakan rumus *pearson product moment* dengan membandingkan r hitung dengan r table.

2. Uji Reabilitas

Uji reabilitas adalah uji untuk menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan.

H. Pengolahan Data

Menurut Mundir (2013) setelah lembar observasi di isi maka data di olah melalui tahap sebagai berikut :

1. *Editing* yaitu meneliti kembali apakah isian dalam lembar observasi sudah lengkap dan diisi, editing dilakukan di tempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data segera dikonfirmasi pada responden. Dengan demikian diharapkan akan diperoleh data yang valid dan dapat dipertanggung jawabkan, yang perlu dicek adalah:
 - a. Kelengkapan pengisian
 - b. Keserasian (consistency)
 - c. Lengkap yaitu semua pernyataan sudah terisi
2. *Coding* adalah usaha pengklasifikasian jawaban dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan coding, jawaban responden di klasifikasikan dengan menggunakan code tertentu berupa angka.
3. *Tabulating* yaitu langkah memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel-tabel sesuai dengan kriteria yang di tentukan. Pada saat memasukkan data peneliti harus tetap teliti jika salah sekali dalam memasukkan data, maka hasil yang didapatkan tidak sesuai.
4. *Entry* data yaitu memasukkan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data dengan bantuan program komputer.
5. *Cleaning* yaitu mengecek kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak, membuang data yang sudah tidak dipakai.

I. Analisa Data

Penelitian ini merupakan penelitian untuk mengetahui hubungan antara satu variabel terikat (dependent variabel) dengan beberapa variabel terbuka (independent variabel). Adapun tahap analisa data sebagai berikut :

1. Uji Normalitas

Uji normalitas adalah uji yang dilakukan untuk mengecek apakah data penelitian kita berasal dari populasi yang sebarannya normal. Uji ini perlu dilakukan karena semua perhitungan statistik non parametric. Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah data yang diperoleh dari hasil penelitian berdistribusi normal atau tidak. Data berdistribusi tidak normal yaitu bahwa data akan mengikuti bentuk distribusi tidak normal, dimana data memusat pada nilai rata-rata dan median. Data yang membentuk distribusi normal bila jumlah data di atas dan dibawah jumlah rata-rata adalah sama, demikian juga simpangan bakunya (Sugiyono, 2010).

Pengujian distribusi normal dapat dilakukan dengan dua alat statistik yaitu dengan metode Kolmogorov smirnov dan Shapiro wilk. Uji normalitas kolmogorov-smirnov digunakan jika sampel (> 50) dengan nilai kemaknaan $p > 0,05$, sedangkan shapiro wilk digunakan jika sampel (< 50) dengan nilai kemaknaan $p < 0,05$. Untuk penyajian data, bila distribusi normal menggunakan mean atau standart deviasi, jika distribusi data tidak normal dianjurkan menggunakan median dan data minimum-maksimum. Untuk uji hipotesis, jika distribusi normal, menggunakan uji parametrik, sebaliknya jika data distribusi tidak normal maka menggunakan uji non parametric (Sugiyono, 2010).

2. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan tiap variabel dari hasil penelitian. Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dan bentuknya tergantung dari jenis datanya (Arikunto, 2010).

Tabel 3.2 Analisa Univariat

Variabel	Skala	Uji Univariat
Ketepatan Triage	Nominal	Porpori
Beban Kerja	Interval	Porpori
Kondisi klinis	Ordinal	Porpori

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisa ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan triage dengan keberhasilan *triage* di Instalasi Rawat Darurat RSKD Dr. Kanudjoso Balikpapan (Notoadmojo, 2010). Analisa bivariat penelitian ini menggunakan uji *Chi Square*. Pembuktian uji *Chi Square* menurut (Riyanto, 2009) dapat menggunakan formula dengan rumus:

a. Mencari *Chi square* dengan cara

$$x^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan:

X²: nilai *Chi Square*

f_o : Frekuensi yang di observasi

f_e : Frekuensi yang diharapkan.

Syarat uji *Chi square* menurut Dahlan (2014), adalah:

- 1) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai E) kurang dari 1.
- 2) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai E) kurang dari 5, lebih dari 20% dari keseluruhan sel.
- 3) Hitung X² sesuai aturan yang berlaku yaitu:
 - a) Bila tabelnya lebih dari 2x2, dan tidak ada nilai E < 5 gunakan Persen *Chi-Square*.
 - b) Bila tabelnya 2x2, gunakan *Continuity Correction*.
 - c) Bila tabelnya 2x2, ada sel yang E-nya < 5, gunakan *Fisher Exact*.

Tabel 3.3 Analisa Bivariat

Variabel	Skala	Uji Univariat
Umur (Nominal)	Ketepatan Triage (Nominal)	uji <i>chi square</i>
Pendidikan (Nominal)	Ketepatan Triage (Nominal)	uji <i>chi square</i>
Jenis Kelamin (Nominal)	Ketepatan Triage (Nominal)	uji <i>chi square</i>
Beban kerja (Ordinal)	Ketepatan Triage (Ordinal)	uji <i>chi square</i>
Kondisi klinis (Ordinal)	Ketepatan Triage (Ordinal)	uji <i>chi square</i>

J. Etika Penelitian

1. Prinsip Etika Penelitian

Penelitian yang menggunakan subjek penelitian manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. Manusia memiliki kebebasan dalam menentukan dirinya, sehingga peneliti yang dilaksanakan benar-benar menjunjung tinggi kebebasan manusia. Beberapa prinsip penelitian pada manusia yang harus dipahami antara lain:

a. Prinsip Manfaat

Prinsip aspek maka segala bentuk mamfaat adalah segala bentuk penelitian yang dilakukan diharapkan dapat dimamfaatkan untuk kepentingan manusia. Prinsip ini dapat ditegakkan dengan membebaskan, tidak memberikan atau menimbulkan kekerasan pada manusia, tidak menjadikan manusia ekspoitasi. Penelitian yangn dihasilkan dapat memberikan mamfaat dan mempertimbangkan antara aspek resiko dengan aspek mamfaat, bila penelitian yang dilakukan dapat mengalami dilemma etik (Hidayat, 2007).

b. Prinsip Menghormati Manusia.

Manusia mempunyai hak dan merupakan mahluk yang mulia yang harus di hormati, karena manusia berhak untuk menentukan pilihan antara mau atau tidak untukm ikut serta menjadi subjek penelitian (Hidayat, 2007).

c. Prinsip keadilan.

Prinsip ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai hak atau memberikan pengobatan secara adil, hak menjaga privacy manusia dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia (Hidayat, 2007).

2. Masalah Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting mengingat penelitian berhubungan dengan manusia, maka segi penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam penelitian. Masalah etika penelitian meliputi (Sugiyono, 2010) :

a. *Informed Consent*

Lembar persetujuan ini diberikan pada respondent yang diteliti yang memenuhi kriteria, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Subyek yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar persetujuan untuk dijadikan sebagai responden.

b. *Anonimitas*

Yaitu untuk menjaga kerahasiaan responden, tetapi lembar persetujuan diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti.

c. *Confidentiality*

Informasi yang telah dikumpulkan dari responden akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, dan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu. Penelitian ini mencantumkan semua nama dan sumber kutipan yang diambil peneliti, baik dari buku, skripsi maupun jurnal. Dalam penelitian ini responden bersedia secara sukarela sebagai responden. Penelitian ini memperhatikan kerahasiaan, sehingga menggunakan inisial saja tanpa menjamin semua informasi yang dikumpulkan dalam penelitian tidak dibuka di depan publik, kecuali data dilakukan, terlebih dahulu peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden, sehingga responden dapat memutuskan bersedia ataupun menolak untuk menjadi sampel.

d. *Respect for persons* (Prinsip menghormati harkat dan martabat manusia).

Merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat dan martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Penelitian yang dilakukan harus menghormati otonomi responden dan melindungi responden terhadap otonominya yang terganggu atau kurang. Peneliti menghormati hak subjek penelitian, apakah subjek tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak, dengan memberikan *Informed Consent* (lembar persetujuan) pada subjek peneliti.

e. *Beneficence* (Prinsip etik berbuat baik)

Penelitian yang dilakukan dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal, risiko penelitian harus wajar dibanding mamfaat yang diharapkan, memenuhi persyaratan ilmiah, peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian serta tidak mencelakakan atau melakukan hal-hal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) subjek penelitian.

f. *Justice* (Prinsip etik penelitian)

Penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta distribusi seimbang dan adil dalam hal beban dan mamfaat keikutsertaan dalam penelitian.

g. *Balancing harm and benefit* (Memperhatikan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan).

Penelitian melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermamfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasi ditingkat populasi (*benefince*). Penelitian meminilisasi dampak yang merugikan (*nonmaleficen*), apabila intervensi penelitian peneliti berpotensi penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stress,

maupun kematian subjek peneliti untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stress, maupun kematian subjek penelitian.

3. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014). Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

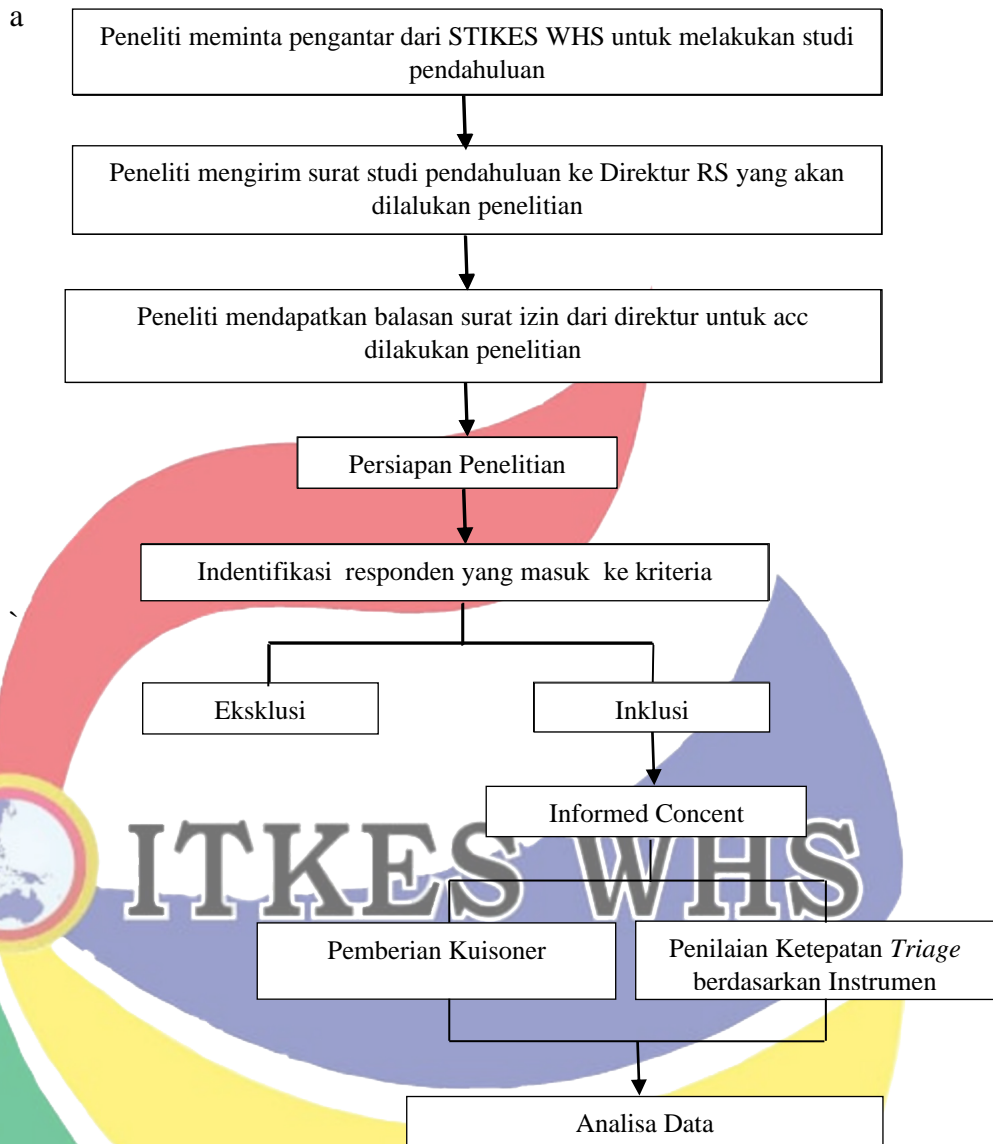
a. Prosedur Administratif

- 1) Peneliti meminta surat pengantar dari ITIKES Wiyata Husada Samarinda untuk melakukan studi pendahuluan di RS Balikpapan (RSUD Kanudjoso Djatiwibowo.)
- 2) Mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Direktur RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan .
- 3) Mengajukan permohonan izin pengumpulan data ketepatan triagedi RS Balikpapan(RSUD Kanudjoso Djatiwibowo).
- 4) Menentukan responden penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
- 5) Mengajukan izin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed concent*) bagi responden yang bersedia untuk menjadi sampel penelitian.

b. Prosedur Teknis Penelitian

- 1) Melakukan pengkajian terhadap responden dengan validasi data berdasarkan rekam medis dan lembar observasi.
- 2) Melakukan pengambilan data
- 3) Melakukan penilaian *triage* berdasarkan instrumen yang telah disiapkan sebelum melakukan *intervensi*.
- 4) Melakukan *intervensi triage* dengan melakukan pengkajian menggunakan lembar observasi dan kuesioner.
- 5) Melakukan penilaian *triage* berdasarkan intrumen lemar observasi dan kuesioner yang telah disiapkan setelah melakukan *intervensi*.
- 6) Melakukan analisa data

Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

ekBAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang “faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan *triage* di instalasi gawat darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.” Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

A. Profil Tempat Penelitian

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI, 2018). Rumah sakit melaksanakan pelayanan kesehatan sekaligus sebagai lembaga pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Dalam penyelenggaraan upaya pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gawat darurat pelayanan medik dan nonmedik senantiasa menggunakan teknologi dalam penerapannya.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (RSKD) terletak di jalan MT Haryono (Ring Road), kecamatan Balikpapan Utara, Balikpapan. RSKD merupakan salah satu rumah sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Balikpapan yang memiliki luas wilayah 24,4 Ha, dengan jumlah kapasitas tempat tidur 200 TT dan daya huni (BOR) pada tahun 2018 sebesar 66%. RSKD adalah rumah sakit rujukan kelas B pendidikan dengan tingkat akreditasi paripurna KARS pada tahun 2016.

RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan bertujuan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat kota Balikpapan khususnya Kalimantan Timur pada umumnya dan merupakan salah satu rumah sakit rujukan. Salah satu sarana yang mendukung dalam pelayanan kesehatan adalah ruang Instalasi Gawat Darurat yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang sesuai

dengan standart akreditasi rumah sakit. Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki ruang *triage* dan di lengkapi dengan ruang kategori hijau dengan kapasitas 1 buah tempat tidur dengan ukuran ruang 6 x 6 m, ada ruang resusitasi dengan kapasitas 4 tempat tidur dengan ukuran 10 x 5 m, ruang tindakan bedah dengan kapasitas 4 buah tempat tidur dengan ukuran 7 x 5 m, ruang non bedah dengan kapasitas 10 buah tempat tidur dengan ukuran 10 x 9 m, dan ruang kebidanan 3 buah tempat tidur dengan ukuran 3 x 4 m.

Pelaksanaan penelitian di RSKD dilakukan selama kurun waktu antara bulan Maret sampai dengan Mei 2020 dengan jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 37 perawat dan bidan yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat RSKD.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Hasil penelitian ini untuk mengetahui karakteristik responden. Berdasarkan kuisioner yang telah diisi responden didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (f=37).

Karakteristik Responden	f	%
Jenis Kelamin		
Laki – laki	17	45,9
Perempuan	20	54,1
Umur		
26 – 35	23	62,2
36 -45	14	37,8
Pendidikan		
D3	34	91,9
S1	3	8,1
Total	37	100

Tabel 4.1 Berdasarkan distribusi karakteristik responden menunjukkan bahwa jumlah terbanyak umur responden terdapat pada kelompok umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 23 responden (62,2%). Karakteristik responden berdasarkan kelamin responden terdapat pada kelompok jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20

responden (54,1%). Karakteristik responden berdasarkan pendidikan responden terdapat pada kelompok Diploma III Keperawatan yaitu 34 responden (91,9%).

2. Analisa Univariat Variabel

a. Ketepatan *Triage*

Distribusi frekuensi responden berdasarkan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dapat dilihat dalam tabel 4.4 berikut ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ketepatan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=37).

Ketepatan Triage	Frekuensi	%
Tepat	25	67.6
Tidak tepat	12	32.4
Jumlah	37	100

Sumber: Data Primer 2020

Dari tabel diatas didapatkan hasil bahwa jumlah terbanyak responden yang melakukan ketepatan *triage* dengan tepat yaitu sebanyak 25 responden (67,6%).

b. Beban Kerja

Distribusi frekuensi responden berdasarkan beban kerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dapat dilihat dalam tabel 4.5 berikut ini:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Beban Kerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=37).

Beban Kerja	Frekuensi	%
Berat	26	70.3
Sedang	11	29.7
Jumlah	37	100

Sumber: Data Primer 2020

Dari tabel 4.5 dapat dilihat bahwa jumlah terbanyak responden dari faktor beban kerja terdapat pada kelompok beban kerja berat yaitu sebanyak 26 responden (70,3%).

c. Kondisi Klinis Pasien

Distribusi frekuensi responden berdasarkan kondisi klinis pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dapat dilihat dalam tabel 4.6 berikut ini:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kondisi Klinis Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=37).

Kondisi Klinis Pasien	Frekuensi	%
Label Kuning	12	32.4
Label Merah	25	67.6
Jumlah	37	100

Berdasarkan tabel 4.6 dapat dilihat bahwa jumlah terbanyak dari kondisi klinis pasien terdapat pada kelompok label merah yaitu sebanyak 25 responden (65,6%)

3. Analisa Bivariat

Setelah diketahui karakteristik dari variabel independen dan dependen yaitu ketepatan triage, beban kerja dan kondisi klinis pasien selanjutnya dilakukan analisis bivariat. Uji bivariat dalam penelitian ini menggunakan perhitungan *Chi Square*. Uji *Chi Square* untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel independen dan dependen yaitu hubungan antara beban kerja, kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

a. Hubungan Beban Kerja dengan Ketepatan *Triage* di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hasil uji statistik hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage* di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. menggunakan Uji *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut ini:

Tabel 4.7 Hubungan Antara Ketepatan *Triage* Dengan Beban Kerja di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Beban Kerja	Ketepatan <i>Triage</i>				Jumlah		P Value	OR
	Tepat		Tidak Tepat					
	N	%	N	%	N	%		
Berat	21	84	5	19,2	25	100	*0,018	7.350 (1.531- 35.278)
Sedang	4	36,4	7	63,6	12	100		
Jumlah	25	67,6	12	32,4	37	100		

* Uji Fisher's Exact Test (P value < 0.05)

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.7 didapatkan hasil hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa responden dengan ketepatan *triage* tepat pada beban kerja berat sebanyak 21 responden (84%), sedangkan ketepatan *triage* tidak tepat pada beban kerja berat sebanyak 5 responden (19,2%).

Hasil uji statistik menunjukkan P value adalah 0,018 yang lebih kecil dari nilai alpha yaitu 0,05 yang berarti menolak hipotesa nol (Ho), artinya terdapat hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Nilai OR atau Exp (B) dapat disimpulkan bahwa pada *odds ratio* adalah 7.350 dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan beban kerja yang berat memiliki resiko untuk tidak tepat dalam melakukan triase 7.350 kali dibandingkan dengan beban kerja yang sedang. Hal ini mengindikasikan bahwa dengan beban kerja yang sedang akan mengurangi resiko untuk terjadinya ketidaktepatan dalam melakukan *triage* dengan interval kepercayaan 1.531-35.278.

- b. Hubungan Kondisi Klinis Pasien dengan Ketepatan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hasil uji statistik hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. menggunakan Uji *Chi Square* dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut ini:

Tabel 4.8 Hubungan Antara Ketepatan *Triage* Dengan Fisik Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Kondisi Klinis	Tahun 2020						P Value	OR
	Ketepatan <i>Triage</i>				Jumlah			
	Tepat		Tidak Tepat		N	%		
	N	%	N	%				
Label Merah	20	80	5	20	25	100	*0.010	0.125 (0.027- 0.589)
Label Kuning	5	41,7	7	58,3	12	100		
Jumlah	25	67,6	12	32,4	37	100		

* Uji Fisher's Exact Test (P value < 0.05)

Tabel 4.8 merupakan tabel hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa responden dengan ketepatan *triage* tepat terbanyak terdapat pada kondisi klinis pasien dengan label merah yaitu sebanyak 20 responden (80%) dan label kuning sebanyak 5 responden (20%). Sedangkan ketepatan *triage* tidak tepat pada kondisi klinis pasien label merah sebanyak 4 responden (33,3%) dan label kuning sebanyak 8 responden (66,7%).

Hasil uji statistik menunjukkan P value adalah 0,010 yang lebih kecil dari nilai alfa yaitu 0,05 yang berarti menolak hipotesa nol (H_0), artinya terdapat hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Nilai OR atau Exp(B) dapat disimpulkan bahwa pada *odds ratio* adalah 0.125 dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan kondisi klinis dengan label kuning kemungkinan memiliki peluang resiko untuk tidak tepat dalam melakukan *triage* 0.125 kali dibandingkan dengan kondisi klinis pasien dengan label

merah. Hal ini mengindikasikan bahwa dengan kondisi klinis pasien dengan label merah akan dengan tepat dalam melakukan *triage* dengan interval kepercayaan 0.027-0.589.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari umur, pendidikan dan jenis kelamin. Pada penelitian ini karakteristik responden tidak dicari hubungannya dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan triage di instalasi gawat darurat. Namun sebagai kelengkapan data untuk menunjukkan karakteristik sampel penelitian yang diharapkan dapat mewakili karakteristik populasi.

Tabel 4.1 diatas merupakan tabel distribusi frekuensi umur responden dengan jumlah terbanyak umur responden terdapat pada kelompok umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 23 responden (62,2%). Menurut Nursalam (2012) faktor usia atau umur sangat mempengaruhi kematangan seseorang dalam berpikir dan bertindak atau di artikan sebagai *Extrovet*, yaitu seseorang yang memiliki wawasan dan perhatian keluar dari cara berfikirnya, hal ini terkait dengan kematangan dalam mengambil keputusan. Artinya semakin matang usia seorang perawat maka akan semakin terampil dalam melakukan tindakan keperawatan. Menjadi perawat di IGD harus memiliki keterampilan dan kapasitas pribadi yang dapat bertindak secara tepat,cepat, dan tanggap.

Tabel 4.2 menunjukkan distribusi frekuensi jenis kelamin dengan jumlah terbanyak dari karakteristik jenis kelamin responden terdapat pada kelompok jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (54,1%). Dalam hal ini jenis kelamin wanita lebih banyak sehingga dalam melakukan tindakan keperawatan wanita lebih berhati-hati dan sabar dalam menghadapi keadaan dan situasi emosi pasien yang datang secara tiba-tiba ke IGD.

Berdasarkan karakteristik pendidikan pada tabel 4.3 menunjukkan jumlah terbanyak pendidikan responden adalah D 3 Keperawatan sebanyak 34 responden dan S1 sebanyak 3 responden.

a. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas pendidikan responden adalah D 3 Keperawatan yaitu 34 responden dan S1 sebanyak 3 responden.

Koentjoroningrat (2010), mengatakan pendidikan adalah kemahiran menyerap pengetahuan, pendidikan seseorang berhubungan dengan sikap seseorang terhadap pengetahuan yang di serapnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk menyerap pengetahuan. Pendidikan merupakan unsur karakteristik personal yang sering di hubungkan dengan tindakan seseorang atau masyarakat. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah menyerap informasi dalam bidang kesehatan. Mudahnya seseorang untuk menyerap informasi akan berpengaruh terhadap pembentukan individu baru yang lebih baik. Instalasi Gawat Darurat (IGD) ada beberapa cara yang dimanfaatkan untuk meningkatkan pendidikan dan pelatihan atau *in service training* perawat secara berkelanjutan. Menurut Thoha (2011), latihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan kerja tenaga kesehatan, mampu melaksanakan pelayanan kesehatan serta berorientasi pada kegiatan pelayanan secara langsung.

Penelitian yang telah dilakukan oleh prasetyantoro (2013) didapatkan hasil 80,65% responden dilakukan *triage* oleh perawat dengan tepat, sedangkan 19,35% responden dilakukan *triage* oleh perawat yang tidak tepat. Ketepatan penilaian *triage* di pengaruhi oleh beberapa hal diantaranya tingkat pendidikan petugas kesehatan yang terdiri dari lulusan DIII dan sarjana, pelatihan kegawatdaruratan yang menunjang (BTCLS, BPLS, BNLS dan disaster management) yang

telah diikuti dan lama kerja petugas kesehatan dalam melakukan ketepatan *triage*.

Menurut asumsi peneliti bahwa pendidikan mempengaruhi dalam melakukan ketepatan *triage*, namun selain pendidikan dengan pelatihan dan lama kerja mempengaruhi dalam melakukan ketepatan *triage*.

2. Analisa Univariat Variabel

a. Ketepatan *Triage*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas ketepatan *triage* responden adalah tepat yaitu 25 orang (67,6%).

Triage dari bahasa Perancis “*Trier*” artinya mengelompokkan atau memilih (Ignatavicius, (2006) dalam Kristanty, 2009). *Triage* mempunyai tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganan menurut Oman, (2008). *Triage* memiliki fungsi penting di IGD apa bila banyak pasien yang datang pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan agar pasien ditangani berdasarkan urutan kegawat daruratan untuk keperluan intervensi. *Triage* juga diperlukan untuk penempatan pasien ke area penilaian penanganan yang tepat serta membantu untuk menggambarkan keragaman kasus di IGD.

Penelitian yang telah dilakukan oleh prasetyantoro (2013) didapatkan hasil 80,65% responden dilakukan *triage* oleh perawat dengan tepat, sedangkan 19,35% responden dilakukan *triage* oleh perawat yang tidak tepat. Ketepatan penilaian *triage* di pengaruhi oleh beberapa hal diantaranya tingkat pendidikan petugas kesehatan yang terdiri dari lulusan DIII dan sarjana, pelatihan kegawatdaruratan yang menunjang (BTCLS, BPLS, BNLS dan disaster management) yang telah diikuti dan lama kerja petugas kesehatan dalam melakukan ketepatan *triage*.

Menurut asumsi peneliti bahwa ketepatan *triage* berperan penting dalam pelayanan di IGD dalam penempatan pasien ke area penilaian penanganan yang tepat serta membantu dalam

menggambarkan keragaman kasus di IGD. Salah satu manfaat yang didapat dalam melakukan *triage* adalah pasien yang datang ke IGD dalam kategori merah dapat segera mendapatkan pelayanan dan pertolongan tidak berdasarkan pada waktu kedatangan mereka.

b. Beban Kerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas beban kerja responden adalah berat yaitu 26 orang (70,3%).

Beban kerja merupakan besarnya pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan atau unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Setiap perawat dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun pasien. Untuk itulah diperlukan upaya penyesuaian antara kapasitas kerja, beban kerja, serta lingkungan kerja. Dengan demikian dapat diperoleh produktivitas kerja yang optimal (Widyatamini dan Hakim, 2008).

Beban kerja merupakan kemampuan tubuh pekerja harus sesuai dan seimbang terhadap kemampuan fisik dan beban kerja psikologis (Irwandy, 2007). Beban kerja fisik dapat berupa beratnya pekerjaan seperti mengangkat, merawat, mendorong. Sedangkan beban kerja psikologis dapat berupa sejauh mana tingkat keahlian dan prestasi kerja yang dimiliki individu dengan individu lain (Manuaba, 2000). Adanya fluktuasi beban kerja yang terjadi pada jangka waktu tertentu, sehingga terkadang bebannya sangat ringan dan saat-saat lain beban bisa berlebihan. Keadaan beban kerja yang fluktuatif tersebut dapat menimbulkan kecemasan, kejenuhan, dan tidakpuasan kerja dan cenderung meninggalkan kerja (Mudyana dan Ahmad, 2007).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Ningsih *et al* (2018) didapatkan hasil beban kerja perawat IGD yang terbanyak mengatakan berat sebanyak 56,5%. Beban kerja yang berat dikarenakan banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi menyelamatkan pasien, ketersediaan alat dan sarana kerja di IGD yang kurang lengkap, keinginan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang bermutu,

tuntutan keluarga untuk keselamatan pasien dan setiap saat menghadapi pasien dengan keadaan yang tidak berdaya, koma dan terminal.

Menurut asumsi peneliti bahwa beban kerja dapat dipengaruhi dengan kondisi pasien yang berubah – ubah, rata – rata perawatan pasien yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan langsung dan banyaknya tugas tambahan yang dikerjakan perawat.

c. Kondisi Klinis Pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kondisi klinis pasien adalah label merah yaitu 25 orang (67,6%).

Beberapa jenis pasien yang dirawat di IGD umumnya adalah pasien kecelakaan, pasien dengan penyakit akut maupun kronis yang mengancam nyawa serta keadaan darurat yang memerlukan perawatan segera, seperti kasus keracunan. IGD menyediakan perawatan dan pengobatan untuk menangani perawatan awal. Sebagian masyarakat tidak mengetahui seperti apa saja yang harus ditangani di IGD. Beberapa kondisi klinis pasien yang harus mendapatkan penanganan segera di IGD adalah: (1) Serangan jantung dan henti jantung. Serangan jantung merupakan kondisi dimana salah satu pembuluh darah jantung mengalami penyumbatan. Serangan jantung terkadang menunjukkan gejala seperti sesak napas, nyeri dada, dada terasa tertekan dan terasa pehuh. Rasa nyeri dada bisa timbul dan dapat menyebar kebagian lain seperti pundak, kedua lengan, punggung, perut bahkan kerahang bawah. Ini merupakan kondisi gawat darurat yang membutuhkan perawatan segera untuk di bawa ke IGD, karena serangan jantung yang tidak segera diobati dengan cepat dan tepat dapat menghentikan jantung. (2) Cedera fisik akibat kecelakaan. Kecelakaan menyebabkan banyak luka atau cedera fisik yang merupakan kondisi yang diutamakan di IGD. Cedera yang diutamakan seperti kecelakaan lalu lintas, luka bakar, perdarahan yang tidak kunjung berhenti, cedera karena tersengat listrik atau tersambar petir.

(3) Kesulitan bernafas. Kondisi ini yang menyebabkan kesulitan bernafas atau gagal nafas sehingga tubuh kekurangan oksigen, termasuk dalam kategori yang memerlukan tindakan segera. Kesulitan bernafas terjadi akibat adanya masalah di paru-paru dan saluran pernafasan seperti, serangan asma, emboli paru, pneumothorax, pneumonia, pembengkakkan paru, anemia, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), gagal jantung hingga sesak nafas karena anafilaktis. Kondisi ini merupakan kegawat darurat. (4) Stroke merupakan salah satu kondisi gawat darurat yang harus secepatnya di tangani. Stroke di sebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Gejalanya berupa kesulitan berbicara atau berjalan, kelemahan atau lumpuh pada anggota gerak tubuh, gangguan penglihatan, sakit kepala, sampai bisa mengakibatkan penurunan kesadaran. (5) Keracunan merupakan kondisi dimana memerlukan penanganan IGD segera mungkin. Keracunan bisa berarti menghirup, menelan, atau menyentuh zat beracun, serta overdosis obat atau alkohol.

Menurut Long (2008) kondisi klinis pasien yang datang ke ruang UGD merupakan kondisi gawat sehingga dalam menyelamatkan keadaan nyawa pasien dalam keadaan kategori merah khususnya akan mengurangi keluasan kerusakan organ-organ dalam pasien dimana ini dipengaruhi oleh kecepatan dan kualitas perawat dalam menangani keadaan pasien sehingga dapat menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan.

Menurut asumsi peneliti bahwa peran perawat sangat penting dalam hal ini karena sebagai ujung tombak di Instalasi Gawat Darurat, peran perawat juga sangat menentukan untuk menurunkan tingkat kecacatan yang bisa saja terjadi apabila terjadi keterlambatan penanganan pasien yang membutuhkan pertolongan segera bahkan dapat menimbulkan kematian.

3. Analisa Bivariat.

a. Hubungan Beban Kerja dengan Ketepatan *Triage* di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hasil uji statistik menunjukkan *P value* adalah 0,018 dari hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. , Nilai OR atau Exp (B) dapat disimpulkan bahwa pada *odds ratio* adalah 7.350, dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan beban kerja yang berat memiliki resiko untuk tidak tepat dalam melakukan *triage* 7.350 kali dibandingkan dengan beban kerja yang sedang.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Ningsih *et al* (2018) didapatkan hasil beban kerja perawat IGD yang terbanyak mengatakan berat sebanyak 56,5%. Beban kerja yang berat dikarenakan banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi menyelamatkan pasien, ketersediaan alat dan sarana kerja di IGD yang kurang lengkap, keinginan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang bermutu, tuntutan keluarga untuk keselamatan pasien dan setiap saat menghadapi pasien dengan keadaan yang tidak berdaya, koma dan terminal.

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage*. Beban kerja yang berat dapat mempengaruhi parawat IGD dalam melakukan ketepatan *triage*. Sehingga beban kerja bagi perawat IGD perlu diperhatikan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan perawat IGD khususnya dalam pelaksanaan *triage*.

b. Hubungan Kondisi Klinis Pasien dengan Ketepatan *Triage* di Instalasi Rawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hasil uji statistik menunjukkan *P value* adalah 0,010 yang menunjukkan adanya hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Nilai OR atau Exp(B) dapat disimpulkan

bahwa pada *odds ratio* adalah 0.125 dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan kondisi klinis dengan label kuning kemungkinan memiliki peluang resiko untuk tidak tepat dalam melakukan *triage* 0.125 kali dibandingkan dengan kondisi klinis pasien dengan label merah. Hal ini mengindikasikan bahwa dengan kondisi klinis pasien dengan label merah akan dengan tepat dalam melakukan *triage* dengan interval kepercayaan 0.027-0.589.

Menurut Long (2008) kondisi klinis pasien yang datang ke ruang UGD merupakan kondisi gawat sehingga dalam menyelamatkan keadaan nyawa pasien dalam keadaan kategori merah khususnya akan mengurangi keluasan kerusakan organ-organ dalam pasien dimana ini dipengaruhi oleh kecepatan dan kualitas perawat dalam menangani keadaan pasien sehingga dapat menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan.

Peneliti berasumsi bahwa terdapat hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage*. Perubahan kondisi fisik pada saat di IGD dapat mempengaruhi perawat IGD dalam melakukan ketepatan *triage*. Sehingga perubahan kondisi klinis pada pasien perlu sangat diperhatikan oleh perawat dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan perawat IGD khususnya dalam pelaksanaan *triage*.

Oleh karena itu peran perawat sangat penting karena selain sebagai ujung tombak di instalasi gawat darurat, peran perawat sangat menentukan untuk menurunkan tingkat kecatatan yang bisa saja terjadi apabila terjadi keterlambatan penanganan pasien yang membutuhkan pertolongan segera bahkan dapat menimbulkan kematian. Kualitas pelayanan di instalasi gawat darurat perlu ditingkatkan melalui upaya perbaikan yang menyangkut masalah sumber daya manusia, fasilitas, prosedur, pelayanan, dan aspek teknik lainnya.

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian banyak mengalami kesulitan dalam pelaksanaan serta masih banyak terdapat kekurangan dalam berbagai aspek. Berikut adalah kesulitan dan kelemahan yang peneliti temui selama penelitian:

1. Asisten Penelitian

Peneliti tidak memiliki asisten penelitian. Sehingga apabila terdapat lebih dari satu responden yang menangani kasus gawat darurat saat bersamaan maka responden yang lain tidak dapat dilakukan observasi secara bersamaan dan akan dilakukan pengulangan hingga responden tersebut dapat diobservasi.

2. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, sehingga hanya ada satu kali pengukuran, oleh sebab itu jika tidak ada intervensi yang dilakukan maka peneliti ini hanya akan meneliti masalah yang ada tanpa mendapat solusi untuk meningkatkan kekurangan dalam tindakan *triage*.

3. Pengambilan Data

Pengambilan data pada penelitian ini bersamaan dengan pandemi covid 19 yang menghasilkan kebijakan penerapan protokol kesehatan *physical distancing* menurut WHO, sehingga dalam pengisian lembar observasi peneliti melakukan jaga jarak sehingga ada kemungkinan adanya ketidakakuratan dalam melakukan observasi.

4. Instrumen Penelitian

Salah satu variabel yaitu keterampilan perawat yang akan dilihat berdasarkan format kredensial rumah sakit mengalami kendala sehubungan dengan pandemi covid 19. Pandemi covid 19 memberikan efek yang sangat signifikan termasuk dalam tatanan kebijakan rumah sakit dan kegiatan yang akan dilakukan rumah sakit termasuk kegiatan kredensial yang akan dilakukan.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan :

1. Hasil penelitian mengenai beban kerja didapatkan hasil jumlah terbanyak responden dari faktor beban kerja terdapat pada kelompok beban kerja berat yaitu sebanyak 26 responden (70,3%), kelompok beban kerja sedang yaitu sebanyak 11 responden (29,7%).
2. Hasil penelitian mengenai kondisi klinis pasien didapatkan hasil jumlah terbanyak dari kondisi klinis pasien terdapat pada kelompok label merah yaitu sebanyak 25 responden (65,6%), kelompok label kuning yaitu sebanyak 12 responden (32,4%).
3. Hasil penelitian pada hubungan beban kerja dengan ketepatan *triage* didapatkan hasil uji statistik menunjukkan *P value* adalah 0,018 dari hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara beban kerja dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. , Nilai OR atau Exp (B) dapat disimpulkan bahwa pada *odds ratio* adalah 7.350, dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan beban kerja yang berat memiliki resiko untuk tidak tepat dalam melakukan *triase* 7.350 kali dibandingkan dengan beban kerja yang sedang.
4. Hasil penelitian pada hubungan kondisi klinis dengan ketepatan *triage* Hasil uji statistik menunjukkan *P value* adalah 0,010 yang menunjukkan adanya hubungan antara kondisi klinis pasien dengan ketepatan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Nilai OR atau Exp(B) dapat disimpulkan bahwa pada *odds ratio* adalah 0.125 dimana nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa pada responden dengan kondisi klinis dengan label kuning kemungkinan memiliki peluang resiko untuk tidak tepat dalam melakukan *triase* 0.125 kali dibandingkan

dengan kondisi klinis pasien dengan label merah. Hal ini mengindikasikan bahwa dengan kondisi klinis pasien dengan label merah akan dengan tepat dalam melakukan *triage* dengan interval kepercayaan 0.027-0.589.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit sebaiknya meningkatkan lagi sarana dan prasarana yang mendukung dan menambah personel di ruang Instalasi Gawat Darurat guna untuk mengimbangi jumlah kedatangan pasien. Rumah sakit di harapkan juga sesering mungkin melakukan workshop tentang triage di Instalasi Gawat Darurat.

2. Bagi Perawat di Instalasi Gawat Darurat

Perawat hendaknya aktif dalam mencari informasi dan materi tambahan tentang triage baik di pendidikan formal maupun nonformal.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat bekerja sama dengan Instansi kesehatan yang ada diwilayahnya untuk mewujudkan pelatihan tentang peran triage dalam ketepatan waktu tanggap perawat pada penanganan kasus gawat darurat.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya agar dapat meneliti faktor-faktor lain yang belum diteliti dalam penelitian ini yang berhubungan dengan ketepatan triage dengan sampel yang lebih besar dan ruang lingkup yang lebih luas k

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul, (200) *Panduan Belajar Keperawatan Emergency*. EGC. Jakarta.
- Anderson. A.K.M .Omberf, dan M.Svedlund (2007) *Emergency Departement, Singapore Comparing Triage Evalution of Adultdyspenic Patients Between Nursesand Doctors Using Simulated Scenario*. Journal homepage : www.elsevierhealth.com/journal/aaen.
- Basuki, (2018) *Kepuasan Pasien*. <http://eprints.undip.ac.id/%28> Jurnalpdf di akses pada tanggal 4 Maret 2000.
- Bagus, (2008). *Hubungan pengetahuan dan pengalaman perawat dengan keterampilan Triage pasien di IGD RSCM*. Jurnal Fakultas Poltekes kemenkes Jakarta III.
- Brooka et la ,(2008). *Profil Pasien IGD RSUP Prof.DR.R.D. Kandau Manado Vol 5 No. 2 DOI*
- Dahlan, (2014). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlan, Sopiudin. (2017). *Statistik Untuk kedokteran dan Kesehatan Ed 6*. Jakarta Epidemiologi Indonesia.
- Dahlan, Sopiudin. (2018). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan edisi 5*. Jakarta: Sagung Seto
- Dwi Nurhanifah . (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Keterampilan Petugas dalam Pelaksanaan Triage di IGD RSUD Wates*. Yogyakarta: Stikes Jendral Achmad Yani Yogyakarta.
- Gerld dan Bucknall. (2007). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Beban Kerja*.: <http://www.liwandy.kapali.wordpress.com//>
- Thoha, (2011), *Gambaran pengetahuan dan penerapan Triage oleh perawat di RSUD IGD dr. Soetomo Kebumen*. Jurnal Fakultas STIKES Muhammadiyah Gombong.
- Irwandy, (2007). *Handout Keperawatan Medikal Bedah : Emergency Care*. FIK-UI. Jakarta.
- Irmayanti, *et al.*(2007). *MPKT Modul 1*. Jakarta: FEUI.
- Ilyas Yaslis, (2000). *Beban kerja Perawat di IGD dalam menangani pelayanan*

- keperawatan di rumah sakit daerah Karanganyar. Jurnal Fakultas STIKES Kusuma Husada Surakarta.*
- Herve Spechbach, & Rue, Leslie W. (2019). *Human resource management*. (9th ed.). New York: McGraw-Hill Irwin
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.*
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.129. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.*
- Maatilu, Vitrise. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat di IGD RSUP PROF. DR. R. D. Kandau Manado. Manado: Universitas Sam Ratulangi Manado.*
- Mila Gustia . (2016). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Keterampilan Perawat Dalam Melaksanakan Triage Di IGD. Toba Samosir*
- Mudayana, Ahmad A. *Pengaruh Motivasi dan Beban Kerja terhadap Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul. Jurnal Kesehatan Masyarakat FKM UAD 2010.4(2):84-9.*
- Newman, (2012). *Analisis faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan Triage di ruang IGD rumah sakit tipe C Malang. Jurnal Fakultas Universitas Brawijaya.*
- Natasia, Nazvia. (2014). *Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. Malang: Fakultas Kedokteran Universitas BrawijayaMalang*
- Notoadmodjo, S. (2007), *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi revisi cetakan pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metode Peneltian Kesehatan*, Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhanifah, (2015). *Buku Jaringan Dasar Dasar Keperawatan Gawat Darurat.*

Jakarta: Salemba Empat

Oman, (2008), *Pelaksanaann Triage di IGD Rumah Sakit Reksa Waluya Kota Mojokerto*, skripsi pada S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Mojokerto.

Susanti, (2018). *Pengaruh Motivasi Intrinsik terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2007* Tesis Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara, Medan.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.CV

Woper dan Pena, (2009) *Hubungan Respon Time Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Triage Kuning di IGD RSUD GMIM Kalooran Amurang*. Jurnal Keperawatan Volume 3 Nomor 2.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Data Pribadi

1. Nama : Hamidah
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Balikpapan, 04 Maret 1979
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Status Pernikahan : Menikah
6. Warga Negara : Indonesia
7. Alamat : Jl. 21 Januari RT 08 No. 40 Kec.
Balikpapan Barat Kota Balikpapan
8. Nomor Telepon / HP : 081350586601
9. E-mail : hamidahtwins1616@gmail.com
10. Kode Pos : 76123

II. Pendidikan Formal

- : SDN No 027 Balikpapan 1991
- SMP N 4 Balikpapan 1994
- SMAN 6 Balikpapan 1997
- AKADEMI KEPERAWATAN
MUHAMMADIYAH KALTIM 2000

III. Riwayat Pengalaman Kerja

- : Perawat Pelaksana RSUD Dr. Kanujoso
Djatiwibowo Balikpapan IGD sejak tahun
2000 - sekarang

SURAT IJIN MELAKUKAN PENELITIAN



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN 76126

Balikpapan, 24 Maret 2020

No. : 423/3618/PSDM/RSKD/III-2020

Lamp : -

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth : **REKTOR ITKES Wiyata Husada**

Di -

Samarinda

Menindak lanjuti surat saudara Nomor : 436/ITKES-WHS/LT/2020 Tertanggal 18 Maret 2020, perihal Permohonan Ijin Penelitian atas :

Nama : **HAMIDAH**

NIM : B 21825806701

Judul Penelitian : **" Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Ketepatan Triage di Instalasi Gawat darurat di Rumah Sakit Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 "**

Pada Prinsipnya kami menyetujui untuk dapat melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku. Adapun biaya penelitian sesuai dengan aturan PERGUB Nomor 58 Tahun 2013 sebesar Rp 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah)

Informasi lebih lanjut sebagai kontak Person : Hendrawan , Tlp / Wa : 0813 4770 0241.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



Dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS
Penyaha Utama Muda
NIP. 19650528 199707 1 001



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO RSUD
DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"
No.11/III/KEPK-RSKD/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : H A M I D A H
Principal In Investigator

Nama Institusi : STIKES Wiyata Husada Samarinda
Name of the Institution Kalimantan Timur

Dengan judul:
Title

"Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Ketepatan Triage di Instalasi Gawat darurat di Rumah Sakit Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020"
"Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Ketepatan Triage di Instalasi Gawat darurat di Rumah Sakit Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 30 Maret 2020 sampai dengan tanggal 30 Maret 2021.

This declaration of ethics applies during the period March 30, 2020 until March 30, 2021.

March 30, 2020
Professor and Chairperson,


dr Fatwa Fitriono Islam, SpOT



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
BIDANG PENGEMBANGAN DAN MUTU.
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN 76126

SURAT PENGANTAR

Kepada

Yth : **Ka. Instalasi Rawat Darurat (IGD)**

Di

Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Bersama ini kami hadapkan kepada saudara :

Nama : **HAMIDAH**
NIM : B 21825806701
Judul Penelitian : “ **Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Ketepatan Triage di Instalasi Gawat darurat di Rumah Sakit Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020** ”

Untuk melaksanakan pengambilan data di bagian Instalasi Rawat Darurat (IGD) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terhitung tanggal **01 April 2020**.

Sebagai pendukung kami lampirkan

1. **Surat Ijin Penelitian** dari direktur RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
2. **Surat Keterangan Layak Etik** (Ethical Clearance) dari Komite Etik Penelitian (KEPK) RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Demikian Surat Pengantar ini dibuat atas kerja samanya diucapkan terima kasih.

Balikpapan, 31 Maret 2020

Yang Menyerahkan,
Kepala Bidang Pengembangan dan Mutu



Lampiran 2

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth
Calon Responden
Di_
Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Hamidah
NIM : B21825906101
No. Hp : 081350586601
Judul Penelitian : Faktor – Faktor Yang Berhubungn Dengan Ketepatan
Triage Di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo
Balikpapan.

Saya adalah mahasiswa Itikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dengan tujuan untuk menganalisis Faktor-factor yang berhubungan dengan ketepatan *triage* di IGD RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Manfaat dari penelitian ini untuk memberikan acuan dalam ketepatan pemberian asuhan keperawatan maupun terapi medis pada pasien di IGD.

Proses penelitian ini diawali dengan persetujuan bapak/ibu untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila bapak/ibu setuju maka saya akan memberikan kuesioner mengenai beban kerja (...15... pertanyaan) dan (... pertanyaan) yang harus dijawab sesuai kondisi yang sebenar-benarnya terjadi pada bapak.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun bagi bapak/ibu dan saya berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak bapak/ibu dengan cara menjaga kerahasiaan identitas bapak/ibu dalam penelitian ini. Apabila bapak/ibu menemui kesulitan saat pengisian kuesioner, mohon memberitahukan kepada saya dengan nomor *handphone* yang tertera diatas atau nama-nama yang tertera di bawah ini:

1. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep, Sp. Kep. MB (Hp: 085263526252)

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, Januari 2020
Peneliti

Hamidah

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Alamat :
No. telp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan *Triage* Di IGD RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah:

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan.....2020

Mengetahui

Yang membuat pernyataan

(Hamidah)

Peneliti

(.....)

Responden

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI KONDISI KLINIS PASIEN IGD

Triage IGD																																	
Pengertian	Triage adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan prioritas perawatan gawat darurat.																																
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa. 2. Menetapkan tingkat atau derajat kegawat daruratan. 3. Menurunkan angka kematian dan kecacatan maupun risiko cedera bertambah parah. 																																
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilaksanakan pada : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien yang masuk melalui pintu gawat darurat. - Pasien yang sakit parah atau tidak sadar. - Pasien yang membutuhkan <i>life saving</i>. 2. Dilakukan oleh Ners, DIII Keperawatan, DIII Kebidanan. 																																
Prosedur	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No.</th> <th rowspan="2">Hal yang di observasi</th> <th colspan="2">Nilai</th> </tr> <tr> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pasien datang diterima oleh petugas.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ucapkan salam atau memperkenalkan diri kepada pasien.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Lakukan anamnesa dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya sesuai dengan kategori dalam form <i>triage</i>.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Perawat triage memberikan gelang identifikasi sesuai dengan jenis kelamin (merah muda atau biru) dan sesuai dengan jenis kegawat daruratannya (merah, kuning, hijau, hitam).</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Tempatkan pasien sesuai dengan area keperawatan <ol style="list-style-type: none"> a. Label merah: ada tanda-tanda gangguan ABC yang berat dan kesadaran menurun dan nilai GCS >9. b. Label kuning: ada gangguan ABC ringan dengan nilai GCS dibawah 12 pasien terasa nyeri hebat atau mengalami fraktur terbuka. c. Label hijau: ABC tidak terganggu nilai GCS 15 dan bukan penyakit atau keluhan akut d. Label hitam pasien di nyatakan meninggal. </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Perawat yang menerima pasien tersebut menuliskan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis pada gelang identitas.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			No.	Hal yang di observasi	Nilai		Ya	Tidak	1	Pasien datang diterima oleh petugas.			2	Ucapkan salam atau memperkenalkan diri kepada pasien.			3	Lakukan anamnesa dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya sesuai dengan kategori dalam form <i>triage</i> .			4	Perawat triage memberikan gelang identifikasi sesuai dengan jenis kelamin (merah muda atau biru) dan sesuai dengan jenis kegawat daruratannya (merah, kuning, hijau, hitam).			5	Tempatkan pasien sesuai dengan area keperawatan <ol style="list-style-type: none"> a. Label merah: ada tanda-tanda gangguan ABC yang berat dan kesadaran menurun dan nilai GCS >9. b. Label kuning: ada gangguan ABC ringan dengan nilai GCS dibawah 12 pasien terasa nyeri hebat atau mengalami fraktur terbuka. c. Label hijau: ABC tidak terganggu nilai GCS 15 dan bukan penyakit atau keluhan akut d. Label hitam pasien di nyatakan meninggal. 			6	Perawat yang menerima pasien tersebut menuliskan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis pada gelang identitas.		
No.	Hal yang di observasi	Nilai																															
		Ya	Tidak																														
1	Pasien datang diterima oleh petugas.																																
2	Ucapkan salam atau memperkenalkan diri kepada pasien.																																
3	Lakukan anamnesa dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya sesuai dengan kategori dalam form <i>triage</i> .																																
4	Perawat triage memberikan gelang identifikasi sesuai dengan jenis kelamin (merah muda atau biru) dan sesuai dengan jenis kegawat daruratannya (merah, kuning, hijau, hitam).																																
5	Tempatkan pasien sesuai dengan area keperawatan <ol style="list-style-type: none"> a. Label merah: ada tanda-tanda gangguan ABC yang berat dan kesadaran menurun dan nilai GCS >9. b. Label kuning: ada gangguan ABC ringan dengan nilai GCS dibawah 12 pasien terasa nyeri hebat atau mengalami fraktur terbuka. c. Label hijau: ABC tidak terganggu nilai GCS 15 dan bukan penyakit atau keluhan akut d. Label hitam pasien di nyatakan meninggal. 																																
6	Perawat yang menerima pasien tersebut menuliskan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis pada gelang identitas.																																

Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) Triage RSKD

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI KETEPATAN TRIAGE

Inisial : Inisial Perawat :
 No Register : Usia :
 Jenis Kunjungan : Lama Baru Jenis Kelamin :
 Cara Datang : Sendiri Rujukan RS Pelatihan :
 Rujukan Puskesmas Perawat klinis (PK) :
 Macam Kasus : Trauma Non Trauma KLL Kecelakaan Kerja
 KDRT/kekerasan anak
 Tanggal Tiba di RS :
 Jam dilayani :
 Respon Pasien : A V P U

Pemeriksaan	Resusitasi	Urgent	Non Urgent	DOA
Airway	<input type="checkbox"/> Sumbatan	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Bebas	<input type="checkbox"/> Tanda Kehidupan tidak ada
Breathing	<input type="checkbox"/> Henti Nafas <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Sianosis	<input type="checkbox"/> RR 24 – 32 x/mnt <input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> RR 20 -28 x/mnt	<input type="checkbox"/> Tidak ada denyut nadi <input type="checkbox"/> Refelek cahaya tidak ada <input type="checkbox"/> EKG Flat
Circulation	<input type="checkbox"/> Henti Jantung <input type="checkbox"/> Nadi tidak Teraba <input type="checkbox"/> Akral Dingin	<input type="checkbox"/> Nadi 120 -150 x/mnt <input type="checkbox"/> Nadi kuat <input type="checkbox"/> TDS > 160 mmHg <input type="checkbox"/> TDS > 100 mmHg	<input type="checkbox"/> Nadi 90 – 120 x/mnt	Jam DOA :
Disability	<input type="checkbox"/> GCS < 9 <input type="checkbox"/> E = V= M=	<input type="checkbox"/> GCS > 12 <input type="checkbox"/> E = V= M=	<input type="checkbox"/> GCS = 15 <input type="checkbox"/> E = V= M=	

Berdasarkan Rekam Medis (RM) IGD RSUD Dr.Kanujoso Djatiwobowo
Balikpapan

Lampiran 6

KUISONER BEBAN KERJA

Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Nama (inisial) :

Umur :

Masa Kerja :

Perawat Klinik (PK) :

Pertanyaan Beban Kerja

1. Pilihlah salah satu jawaban dari kolom yang tersedia.
2. Alternatif jawaban dalam kuisoner ini

1 : Sangat Tidak Setuju

2 : Tidak Setuju

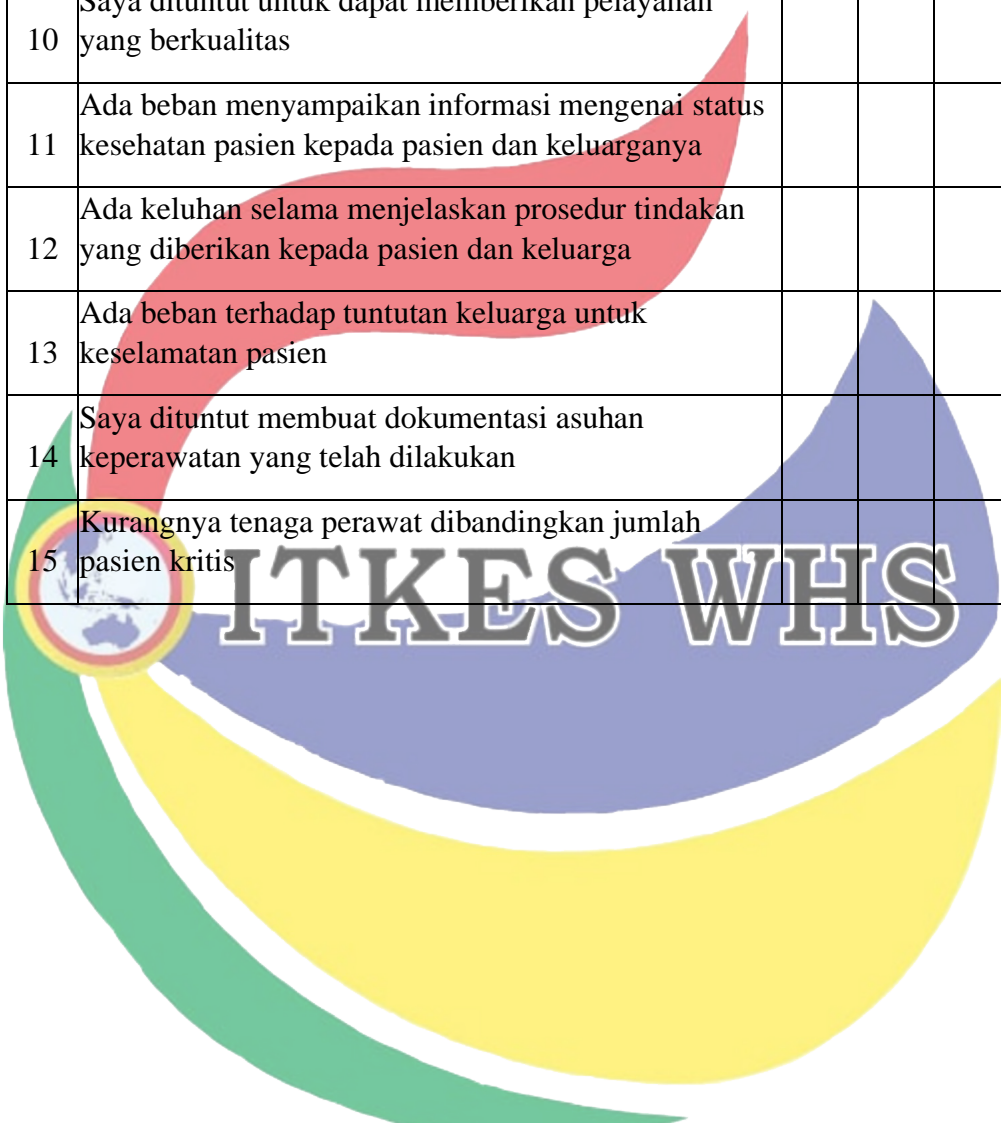
3 : Ragu - Ragu

4 : Setuju

5 : Sangat Setuju

No.	PERTANYAAN	SKOR				
		1	2	3	4	5
1	Pekerjaan yang diberikan kepada saya terlalu berat					
2	Terlalu banyak pekerjaan yang harus saya lakukan					
3	Beban terhadap kontak langsung dengan pasien di IGD secara terus menerus selama jam kerja					
4	Saya setiap saat menemui pasien dengan karakteristik berbeda					
5	Beban setiap saat di hadapkan pada keputusan cepat dan tepat					
6	Kurangnya tenaga perawat dibandingkan jumlah pasien kritis					

7	Pengetahuan yang saya miliki tidak dapat mengimbangi sulitnya pekerjaan di IGD					
8	Keterampilan yang saya miliki tidak dapat mengimbangi sulitnya pekerjaan di IGD					
9	Saya kurang nyaman terhadap tuntutan keluarga pasien untuk review keselamatan pasien					
10	Saya dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang berkualitas					
11	Ada beban menyampaikan informasi mengenai status kesehatan pasien kepada pasien dan keluarganya					
12	Ada keluhan selama menjelaskan prosedur tindakan yang diberikan kepada pasien dan keluarga					
13	Ada beban terhadap tuntutan keluarga untuk keselamatan pasien					
14	Saya dituntut membuat dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan					
15	Kurangnya tenaga perawat dibandingkan jumlah pasien kritis					



LAMPIRAN 7

LAPORAN HASIL SPSS

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Ketepatan Triase	Beban Kerja	Kondisi Klinis Pasien
N	Valid	37	37	37	37	37	37
	Missing	0	0	0	0	0	0

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-35 tahun	23	62.2	62.2	62.2
	36-45 tahun	14	37.8	37.8	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	17	45.9	45.9	45.9
	P	20	54.1	54.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	34	91.9	91.9	91.9
	S1	3	8.1	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Ketepatan Triase

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tepat	25	67.6	67.6	67.6
	Tidak Tepat	12	32.4	32.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Beban Kerja

		Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berat	26	70.3	70.3
	Sedang	11	29.7	100.0
	Total	37	100.0	

Kondisi Klinis Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Label Kuning	12	32.4	32.4	32.4
	Label Merah	25	67.6	67.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ketepatan Triase * Beban Kerja	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Ketepatan Triase * Beban Kerja Crosstabulation

			Beban Kerja		Total
			Berat	Sedang	
Ketepatan Triase	Tepat	Count	21	4	25
		Expected Count	17.6	7.4	25.0
		% within Beban Kerja	80.8%	36.4%	67.6%
	Tidak Tepat	Count	5	7	12
		Expected Count	8.4	3.6	12.0
		% within Beban Kerja	19.2%	63.6%	32.4%
Total		Count	26	11	37
		Expected Count	26.0	11.0	37.0
		% within Beban Kerja	100.0%	100.0%	100.0%

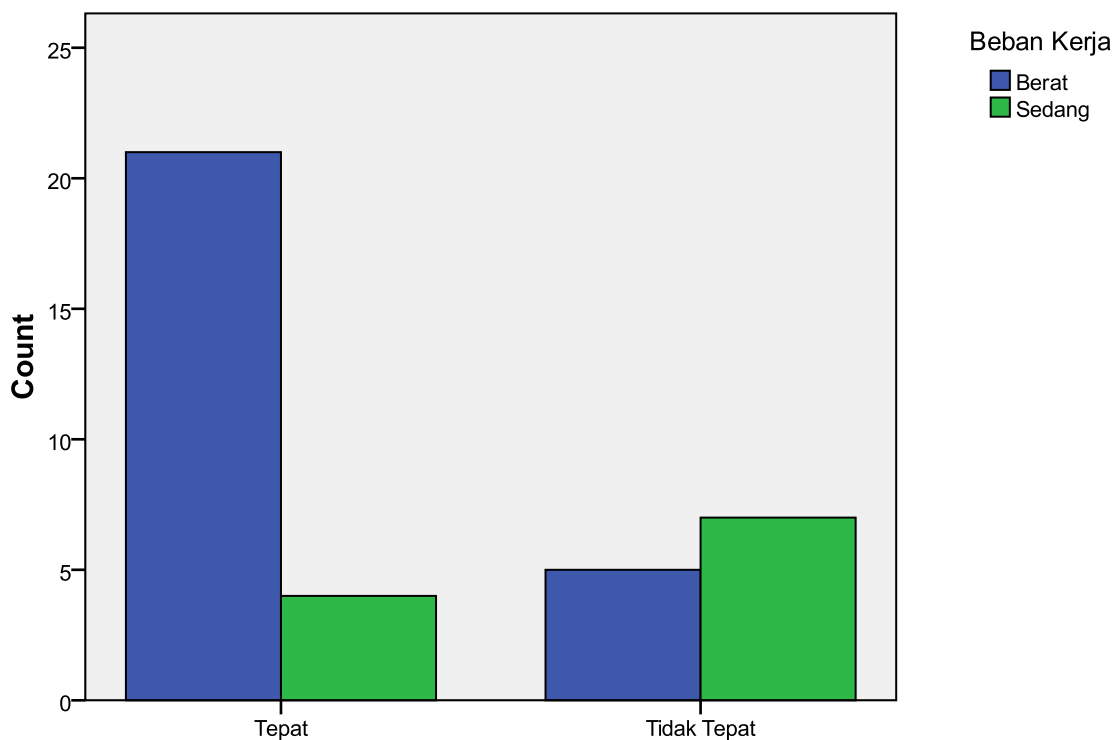
Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.955 ^a	1	.008		
Continuity Correction ^b	5.077	1	.024		

Likelihood Ratio	6.749	1	.009		
Fisher's Exact Test				.018	.013
N of Valid Cases	37				

- a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.57.
- b. Computed only for a 2x2 table

Bar Chart



Ketepatan Triase



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ketepatan Triase * Kondisi Klinis Pasien	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Ketepatan Triase * Kondisi Klinis Pasien Crosstabulation

		Kondisi Klinis Pasien		Total	
		Label Kuning	Label Merah		
Ketepatan Triase	Tepat	Count	5	20	25
		Expected Count	8.1	16.9	25.0
		% within Kondisi Klinis Pasien	41.7%	80.0%	67.6%
	Tidak Tepat	Count	7	5	12
		Expected Count	3.9	8.1	12.0
		% within Kondisi Klinis Pasien	58.3%	20.0%	32.4%
Total	Count	12	25	37	
	Expected Count	12.0	25.0	37.0	
	% within Kondisi Klinis Pasien	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.437 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	3.828	1	.050		
Likelihood Ratio	5.306	1	.021		
Fisher's Exact Test				.029	.026
N of Valid Cases	37				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.89.

b. Computed only for a 2x2 table

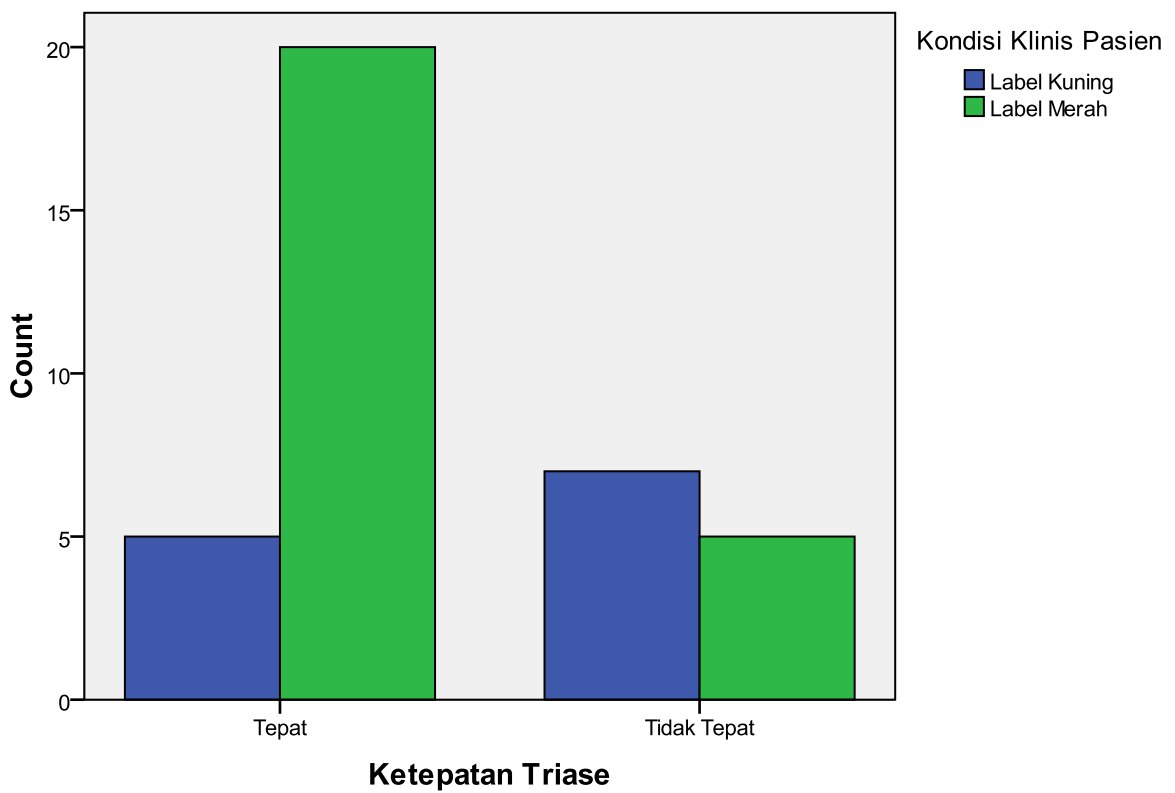
Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketepatan Triase (Tepat / Tidak Tepat)	.179	.039	.808
For cohort Kondisi Klinis Pasien = Label Kuning	.343	.137	.859
For cohort Kondisi Klinis Pasien = Label Merah	1.920	.956	3.857

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Ketepatan Triase (Tepat / Tidak Tepat)	.179	.039	.808
For cohort Kondisi Klinis Pasien = Label Kuning	.343	.137	.859
For cohort Kondisi Klinis Pasien = Label Merah	1.920	.956	3.857
N of Valid Cases	37		

Bar Chart



o

TABULASI DATA HASIL PENELITIAN

Umur	JenisKelamin	Pendidikan	Triase	Beban_Kerja	Kondisi_Klinis
26-35 tahun	L	S1	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tidak Tepat	Berat	Label Kuning
36-45 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Kuning
36-45 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Kuning
26-35 tahun	L	D3	Tidak Tepat	Berat	Label Kuning

36-45 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Sedang	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tepat	Sedang	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Kuning
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah
36-45 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Kuning
26-35 tahun	L	S1	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Sedang	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	S1	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Kuning
36-45 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Berat	Label Kuning
26-35 tahun	P	D3	Tidak Tepat	Sedang	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Sedang	Label Kuning
26-35 tahun	L	D3	Tidak Tepat	Berat	Label Kuning
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Kuning
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
36-45 tahun	L	D3	Tidak Tepat	Berat	Label Kuning
36-45 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
36-45 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	P	D3	Tepat	Berat	Label Merah
26-35 tahun	L	D3	Tepat	Berat	Label Merah