

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN *TRIAGE*
DI UNIT GAWAT DARURAT PUSKESMAS
MAKROMAN SAMARINDA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN TRIAGE
DI UNIT GAWAT DARURAT PUSKESMAS
MAKROMAN SAMARINDA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

PENGALAMAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN TRIAGE
DI UNIT GAWAT DARURAT PUSKESMAS
MAKROMAN SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

EKA HARDIYANTI SAFITRI

NIM. 15.0169.504.01

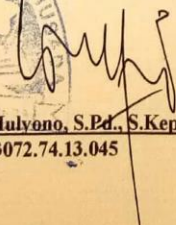
Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 01 Agustus 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

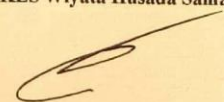
1. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.83.11.023
2. Ns. Siti Wardatun Hasanah, S.Kep., MM (.....)
NIP. 19740818.199603.2.001
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.MB (.....)
NIK. 113072.88.16.088
4. Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.Kes (.....)
NIP. 19710327.199603.1.001

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda


Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eka hardiyanti safitri

NIM : 15.0169.504.01

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Pengalaman Perawat dalam Melakukan Triage Di
Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman

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

Samarinda 01 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan,

Eka Hardiyanti Safitri

NIM : 15.0169.504.01

KATA PENGANTAR

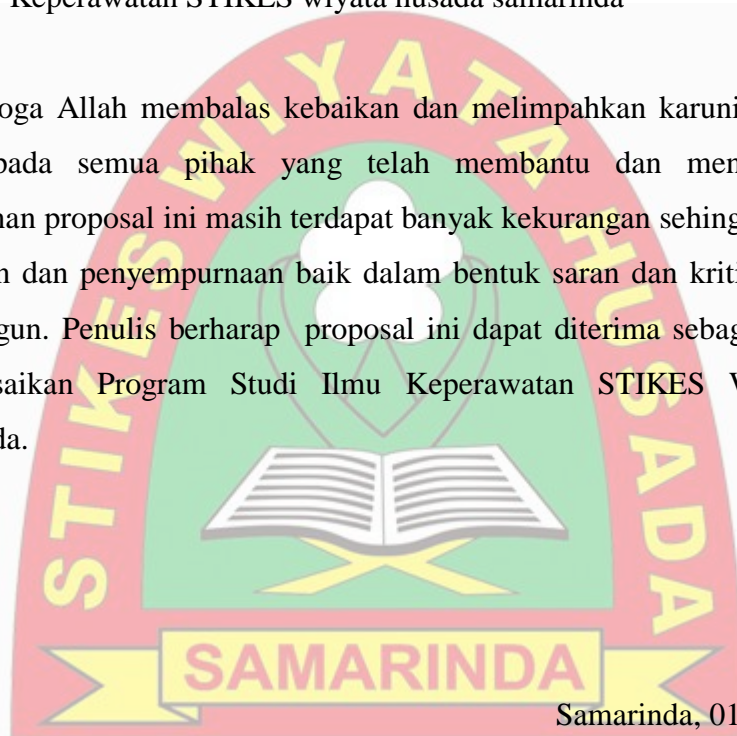
Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi dengan judul "Pengalaman Perawat Dalam Melakukan *Triage* Di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda". Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program Studi S.1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, S.Pd.,S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Bapak Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
4. Ibu Ns. Kiki Hardiyansah Safitri S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku pembimbing 1. Terima kasih atas saran dan semua ilmu yang diberikan dan sabar dalam mengarahkan saya dalam penyusunan proposal.
5. Bapak Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.,Kes selaku pembimbing 2. Terima kasih atas pembelajaran dan telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan serta semua ilmu yangtelah diberikan kepada saya.
6. Bapak Dr. Saut Monang Silitonga selaku kepala puskesmas makroman samarinda yang telah memberikan ijin kepada saya untuk melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Makroman Samarinda.
7. Klien yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam pelaksanaan studi pendahuluan.
8. Kedua Orang tua yang sangat saya sayangi, papa (Muh. Tang) dan mama (Sumarni) saya ucapkan banyak terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada beliau yang selalu mendoakan memberikan tenaga, biaya dan dukungan kepada saya dalam menyelesaikan proposal ini. Dan untuk saudara saya

9. (Dani, Reza, Revan, Agam) yang menjadi penyemangat saya untuk menyelesaikan proposal ini.
10. Terimakasih untuk Bapak dan Ibu staf dosen yang berada di lingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu setra dukungan selama proses pembelajaran.
11. Terima kasih untuk teman seperjuangan saya (Argiriani, Agustina, Ceni, Dini, Heldi, Hamsiah, Dayat) yang telah membantu saya dan menjadi penyemangat dan tim sukses proposal ini.
12. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan seperjuangan program studi Ilmu Keperawatan STIKES wiyata husada samarinda

Semoga Allah membalas kebaikan dan melimpahkan karunia serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan proposal ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan perbaikan dan penyempurnaan baik dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Penulis berharap proposal ini dapat diterima sebagai syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.



Samarinda, 01 Agustus 2019

Eka Hardiyanti Safitri

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Eka hardiyanti safitri

NIM : 15.0169.504.01

Program Studi : S1 Keperawatan

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

Pengalama Perawat dalam Melakukan *Triage* Di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKes Wiyata Husada 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.

Samarinda, 01 Agustus 2019

Yang menyatakan,

Eka Hardiyanti Safitri

NIM : 15.0169.504.01

ABSTRAK

Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Triage Di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Eka Hardiyanti Safitri¹, Kiki Hardansyah Safitri², Suwanto³

Latar belakang: *Triage* merupakan salah satu ketrampilan keperawatan yang harus dimiliki oleh perawat UGD karena *triage* harus dilakukan dengan cepat dan akurat maka diperlukan perawat yang berpengalaman dan kompeten dalam melakukan *triage*. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD. **Metode:** penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, informan dalam penelitian ini 8 orang perawat yang bekerja di UGD. analisa yang digunakan proses koding yang sistematis, membuat tema, atau kategori dan menulis memo. **Hasil:** Hasil wawancara dengan informan menghasilkan 4 tema yaitu 1) sumber daya manusia dan sarana prasarana di UGD puskesmas 2) pelaksanaan *triage* di UGD meliputi skala *triage* yang digunakan dan pengetahuan perawat dalam mengkategorikan pasien 3) karakteristik pasien di UGD puskesmas yang masih bisa dirawat dengan label hijau seperti batuk pilek, demam typhoid, hipertensi, kecelakaan lalu lintas pasien yang segera di rujuk yaitu pasien dengan label merah seperti cedera kepala, TB, DBD 4) rujukan pasien dari UGD puskesmas ke rumah sakit dan tindakan yang dilakukan pada saat merujuk pasien. **Kesimpulan:** Pelaksanaan *triage* yang dilakukan oleh perawat UGD puskesmas belum sesuai dengan prosedur karena masih dilakukan seadanya, kurangnya pengetahuan, pengalaman dan pelatihan kegawatdaruratan menjadi kendala bagi perawat untuk melakukan *triage* dengan baik diharapkan puskesmas mengadakan pelatihan kegawatdaruratan bagi perawat yang bekerja di UGD agar dapat melaksanakan *triage* dengan baik dan sesuai prosedur.

Kata kunci: Pengalaman perawat, triage, unit gawat darurat, rujukan.

^{1,2} Program Studi Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

ABSTRACT

Nurse's Experience in Doing Triage In the Emergency Unit of Community Health Center Makroman Samarinda

Eka Hardiyanti Safitri¹, Kiki Hardansyah Safitri², Suwanto³

Background: Triage is an essential function of staff in Emergency Department. The skills must be possessed by emergency unit nurses because it must be done quickly and accurately, and so in conducting triage it is necessary to have experienced and be competent. **The purpose** The study aimed to obtain nurses' experience in conducting triage in the emergency department. **Methods:** Qualitative study with a phenomenological approach was used in this research, informants in this study were 8 nurses working in the emergency department. the analysis used a systematic coding process, creating themes, or categories and writing memos. **Results:** The results of interviews with the informants produced 4 themes, 1) human resources and infrastructure in the Emergency Unit of Community Health 2) triage management in the Emergency Room including the triage scale used as well as nurses' knowledge in categorizing patients 3) characteristics of patients in the emergency unit include coughs, colds, nausea, vomiting, fever, traffic accidents, poisoning, diarrhea and patients who can still be treated with a green label such as cold cough, typhoid fever, diarrhea, hypertension, patients who are immediately referred with red labels such as head injuries, TB, DHF 4) preparation Emergency Unit to the referral hospital and the actions taken when referring the patients. **Conclusion :** The implementation of triage conducted by Nurses in Emergency Unit of Community Health Service is not accordance with the procedure because it is still done improperly, lack of knowledge, experience and emergency training is an obstacle for nurses to do triage well. It is expected that the it conducts emergency training for nurses working in the ER so that they can carry out triage properly and according to procedures.

Keywords: Nurse experience, triage, emergency department, referral.

^{1,2} Nursing Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Abdul Wahab Sjahrani Regional General Hospital Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Penelitian Terkait.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Telaah Pustaka.....	10
B. Konsep Puskesmas	10
C. Konsep Gawat Darurat	14
D. Pelayanan Kegawatdaruratan Puskesmas.....	30
E. Peran Dan Fungsi Perawat	37
F. Teori Keperawatan Patricia Banner	40
G. Kerangka Teori Keperawatan.....	44
BAB III METODE PENELITIAN	45
A. Jenis Dan Rancangan Penelitian.....	45
B. Lokasi Dan Tempat Penelitian.....	47
C. Subjek Penelitian	47
F. Instrumen Penelitian	48
G. Tehnik Pengumpulan Data	50
H. Prosedur Pengumpulan Data	54
I. Analisa Data.....	55
J. Akeabsahan Data	58
I. Etika Penelitian	60
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.....	61
A. Hasil Penelitian.....	61
B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	62
C. Gambaran Karakteristik Partisipan Penelitian.....	62
D. Profil Partisipan	62
E. Tema Penelitian	66
F. Pembahasan Dan Kelemahan Penelitian.....	89

BAB V PENUTUP	101
A. Kesimpulan.....	101
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	



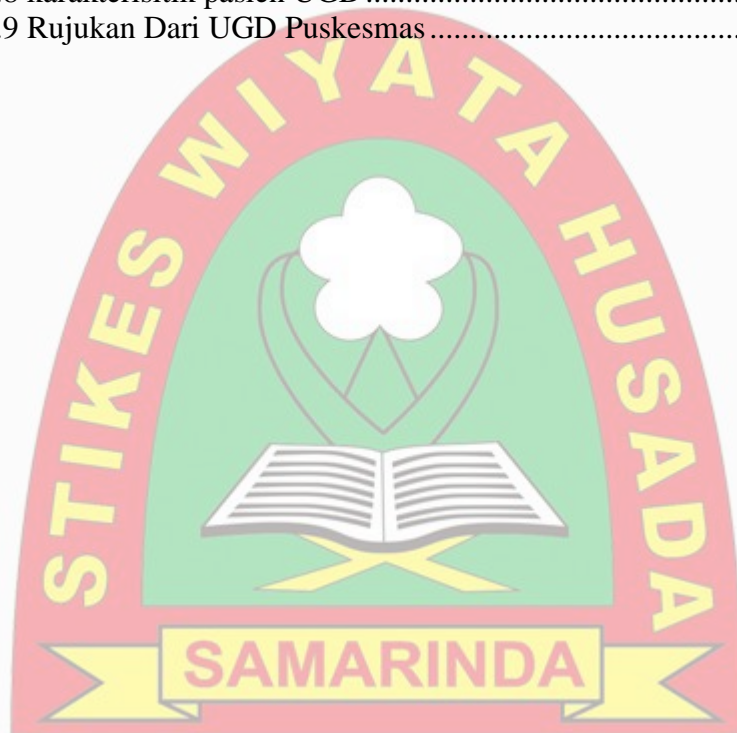
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Prinsip-Prinsip <i>Triage</i>	19
Tabel 2.2 Klasifikasi Dalam Sistem <i>Triage</i>	21
Tabel 2.3 Klasifikasi <i>Triage</i> Berdasarkan Warna	22
Tabel 2.4 Tabel Prioritas <i>Triage</i>	23
Tabel 2.5 Klasifikasi <i>Triage</i> Berdasarkan Keakutan	24
Tabel 2.6 Klasifikasi <i>Triage</i> Berdasarkan Tingkatan	24
Tabel 2.7 Skala <i>Triage</i> Australia	25
Tabel 2.8 Skala <i>Triage</i> Kanada.....	25
Tabel 2.9 Skala <i>Triage</i> Manchester	26
Tabel 2.10 <i>Triage</i> Komprehensif	29
Tabel 2.11 Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Tingkat UGD	36
Tabel 2.12 Indikator Standar Pelayanan UGD.....	36



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Dasar-Dasar <i>Triage</i>	15
Skema 2.2 Tindakan Dasar Penanganan Gawat Darurat	16
Skema 2.3 Kerangka Teori.....	44
Skema 4.1 Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan UGD	67
Skema 4.2 Pelaksanaan <i>Triage</i> Di Unit Gawat Darurat Puskesmas	72
Skema 4.3 Skala <i>Triage</i> Yang Digunakan Di Puskesmas.....	73
Skema 4.4 Pemahaman Tentang Pelaksanaan <i>Triage</i> Oleh Perawat UGD	75
Skema 4.5 Cara Perawat Dalam Menentukan <i>Triage</i>	78
Skema 4.6 Petugas Yang Melakukan <i>Triage</i> Di UGD	81
Skema 4.7 Tindakan Yang Dilakukan Setelah Melakukan <i>Triage</i>	82
Skema 4.8 karakteristik pasien UGD	83
Skema 4.9 Rujukan Dari UGD Puskesmas	87



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar penjelasan penelitian
Lampiran 2	Lembar <i>Inform Consent</i>
Lampiran 3	Pedoman Wawancara
Lampiran 4	Dokumentasi
Lampiran 5	Lembar Informasi Penelitian
Lampiran 6	Analisis Tematik



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fasilitas kesehatan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat (Permenkes, 2013). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71, tahun 2013 yang termasuk pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit kelas D (rumah sakit yang didirikan di desa tertinggal, perbatasan atau kepulauan), praktik dokter atau dokter gigi. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya sistem upaya kesehatan (Permenkes, 2013).

Puskesmas harus memiliki dokter/dokter gigi dengan kemampuan untuk melakukan *triage*, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tatalaksana defenitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya serta perawat minimal setingkat diploma III yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan, kompetensi kegawatdaruratan dapat diperoleh dari pendidikan atau pelatihan terkait pelayanan kegawatdaruratan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan tingkat kemampuan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Standar sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan mengikuti standar puskesmas, pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes, 2014).

Unit Gawat Darurat (UGD) merupakan tempat pelayanan darurat untuk pasien yang butuh pertolongan medis segera yang di adakan di setiap puskesmas atau rumah sakit. Perkembangan medis merupakan hal terpenting yang harus dijalankan agar pelayanan kepada pasien bisa tertangani dengan baik. Untuk menghindari adanya kematian pasien dikarenakan kondisi darurat, maka penanganan medis pertama adalah UGD, sehingga pasien yang datang ke UGD baik dalam kondisi yang stabil atau mengalami perburukan di lakukan penanganan yang tepat. Penanganan selanjutnya dipuskesmas mempunyai kriteria atau panduan yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan sehingga pasien akan mendapatkan apakah hanya ditingkat puskesmas atau memerlukan sistem rujukan. Penanganan pasien berdasarkan *triage* yaitu berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan intervensi kegawatdaruratan (Permenkes, 2018).

Prinsip *triage* adalah berdasarkan prioritas dengan penentuan/penyeleksian pasien yang harus didulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul yaitu ancaman yang dapat mematikan dengan hitungan menit dan jam, trauma ringan, sudah meninggal. Prosedur penilaian *triage* dilakukan secara cepat untuk menentukan kategori kegawatdaruratan pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara menilai tanda-tanda vital, kebutuhan medis, kemungkinan bertahan hidup, menilai bantuan yang memungkinkan, memprioritaskan penanganan definitif. Pengkategorian status pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya apakah masuk dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*) kategori merah merupakan prioritas pertama (pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila di beri pertolongan segera), kategori kuning merupakan prioritas kedua (pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera), kategori hijau merupakan prioritas ketiga (pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan), kategori hitam merupakan pasien meninggal dengan cedera fatal yang jelas dan tidak perlu dilakukan resusitasi (Permenkes, 2018).

Berdasarkan prosedur kategori *triage* tindakan resusitasi segera diberikan kepada pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (*airway*), status pernafasan (*brathing*), dan sirkulasi ke jaringan (*circulation*) serta mental pasien yang diukur *Alert verbal pain unresponsive* (AVPU), batasan waktu (respon time untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya untuk pasien yang membutuhkan pelayanan resusitasi segera, melakukan monitoring dan *retriage* terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi pasien yang berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, dan penilaian ulang status mental. Status *triage* ini harus dinilai karena kondisi pasien dapat berubah sewaktu-waktu apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada puskesmas tidak tersedia tenaga yang berkompenten atau fasilitas yang tidak memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur. Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap pasien tidak memungkinkan dilakukan puskesmas karena keterbatasan SDM (Sumber Daya Manusia), sebelum dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju mengenai kondisi pasien serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien (Permenkes, 2018).

Proses rujukan pasien dilakukan bila kondisi pasien stabil, menggunakan ambulan gawat darurat yang dilengkapi dengan alat resusitasi didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan, karena banyaknya kriteria yang menjadi pertimbangan dalam memberikan pelayanan pada pasien, jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk ditangani dan peralatan puskesmas yang tidak memadai maka bisa langsung dirujuk ke rumah sakit yang lebih baik. Pasien gawat darurat adalah pasien yang oleh suatu penyebab (penyakit, trauma, kecelakaan, tindakan anastesi) jika tidak segera ditolong akan mengakibatkan pasien mengalami kecatatan kehilangan organ tubuh, atau meninggal. Prinsip pertolongan untuk pasien gawat darurat yaitu *time saving is life saving* (waktu adalah nyawa). Tindakan pada menit-menit pertama menentukan hidup dan mati pasien gawat darurat, maka dari itu dalam

menangani pasien gawat darurat dibutuhkan tindakan yang tepat cepat, dan cermat. Kecepatan dan ketetapan pemberian pertolongan sangat berpengaruh pada pasien apabila pertolongan terlambat akan berakibat kematian, untuk itu penting menentukan prioritas penanganan bagi pasien gawat darurat (Purbianto 2013 dalam Montjai *et, al* 2017).

Pemanfaatan pelayanan kegawatdaruratan yang ada dipuskesmas sangat bermanfaat bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan pertolongan pertama dan bahkan pelayanan rawat jalan, letak geografis yang jauh dari rumah sakit akan lebih terbantu dengan adanya pelayanan kegawatdaruratan bagi masyarakat, sehingga perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer yang berfungsi sebagai kontak pertama pelayanan kesehatan formal sesuai standar pelayanan medis. Puskesmas harus dapat memberikan penanganan awal kasus medis yang masih dapat ditangani di puskesmas (Sutadji, 2013).

Andersson *et al*, (2006) dalam Aniyah, (2015) menyatakan bahwa perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran dan tanggung jawab utama dalam melakukan *triage* di UGD. Pengetahuan perawat terhadap peran dalam penanganan pasien gawat darurat, kurang memadainya peralatan, sistem pertolongan dan sikap dalam penanganan pasien yang tidak tepat dalam melakukan prinsip pertolongan, pengetahuan perawat gawat darurat penting dalam menentukan keberhasilan pertolongan. Perawat unit gawat darurat memiliki peran untuk membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan yang lebih dari sekedar sembuh dari penyakit tertentu namun berfokus pada kebutuhan kesehatan, selain itu untuk meningkatkan kinerja dan pengetahuan perawat UGD tentang keperawatan kedaruratan perlu diadakannya pembaharuan-pembaharuan perawat kegawatdaruratan di UGD dengan cara mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, memiliki sertifikat BTCLS, BLS, seminar-seminar tentang kegawatdaruratan, melatih keterampilan kegawatdaruratan dan untuk

meningkatkan sikap dalam penanganan di unit gawat darurat (Fuadi, 2009 dalam Humardani 2013).

Benner mengatakan bahwa penguasaan keterampilan berbasis pengalaman lebih aman dan cepat ketika bersandar pada basis pendidikan yang kuat (Benner, 1984 dalam Alliegood, 2014). Benner mendefinisikan keterampilan dan praktik terampil berarti melaksanakan intervensi keperawatan yang terampil dan keterampilan dalam hasil penilaian klinis pada situasi klinis yang sebenarnya (Alliegood, 2014).

(Benner & Heidegger, 1962 dalam Alliegood, 2014) Menjelaskan bahwa pengalaman diuraikan sebagai hasil pemikiran yang sedang di pertanyakan, diperbaiki atau disangkal dalam situasi yang sebenarnya, ketika perawat memperoleh pengalaman, pengetahuan klinis menjadi perpaduan antara pengetahuan praktik dan teori keahlian berkembang ketika klinisi menguji dan memodifikasi ekspektasi yang berbasis prinsip dalam situasi sebenarnya. Benner mendukung deskripsi fenomenologi Heidegger mengenai manusia sebagai makhluk yang menginterpretasikan dirinya dan diartikan sebagai melalui kepedulian, praktik, dan pengalaman hidup. Manusia selalu berada dalam situasi, mereka terlibat dengan penuh makna didalam konteks tempat mereka berada (Alliegood, 2014).

Penelitian oleh Febrina *et al*, (2018) menjelaskan bahwa keterampilan teknikal perawat pelaksana di ruang Instalasi Gawat Darurat belum optimal, karena masih banyak perawat pelaksana yang belum mendapatkan pelatihan *triage* khusus dan juga masih ada perawat yang hanya mendapatkan satu pelatihan saja. Perawat *triage* juga sudah menjalankan prinsip *triage* dengan seharusnya dengan memeriksa memilah pasien, nilai kondisi umum pasien, periksa ABCDE, TTV, pengkajian riwayat pasien, pasangkan gelang warna, masih di temukan adanya kesalahan dalam pemilahan *triage*, pemasangan gelang, kurang tepatnya *respon time* tindakan. Sarana dan prasarana di ruang *triage* telah memenuhi syarat, hanya untuk tata kelola ruangan perlu renovasi untuk diperbesar, dan jarak anatara ruang *triage* dengan ruang resusitasi tidak boleh terlalu jauh. Dampak dalam melakukan kesalahan *triage* dapat mempengaruhi keselamatan pasien.

Martanti *et al*, (2015) menjelaskan Petugas UGD diharapkan mempertahankan keterampilan dalam pelaksanaan *triage* dan bagian diklat diharapkan mengadakan *refressing* bagi petugas UGD seperti pelatihan, *preconferens*, dan analisis kasus seputar *triage* untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *triage*. Tuwo *et al*, (2019) menjelaskan Pelaksanaan triase sangat mempengaruhi *response time*, jika *triage* tidak dilakukan dengan tepat maka akan memperlambat waktu tanggap (*response time*) yang akan diterima pasien sehingga akan meningkatkan resiko kerusakan organ atau kecacatan, dan bahkan sampai pada kematian pasien. Selain itu juga akan berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit dan akan menambah biaya perawatan pasien tersebut.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 27 Februari 2019. Puskesmas ini adalah salah satu puskesmas yang memiliki ruang UGD (Unit Gawat Darurat) serta ruang rawat inap di wilayah tersebut. Letak puskesmas ini juga dekat dengan perusahaan-perusahaan tambang dimana jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan letak geografis yang jauh dari perkotaan dan jauh dari rumah sakit dapat membantu masyarakat dalam memperoleh pertolongan pertama di UGD (Unit Gawat Darurat) puskesmas tersebut. Perawat menjadi salah satu petugas kesehatan yang ikut serta dalam menentukan penyeleksian atau pengkategorian *triage* berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya untuk mendapatkan penanganan segera pada saat pertamakali pasien datang di UGD (Unit Gawat Darurat), dari hasil wawancara perawat di puskesmas tersebut mengatakan bahwa di UGD (Unit Gawat Darurat) tersebut menggunakan skala *triage* prioritas berdasarkan warna dan di dapatkan data penyakit terbanyak yang masuk ke UGD Puskesmas Makroman Samarinda yaitu trauma akibat kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, hipertensi, GEA (*Gastroenteritis Akut*), DBD, Obs Febris, Dehidrasi, Rawat Luka, Dyspepsia, Asthma, Stroke.

Perawat yang bekerja di UGD Puskesmas Makroman terdapat 9 orang perawat dengan pengalaman bekerja selama 1-6 tahun, Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian tentang

pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD (Unit Gawat Darurat) Puskesmas Makroman.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD (Unit Gawat Darurat) Puskesmas Makroman Samarinda.

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah yang telah disebutkan diatas, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Pengalaman Perawat Dalam Melakukan *Triage* di UGD (Unit Gawat Darurat) Puskesmas Makroman Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Sebagai masukan dan pembelajaran untuk perawat dalam melakukan *triage* pada pasien gawat darurat di Puskesmas Makroman.

2. Manfaat praktisi

a. Bagi pihak puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi pihak puskesmas terkait dengan pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD (Unit Gawat Darurat) Puskesmas Makroman Samarinda

b. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan peneliti mengenai pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD (Unit Gawat Darurat).

c. Bagi institusi pendidikan kesehatan

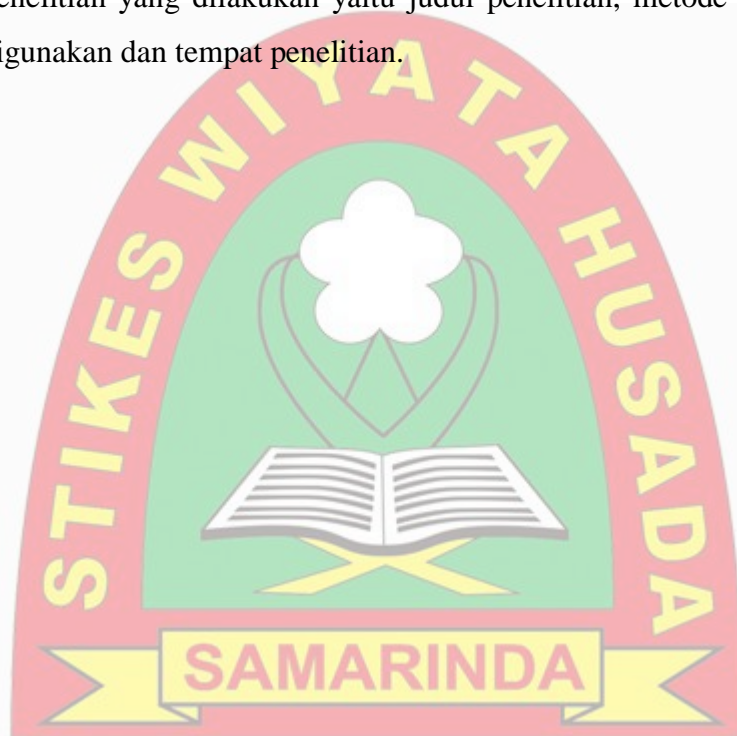
Sebagai bahan tambahan bacaan dipergustakaan serta masukan informasi mengenai pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di UGD (Unit Gawat Darurat).

E. Penelitian terkait

Berikut ini penelitian-penelitian yang berhubungan dengan Pengalaman Perawat dalam Melakukan *Triage* pada Pasien di UGD (Unit Gawat Darurat), antara lain :

1. Febriana *et al*, (2018) dengan judul “Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Pelaksanaan *Triage* di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukit tinggi” Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dengan Populasi berjumlah 3 orang partisipan, penelitian tersebut diperoleh dengan teknik *purposive sampling* dengan Hasil penelitian terhadap 3 partisipan diperoleh 6 tema, yaitu: (1) keterampilan teknis perawat *triage*, (2) prinsip *triage*, (3) kemampuan dalam pemilahan pasien masih belum efektif, (4) sarana prasarana, (5) dampak dalam melakukan kesalahan *triage*, dan (6) solusi untuk keselamatan pasien. Perbedaan penelitian ini dengan yang dilakukan peneliti yaitu tempat penelitian dan populasi penelitian.
2. Martani *et al*, (2015) dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Keterampilan Petugas dalam Pelaksanaan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat Rsud Wates” penelitian ini menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian menggunakan metode *purposive sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 20 orang petugas yang terdiri atas 12 orang perawat dan 8 orang bidan. Berdasarkan hasil penelitian ini disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan dan keterampilan petugas dalam pelaksanaan *triage* di IGD RSUD Wates sebagian besar masuk dalam kategori baik. Hasil uji kendall Tau diperoleh nilai koefisiensi Kendall Tau sebesar 0,450 dengan signifikansi 0,025 ($\text{sig} < 0,05$). Petugas IGD RSUD Wates, Perbedaan penelitian ini dengan yang dilakukan peneliti yaitu judul penelitian, metode yang digunakan, jumlah sampel dan tempat penelitian.

3. Tuwo *et al*, (2019) dengan judul “Hubungan Ketepatan Triase dengan *Response Time* Perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe C “ penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional yang bersifat analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* dengan Sampel berjumlah 36 responden yang diambil menggunakan teknik *total sampling*. Hasil penelitian uji *fisher's exact test* pada tingkat kemaknaan 95%, diperoleh nilai signifikan $p = 0,003$ atau lebih kecil dari 0,05 ($0,003 < 0,05$). hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ketepatan triase dengan *response time* perawat di IGD rumah sakit tipe C. Perbedaan penelitian yang dilakukan yaitu judul penelitian, metode penelitian yang digunakan dan tempat penelitian.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Puskesmas

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah atau masyarakat. Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan (Permenkes, 2014).

1. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran dan kemauan. Kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Puskesmas memiliki prinsip dalam melakukan penyelenggaraan di puskesmas yaitu paradigma sehat, pertanggung jawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna dan keterpaduan dan kesinambungan. Dalam melaksanakan tugasnya, puskesmas menyelenggarakan UKM (upaya kesehatan masyarakat) dan UKP (upaya kesehatan perorangan).
2. Puskesmas berfungsi untuk melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan untuk melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan. melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan, menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan, melaksanakan pembinaan terhadap pelayanan dalam upaya

3. Kesehatan masyarakat, melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas, melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta evaluasi terhadap akses, mutu, dan pelayanan kesehatan. memberikan dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan penyakit.
4. Puskesmas berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung, melaksanakan rekam medis, melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan. Puskesmas juga perlu melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya untuk melaksanakan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.
5. Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan dalam kondisi tertentu pada 1 (satu) kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 (satu) puskesmas berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Pendirian puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium. Lokasi pendirian puskesmas harus memenuhi persyaratan geografis, aksesibilitas untuk jalur transportasi, kontur tanah, fasilitas parkir, fasilitas keamanan, dan pengelolaan kesehatan lingkungan. Bangunan puskesmas harus memenuhi persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja, serta persyaratan teknis bangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang Bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain menyediakan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan, keselamatan dan kesehatan serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus, anak-anak dan lanjut usia.

Puskesmas harus memiliki prasarana yang berfungsi paling sedikit terdiri dari ventilasi dan pencahayaan yang baik, listrik, komunikasi, sistem gas medik, proteksi petir, proteksi kebakaran, pengendalian kebisingan Sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari 1 (satu) lantai, kendaraan puskesmas keliling dan kendaraan ambulans. Peralatan kesehatan di puskesmas harus memenuhi persyaratan standar mutu, keamanan, keselamatan dan memiliki izin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2014).

6. Sumber daya manusia puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan, jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja puskesmas, dengan jumlah penduduk, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja. Jenis tenaga paling sedikit terdiri dari dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, tenaga kefarmasian. Tenaga non kesehatan harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di puskesmas. Tenaga kesehatan di puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas harus memiliki surat izin praktik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kefarmasian di puskesmas harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian pelayanan kefarmasian di Puskesmas dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2014).

7. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya Puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas kawasan perkotaan, puskesmas kawasan pedesaan, puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil. Penyelenggaraan puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas non rawat inap adalah Puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal, puskesmas rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Setiap puskesmas wajib memiliki izin untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan (Permenkes, 2014).

Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dalam upaya pengembangan pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, pelayanan gizi, pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit, upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas (Permenkes, 2014).

Upaya kesehatan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*, rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan. Untuk melaksanakan upaya kesehatan, puskesmas harus menyelenggarakan manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, pelayanan laboratorium (Permenkes, 2014).

B. Konsep Dasar Gawat Darurat

Gawat artinya mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban (Musliha, 2010).

1. Pengertian *triage*

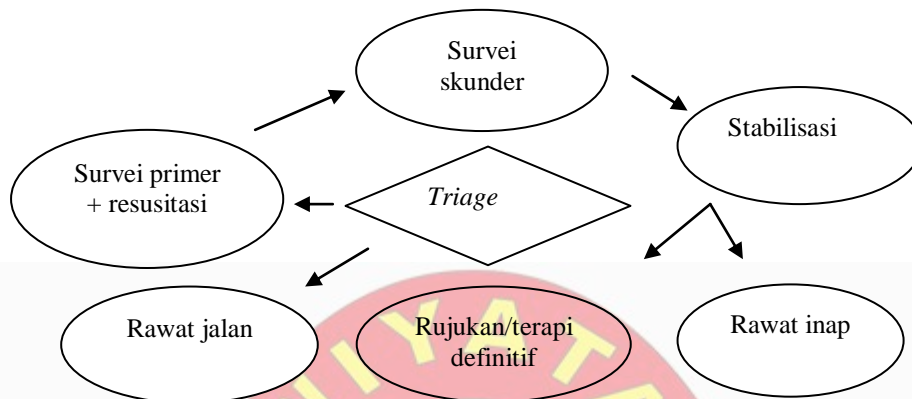
Di Indonesia, istilah *triage* juga disebut triase. Kedua istilah tersebut memiliki esensi yang sama, yaitu istilah untuk menggolongkan pasien berdasarkan berat cedera dan untuk menentukan jenis perawatan berdasarkan tingkat kegawat daruratan trauma, dan penyakit dan cedera. *Triage* adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya (Zimmermann dan Herr, 2006 dalam Kartikawati dewi, 2011).

2. Tujuan *triage*

Triage memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses peyelamatan pasien. Perawat yang berhak melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan penanggulangan pasien gawat darurat (PPGD) dan *basic trauma cardiac life support* (BTCLS) dengan kata lain perawat yang melakukan *triage* diutamakan yang memiliki pengetahuan memadai dan memiliki pengalaman hal ini dikarenakan, selama di lapangan perawat akan di hadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat. Keberhasilan melakukan *triage* ini ditentukan oleh beberapa hal, diantaranya, di tentukan dengan kecepatan menemukan pasien gawat darurat dan kecepatan memberikan pertolongan. Penanganan khusus pada pertolongan pertama bisa dilakukan di tempat kejadian, bisa ketika di perjalanan, dan setibanya pasien di puskesmas atau di rumah sakit. Dalam penangan situasi tersebut seorang perawat harus total, hal ini untuk mencegah kematian dan kecacatan. Penanganan ini juga bertujuan untuk meminimalisasi terjadinya cedera. *Triage* dilakukan dengan memprioritaskan pasien berdasarkan kekuatan atau daya tahan tubuh pasien untuk melihat kondisi pasien, perawat perlu melakukan, kajian singkat, tetapi tepat

dan akurat, selain itu tugas perawat menggali data lengkap tentang keadaan pasien. Berikut adalah bagan dasar-dasar melakukan *triage*.

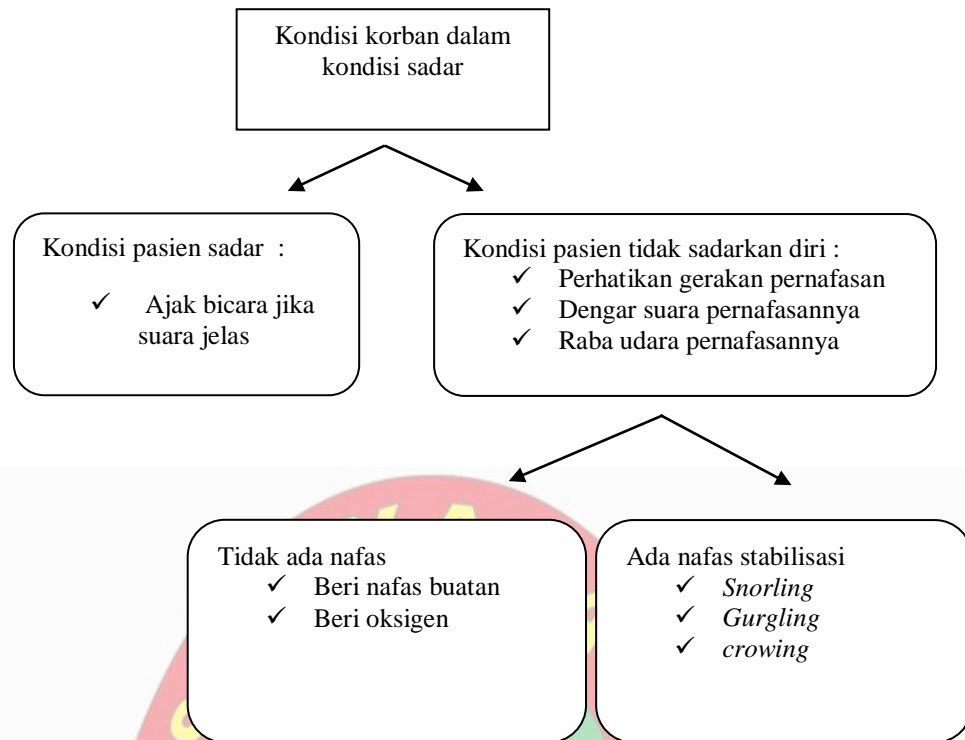
Skema 2.1 Dasar-dasar *triage*



Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Cara menggali data secara cepat dan akurat dapat dilakukan dengan bertanya, jika pasien masih bisa diajak bicara, perawat bisa menanyakan secara langsung daftar riwayat kesehatan misalnya, apakah pasien memiliki riwayat diabetes, darah tinggi, atau penyakit lainnya, jika menangani korban kecelakaan, untuk mendapatkan informasi tambahan perawat bisa menanyakan saksi yang melihat kecelakaan mengenai kronologi kejadian. Perawat juga bisa bertanya kepada pasien dibagian tubuh mana yang merasakan sakit atau adakah bagian tubuh yang tidak bisa digerakan. Perawat di tuntut sigap memberikan pertolongan pertama. *Triage* dapat disimpulkan sebagai bentuk sistem manajemen resiko di Unit Gawat Darurat (UGD), Berikut adalah tindakan yang harus dilakukan perawat dalam penanganan penyelamatan saat berhadapan dengan korban pertama kali (Mardalena ida, 2016).

Skema 2.2 Tindakan Dasar Penanganan Pasien/korban



Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Perawat yang melakukan tindakan *triage* wajib memperhatikan kondisi pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar atau dalam kondisi tidak sadarkan diri. Perawat juga harus memperhatikan masalah jalan nafas (Kartikawati dewi, 2011)..

3. Sistem *triage*; digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yakni pasien yang apabila tidak mendapatkan *triage* segera, dapat menimbulkan trauma. Berikut sistem *triage* yang sering di gunakan:

- a. *Spot check*

Spot check adalah sistem yang di gunakan untuk mengkasifikasikan dan mengkaji pasien dalam waktu dua sampai tiga menit. Hampir 25% UGD menggunakan sistem ini untuk mengidentifikasi pasien dengan segera.

b. *Triage* komprehensif

Sistem *triage* ini adalah standar dasar yang telah di dukung oleh *Emergency Nurs Association* (ENA). Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep ABC ketika menghadapi pasien gawat darurat. Penangan pertama *triage* bertujuan untuk mencegah berhentinya detak jantung dan saluran pernafasan. Indikasi atau penyebab nafas berhenti, bisa di sebabkan karna stroke, inhalasi asap, tenggelam, syok listrik, trauma, tercekik, koma dan tersambar petir keadaan darurat tersebut dapat di tangani dengan memberikan resusitasi jantung paru (Mardalena ida, 2016).

Triage komprehensif menekankan pada konsep ABC, A(*airway control*: jalan nafas), B(*breating support*: pernafasan), dan C (*circulation support*: sirkulasi), ada 3 element lain selain ABC, yaitu (D) *disability of neurty*, (E) *expose*, (F) *full set of vital sign*. Namun demikian penanganan yang sering digunakan di lapangan adalah penanganan ABC (Kartikawati dewi, 2011).

Airway control atau penanganan pelalui jalan nafas, pertolongan pertama dapat di lakukan dengan memposisikan pasien terlentang dan mengangkat dagu pasien. Perawat bisa membuka jalan nafas dengan ekstensi kepala dalam posisi kepala dagu terangkat, jika pasien muntah, perawat bisa membersihkannya dengan cara manual. *Breating support* atau memberi bantuan nafas, mengetahui pasien masih bernafas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat, meratakan dan mendengar bunyi nafas (Kartikawati dewi, 2011).

Jika dalam kondisi pingsan, pasien di posisikan secara stabil lateral untuk membebaskan jalan nafas, perawat bisa memberi nafas buatan dengan cara meniup memalui mulut sebanyak dua kali sembari menutup hidup pasien (posisi kepala ekstensi). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa melanjutkan pemberian nafas buatan 10-11 kali permenit tanpa kopresi dada. *Circulation support* Bantuan sirkulasi ini dapat di lakukan apabila denyut nadi

besar teraba. Perawat bisa memberikan nafas buatan 10-12 kali permenit jika bantuan sirkulasi diperuntukan untuk bayi dan anak-anak, berikan kompresi sebanyak 100x/menit. Lakukan kompresi di sternum, garis antara kedua puting susu 1/3 bawah. Tindakan ini dilakukan dengan perbandingan 5:1. Perawat bisa melakukan kompresi dengan 2 jari, tindakan ini dilakukan dengan perbandingan 3:1 atau 5:1 menggunakan kedua jempol atau jari telunjuk dan jari tengah, untuk menangani pasien gawat darurat, selain ABC ada istilah lain yang disebut BLS (*basic life support*) sangat penting bagi perawat menguasai dasar keterampilan BLS secara komperhensif. Berikut dasar keterampilan BLS yang harus di pahami oleh perawat:

- 1) *Triage two-tier*; tindakan pertolongan pasien yang melibatkan 2 orang petugas, untuk dilakukan Pengkajian lebih rinci. Selain *trriage two-tier* ada juga *trriage bedside*. Pasien yang datang langsung di tangani perawat tanpa menunggu petugas perawat lainnya.
- 2) *Triage expanded*; Perawat melakukan pertolongan pertama dengan bidai, kompres, atau rawat luka. Penanganan ini di sertai dengan pemeriksaan diagnostik dan pemberian obat. Jika penyakit atau luka parah, penanganan bisa dilakukan dengan tes laboratorium.

Prinsip *trriage* dalam penanganan pasien, perawat harus memperhatikan komponen penting di antaranya memperhatikan warna kulit, suhu, kelembaban, nadi, respirasi, luka dalam, tingkat kesadaran, inspeksi visual, memar, dan deformitas kotor. Prinsip *trriage* adalah melakukan yang terbaik untuk menyelamatkan banyak orang, meskipun SDM (Sumber Daya Manusia) dan alat terbatas. Perawat melakukan seleksi korban yang akan di tindak lanjuti berdasarkan ancaman jika mematikan dalam hitungan menit, tingkat kematian dalam hitungan jam, trauma ringan, dan pasien yang sudah meninggal.

Kartikawati dewi, (2011) menuliskan beberapa prinsip *triage*. Prinsip-prinsip tersebut dapat di lihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Prinsip-Prinsip *Triage*

No	Prinsip <i>triage</i>
1	Dilakukan cepat, singkat dan akurat
2	Memiliki kemampuan merespons, menilai kondisi pasien yang sakit, cedera atau yang sekarat.
3	Pengkajian dilakukan secara adekuat dan akurat
4	Membuat keputusan berdasarkan dengan kajian
5	Memberikan kepuasan kepada pasien, bisa berupa perawatan secara simultan, cepat,dan pasien tidak ada yang dikeluhkan
6	Perawatan memberikan dukungan emosional baik kepada warga maupun kepada pasien
7	Menempatkan pasien berdasarkan tempat, waktu, dan pelayanan yang tepat.

Sumber : (Kartikawati dewi, 2011).

Hal terpenting bagi perawat ketika melakukan *triage* adalah melakukan *response time*. Penelitian yang dilakukan oleh Nur hasim, (2015) menyimpulkan bahwa meskipun banyak perawat yang mengerti dengan prinsip *triage* hanya sedikit perawat yang tau istilah *response time*. *Response time* merupakan waktu tanggap terhadap pasien, waktu tanggap yang dilakukan seorang perawat terbatas, hanya 10 menit. *Response time* juga dapat diartikan sebagai kecepatan melayani atau melakukan tindakan cepat kepada pasien gawat darurat. *Response time* menuntut perawat mampu melayani pasien sesuai dengan urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara pasien ataupun dengan perawatan yang akan digunakan. Perawat selalu dihadapkan pada ketidak mungkinan dan banyak kondisi yang tidak terduga sebelumnya.

Dunia keperawatan dihadapkan pada banyak kondisi tidak terduga, mulai kondisi gawat darurat sampai serangan panik, sedangkan panik adalah hal umum yang sering ditemui oleh perawat saat melakukan *triage*, kepanikan muncul dari para korban yang beraneka ragam Misalnya, korban gempa bumi atau banyaknya pasien yang mengalami cedera parah, serangan panik umumnya terjadi ketika banyak korban masuk ke rumah sakit korban datang dalam hitungan menit dan korban yang masuk membutuhkan pertolongan pertama. Akibat banyaknya pasien yang masuk, tenaga perawat terforsir diawal, langkah antisipatif

agar tenaga tidak terforsir, perawat bisa melakukan tiga unsur. pertama, titik *triage* awal. Kedua, mengendalikan akses dan arah yang jelas. Ketiga, daerah terapi medis darurat.

Proses *triage* adalah mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan ketat, tepat waktu, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani dalam tahap ini perawat bukan melakukan diagnosis, melainkan merencanakan intervensi untuk segera membawa pasien ke ruang perawatan. Hal ini terutama bagi pasien yang dalam kondisi mengancam nyawa. Dua hal penting untuk memahami proses *triage* yaitu :

- 1) *Undertriage*; merupakan proses meremehkan (*underestimating*) tingkat keparahan penyakit atau cedera. Pasien yang diprioritaskan berdasarkan tingkatan seperti pasien yang harus segera ditangani dan diobati masuk prioritas pertama, pasien prioritas kedua dikategorikan sebagai pasien yang mampu bertahan sehingga perawat boleh menunda dan mengutamakan yang paling parah.
- 2) *Uptriage*; *uptriage* merupakan suatu proses *obsertiming* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera, *uptriage* dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan *triage*. Perawat merasa ragu menentukan pasien masuk pada prioritas tiga atau dua *uptriage*, juga dilakukan perawat yang ragu menentukan pasien masuk pada prioritas satu atau dua. Perawat bisa saja menggantikan prioritas yang awalnya ditetapkan sebagai prioritas dua menjadi prioritas tiga (Mardalena ida, 2016).

Klasifikasi *triage* terdiri dari lima level perawatan, level keperawatan berdasarkan pada tingkat prioritas, tingkat ketakutan, dan klasifikasi *triage* yaitu :

- 1) Klasifikasi kegawatan *triage*: memiliki tiga prioritas yaitu *emergency, urgen dan nonurgen komprehensip speciality standar*, ENA(1999) beberapa hal perlu dipertimbangkan pada saat melakukan *triage*, pertimbangan didasarkan pada keadaan fisik, psikososial, dan tumbuh kembang dan mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan. Klasifikasi dalam sistem *triage* yaitu :

Tabel 2.2 Klasifikasi dalam Sistem *Triage*

Klasifikasi dalam sistem <i>triage</i>	
Prioritas 1 (Gawat darurat)	Pasien mengalami beberapa gangguan ABC seperti jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi. Adapun kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal seperti gangguan <i>cardiac ares</i> , trauma mayor dengan pendarahan dan mengalami penurunan kesadaran.
prioritas 2 (Gawat tidak darurat)	Pasien yang memiliki penyakit mengancam nyawa namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat. penanganan bisa dilakukan dengan tindakan resusitasi. Tindakan dapat diteruskan dengan memberikan rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakit. Pasien yang dimaksud ialah penderita kanker tahap lanjut, seperti kanker serviks, <i>sikle cell</i> , dan penyakit yang sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan.
prioritas 3 (Darurat tidak gawat)	Pasien memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa, namun memerlukan tindakan darurat pasien prioritas 3 dalam kondisi sadar dan tidak memiliki gangguan ABC(<i>airway, breathing, circulation</i>) pasien dapat ditindak lanjuti ke poli klinik
prioritas 4 (Tidak gawat tidak darurat)	Klasifikasi <i>triage</i> ini paling ringan diantara <i>triage</i> lainnya pasien yang masuk kategori prioritas 4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit prioritas 4 adalah penyakit ringan misalnya, penyakit panu, flu, batuk pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Klasifikasi tingkat prioritas

Klasifikasi *triage* dari tingkat keutamaan atau prioritas dibagi menjadi empat kategori warna. Dalam dunia keperawatan klasifikasi prioritas ditandai dengan warna. Tanda warna digunakan untuk menentukan pengambilan keputusan dan tindakan. Prioritas pemberian warna juga dilakukan untuk memberikan penilaian dan intervensi penyelamatan nyawa. Intervensi biasanya digunakan untuk mengidentifikasi *injury*. Mengetahui tindakan yang dilakukan dengan

cepat dan tetap memberikan dampak signifikan keselamatan pasien hal ini disebut dengan *intervensi live saving*. *intervensi live saving* biasanya dilakukan sebelum menetapkan kategori *triage*. *Intervensi live saving* umumnya digunakan dalam praktik lingkup responden dan harus disertai persiapan alat-alat yang dibutuhkan sebelum ke tahap intervensi, berikut ada beberapa warna yang sering digunakan untuk *triage* (Mardalena ida, 2016).

Tabel 2.3 Klasifikasi *triage* berdasarkan warna

Klasifikasi <i>triage</i> berdasarkan warna	
Merah	Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Warna merah menandakan bahwa pasien dalam keadaan mengancam jiwa yang menyerang bagian vital. Pasien dengan <i>triage</i> merah memerlukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum dilakukan tindakan lanjut, seperti operasi atau pembedahan. Pasien bertanda merah bertanda jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan pasien kehilangan nyawanya. Berikut yang termasuk keprioritas pertama (warna merah) diantaranya henti jantung, perdarahan besar, henti nafas, dan pasien tidak sadarkan diri.
Kuning	Pasien yang diberi tanda kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Tanda kuning menjadi tingkat prioritas ke dua setelah tanda merah. Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa. Misalnya, pasien yang mengalami luka bakar tingkat II dan III kurang dari 25 % mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas.
Hijau	Warna hijau merupakan tingkat prioritas ke tiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam artian, pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang diberi prioritas warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan misalnya, luka superfial. Penyakit atau luka yang masuk ke prioritas hijau adalah fraktur ringan disertai perdarahan, pasien yang mengalami benturan ringan atau laserasi ringan, histeris, dan mengalami luka bakar ringan juga termasuk prioritas ini.
Hitam	Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup sangat kecil. Biasanya, pasien yang mengalami luka atau penyakit parah akan diberikan tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum ditemukan cara menyembuhkannya. Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk memperpanjang nyawa pasien adalah dengan terapi supportif. Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernafas setelah dilakukan <i>intervensi live saving</i> . Adapun yang termasuk kategori prioritas warna hitam antara lain pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, <i>spinal injury</i> , dan pasien <i>multiple injury</i> .

Sumber : (Mardalena ida, 2016).

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

Tabel 2.4 Tabel prioritas *triage*

Hitam (prioritas 0)	Merah (prioritas 1)	Kuning (prioritas 2)	Hijau (prioritas 3)
✓ Korban meninggal	✓ Respirasi > 30 kali per menit ✓ Tidak ada nadi radialis ✓ Tidak sadar/ penurunan kesadaran	✓ Respirasi < 30 kali per menit ✓ Nadi teraba ✓ Status mental normal	✓ Tidak memiliki kegawatan yang serius

Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Klasifikasi berdasarkan tingkat kedaruratan *triage* memiliki arti penting sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di UGD perawat melakukan kajian mengumpulkan data secara akurat dan konsisten. Ada dua cara yang bisa dilakukan. Pertama, secara validitas. Validitas merupakan tingkat akurasi sistem kedaruratan. Validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat *triage* dan membedakan tingkat kedaruratan sesuai standar. Dua, reliabilitas, perawat yang menangani pasien sama dan menentukan tingkat kedaruratan yang sama pula kedua cara tersebut sering digunakan untuk menganalisis dan menentukan kebijakan untuk pasien yang dirawat di UGD (Mardalena ida, 2016).

Klasifikasi berdasarkan tingkat keakuratan menurut (Iyer 2004 dala, Mardalena, 2016) perawat dituntut mampu mengidentifikasi kebutuhan untuk klasifikasi prioritas tinggi yang meliputi perdarahan aktif, nyeri hebat, gangguan emosional, stupor/mengantuk, *diabforesis* dan *dispnea* saat istirahat termasuk mengetahui tanda-tanda vital diluar batas normal dan *sianosis*.

Tabel 2.5 Klasifikasi *triage* berdasarkan tingkat keakutan

Klasifikasi <i>triage</i> berdasarkan tingkat keakutan	
Kelas I	pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa. Misalnya, pasien mengalami memar minor.
Kelas II	Pasien dengan penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien. Misalnya flu, demam biasa, atau sakit gigi.
Kelas III	pasien berada dalam kondisi semi mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya mampu menunggu kurang lebih selama 2 jam selama pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.
Kelas IV	Pasien yang tidak mampu menahan kurang dari 2 jam, pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindak lanjuti. Pasien kelas IV ini termasuk urgen dan mendesak. misalnya pasien penderita asthma, fraktur panggul dan laserasi berat.
Kelas V	Pasien yang ada dikelas gawat darurat adalah pasien gawat darurat. Apabila pasien diobati terlambat, dapat menyebabkan kematian. Yang termasuk kelas V adalah syok, henti jantung, dan gagal jantung.

Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Tabel 2.6 *Triage* berdasarkan tingkatan

<i>Triage</i> berdasarkan tingkatan	
Triage dua tingkat	Pasien yang masuk kategori <i>triage</i> dua tingkat adalah pasien syang sakit dan membutuhkan perawatan darurat. Selain itu, pasien yang termasuk kategori ini juga dalam kondisi nyawa dan organ tubuhnya dalam bahaya. Pasien tidak mampu lagi menunda rasa sakit yang dirasakan.
Triage dua tingkat	Pasien yang masuk kategori <i>triage</i> dua tingkat adalah pasien syang sakit dan membutuhkan perawatan darurat. Selain itu, pasien yang termasuk kategori ini juga dalam kondisi nyawa dan organ tubuhnya dalam bahaya. Pasien tidak mampu lagi menunda rasa sakit yang dirasakan.
Triage tiga tingkat	Triage tiga tingkat adalah kategorisasi yang menggunakan sistem pemberian warna. <i>Triage</i> tiga tingkat paling sering digunakan di Amrika Serikat yang merujuk pada tiga kondisi. Ketiga kondisi tersebut antara lain kondisi gawat darurat, dan kondisi biasa. Pasien yang berada dalam kondisi gawat darurat merupakan pasien yang segera memperoleh penanganan segera, pasien tidak mampu menunggu lama, dan nyawa pasien dalam keadaan terancam. Pasien dalam kondisi darurat maka pasien segera memperoleh tindakan. Meskipun demikian, pasien masih mampu bertahan selama beberapa jam. Kategori biasa, pasien dalam kondisi tidak mengalami kritis dan membahayakan.
Triage empat tingkat	Pada kategori triage empat tingkat selain menambahkan tiga status biasa, darurat, dan gawat darurat, perawat bisa menambahkan status <i>life threatening</i> .
Triage lima tingkat	Amerika serikat menerapkan <i>triage</i> lima tingkat di rumah sakit. Amerika serikat menggunakan <i>triage</i> ini karena meyakini bahwa dengan <i>triage</i> ini kualitas pelayanan pasien akan bertambah, karena menerapkan skala triage berstandar dan proses kategori akuitas. Penggunaan triage lima tingkat di amerika dikarenakan kesepakatan yang telah dibuat sejak tahun 2003 lalu. Isi kesepakatan tersebut melibatkan <i>American college of emergency physicians</i> (ACEP) dan ENA.

Sumber : (Mardalena ida, 2016).

Skala *triage* australia

Skala *triage* ini banyak digunakan di UGD rumah sakit di Australia. Penghitungan waktu dimulai sejak pasien pertama kali tiba di UGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan *triage*.

Berikut adalah skala *triage australia* dan skala akuitasnya, yang dipaparkan oleh (Kartikawati, 2011).

Tabel 2.7 Skala *triage* australia

Tingkat	Waktu perawatan	Presentase tindakan
Sangat mengancam hidup	Langsung	100
Sedikit mengancam hidup	10 menit	80
Beresiko mengancam hidup	30 menit	75
Darurat	60 menit	70
Biasa	120 menit	70

Sumber : (Kartikawati dewi, 2011).

Skala *triage* kanada

Kanada mengembangkan *triage* lima tingkat setiap tingkat mewakili beberapa keluhan dari pasien, perawat melakukan *triage* didasarkan pada ilmu dan pengalaman berdasarkan tingkat kedaruratan misalnya, perawat dapat menentukan tingkat kedaruratan pasien. Berikut tabel *triage* skala akuitas di kanada menurut (Kartikawati dewi, 2011).

Tabel 2.8 Skala *triage* kanada

Tingkat	Waktu perawat	Waktu dokter	Respon langsung
Resusitasi	Langsung	Langsung	98%
Gawat darurat	Langsung	<15 menit	95%
Darurat	<30 menit	<30 menit	90%
Biasa	<60 menit	<60 menit	85%
Tidak gawat	<120 menit	<120menit	80%

Sumber : (Kartikawati dewi, 2011).

Skala *triage* Manchester

Skala *triage manchester* sedikit berbeda dari *triage* lainnya, setiap tingkatan *triage* diberi nomor, nama, dan warna. Tujuannya untuk catatan perawat saat memberikan perawatan kepada pasien. Hasil catatan tersebut diperoleh dengan mengajukan pertanyaan perihal tanda dan gejala yang dirasakan pasien. Skala ini sebenarnya dikembangkan di inggris oleh kelompok perawat dan dokter gawat darurat. Berikut ini adalah skala

akuitas *triage manchester* yang disampaikan oleh (kartikawati dewi, 2011).

Tabel 2.9 Skala *triage Manchester*

No	Nama	Warna	Waktu
1	Langsung	Merah	0 menit
2	Gawat darurat	Orange	10 menit
3	Darurat	Kuning	60 menit
4	Standard	Hijau	120 menit
5	Biasa	Biru	240 menit

Sumber : Kartiakawati dewi, (2011).

Klasifikasi berdasarkan lokasi kejadian *triage* yang digunakan dalam rumah sakit meliputi beberapa poin sebagai berikut:

- 1) *Triage pre-hospital*; *triage* pada musibah massal/bencana dilakukan dengan tujuan bahwa dengan sumber daya yang minimal dapat menyelamatkan korban sebanyak mungkin, hal pertama yang dapat dilakukan pada saat ditempat kejadian bencana adalah harus berusaha untuk tenang, lihat sekeliling dan menyeluruh pada lokasi kejadian. *Triage pre-hospital* digunakan sebagai upaya awal perawat untuk menggali data pasien, terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara *triage pre-hospital* dan *intra hospital*. *Triage pre-hospital* memiliki keterbatasan staf medis misalnya, dalam satu ambulans hanya terdapat dua perawat. Kondisi pasien bisa saja membutuhkan banyak alat dan obat-obatan yang lebih lengkap. Tindakan cepat tanggap perawat dengan keterbatasan alat dan obat selama ambulans inilah disebut dengan istilah *pre-hospital care*.

Perawat yang fokus ke *pre-hospital care* harus memiliki kemampuan khusus di bidang emergensi. Salah satu untuk melakukan upaya memiliki perawat yang memiliki kemampuan PPGD yang profesional adalah dengan diberikan pelatihan khusus. Selama proses pelatihan, calon perawat tidak hanya diberikan pelatihan, calon perawat juga diberikan pengetahuan teori, tetapi juga praktik stimulasi memberikan pertolongan pada pasien

sebelum dan ketika ada di ambulans jika perawat dinyatakan lulus maka akan diberikan sertifikat.

Triage in-hospital; menurut Thomas dan Dians (1992) dalam Mardalena, 2016 perawat bertanggung jawab menentukan prioritas perawatan pasien. Ada tiga tipe umum dalam sistem triage in hospital:

- (a) *Traffic director*; disebut juga triage non nurse, perawat bukanlah staf berlisensi selama dilapangan perawat bertugas melakukan kajian visual secara cepat dan tepat, dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien. Tipe ini dilakukan tidak berdasarkan standar dan tidak memakai dokumentasi.
- (b) *Spot check triage*; atau disebut dengan *advanced triage* merupakan kebalikan dari tipe pertama. Perawat dan dokter harus sudah memiliki lisensi untuk melakukan pengkajian. Pengkajian dilakukan dengan cepat, meliputi pengkajian latar belakang dan evaluasi, baik evaluasi yang bersifat subjektif ataupun objektif (Kartikawati dewi, 2011).
- (c) *Comprehensive triage*; merupakan tipe yang menggunakan sistem advance namun diterapkan bagi perawat yang tidak memiliki lisensi. Perawat nantinya akan diberi pelatihan dan pengalaman *triage*. Dalam pelatihan tersebut perawatan juga diberi bekal tentang diagnostik, dokumentasi, evaluasi ulang dari pasien dan penatalaksanaan spesifik. Tidak semua perawat memiliki kualifikasi, kapasitas, dan kewenangan untuk melakukan *triage*. (ENA) *emergency nurses association* mencatat beberapa kualifikasi antara lain mengikuti pendidikan formal *triage* dengan supervisi mengikuti kursus *advance cardiac life support, registered nurse (RN)*. Menurut *emergency nurses association (ENA)* tenaga keperawatan dalam pelaksanaan *triage* dapat diklasifikasikan sebagai berikut.

- (1) Tenaga *non*-perawat; tenaga *non*-perawat memiliki tugas sebagai penyedia layanan kesehatan, menyambut pasien, melakukan pencatatan keluhan yang dirasakan pasien dan membuat keputusan berdasarkan anamnesis, dari hasil anamnesis, pasien akan memperoleh jawaban apakah dia sakit atau tidak. Pasien yang sakit akan dirawat dan dilakukan pemeriksaan oleh dokter.

Tenaga *non*-perawat berjaga dipintu depan atau dipenerimaan pasien. Tugasnya mencatat status pasien secara terbatas data yang diperoleh yang sifatnya umum. Menyanyi nama dan keluhan. Tenaga *non*-perawat memiliki keterbatasan dalam pelayanan karena dianggap kurang profesional dan tidak memenuhi standar praktik keperawatan gawat darurat dari (ENA) *emergency nurses association*.

- (2) Perawat berpengalaman; perawat berpengalaman atau yang disebut dengan (RN) *registered nurse* merupakan perawat yang memiliki keterampilan menangani pasien. Perawat langsung memberikan pertolongan di ruang *triage*. Sekalipun data yang diperoleh pada keluhan pertama diperoleh secara terbatas baik data subjektif maupun objektif. Tindakan yang dilakukan oleh perawat profesional ialah yang nantinya menentukan pasien masuk ke tingkat gawat darurat, drurat, atau biasa.

- (3) *Triage komprehensif*; sistem yang sesuai standar ENA, kasus untuk praktik keperawatan darurat. Perawat yang bertugas di UGD melakukan penggolongan pasien berdasarkan tingkat kegawatan. Perawat yang melakukan *triage komprehensif* hanyalah perawat yang berlisensi, oleh sebab itu perawat di tipe ini harus memahami dan mengikuti kebijakan, prosedur, serta standar pedoman tindakan keperawatan darurat. *Triage komprehensif*

bertujuan mengumpulkan keterangan penting, yang nantinya akan digunakan untuk mendukung menentukan prioritas. Perawat akan mencatat ulang hasil pengkajian awal dalam rekam medis sesuai kondisinya.

Kartikawati dewi, (2011) menyebutkan bahwa *trriage komprehensif* memiliki pendekatan *trriage* yang dapat dilakukan dalam waktu 2-5 menit dalam waktu singkat tersebut, pasien akan memperoleh beberapa keuntungan sebagai berikut :

Tabel 2.10 *Triage* komprehensif

No	Keuntungan
1	Pasien ditangani perawat profesional
2	Pasien yang gawat segera ditangani
3	<i>Triage</i> dilakukan perawat berpendidikan (ber-lisensi)
4	Pasien dan keluarga pasien memperoleh keterangan proses dan alur dalam unit gawat darurat
5	Pasien/keluarga memperoleh keterangan proses dan alur dalam unit gawat darurat
6	Perawat <i>trriage</i> profesional diizinkan melakukan teks laboratorium dan radiologi
7	Pasien selalu diberi tidakan setiap beberapa jam sekali
8	Adanya komunikasi dua arah, antara pasien dan perawat <i>trriage</i> .

Sumber : Kartikawati dewi, (2011).



C. Pelayanan Kegawatdaruratan Puskesmas

Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Gawat darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pengaturan pelayanan kegawatdaruratan bertujuan untuk memberikan acuan bagi dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan meliputi mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan, adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi, adanya penurunan kesadaran, adanya gangguan hemodinamik, memerlukan tindakan segera (Permenkes, 2018).

1. Penanganan Kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas. Puskesmas rawat harus memiliki ruang gawat darurat sebagai tempat pelayanan kegawatdaruratan untuk melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan di ruang tindakan (Permenkes, 2018). Pelayanan kegawatdaruratan yang dilaksanakan di puskesmas meliputi pelayanan *triage*, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan penanganan lebih lanjut, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama yang menjadi bagian dari SPGDT (sistem penanggulangan gawat darurat terpadu) dapat melaksanakan rujukan sesuai prosedur (Permenkes, 2018).

Triage adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan. Prinsip *triage* adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit, dapat mati dalam hitungan jam, trauma ringan, Sudah meninggal. Prosedur *triage* dilakukan pada saat pasien datang diterima tenaga kesehatan di ruang gawat darurat atau ruang tindakan. Bila jumlah Pasien lebih dari kapasitas ruangan, maka *triage* dapat dilakukan di luar

ruang gawat darurat atau ruang tindakan. Penilaian dilakukan secara singkat dan cepat (*selintas*) untuk menentukan kategori kegawatdaruratan Pasien oleh tenaga kesehatan dengan cara menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien, menilai kebutuhan medis, menilai kemungkinan bertahan hidup, menilai bantuan yang memungkinkan, memprioritaskan penanganan definitif. Mengkategorikan status pasien menurut kegawatdaruratannya, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup (Permenkes, 2018).

Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*). Kategori merah merupakan prioritas pertama (Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera). Kategori kuning merupakan prioritas kedua (pasien memerlukan tindakan definitif, tidak ada ancaman jiwa segera). Kategori hijau merupakan prioritas ketiga (pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan), kategori hitam merupakan pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi (Permenkes, 2018).

Bagi Puskesmas atau klinik yang melayani Pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang menyebabkan pasien dalam jumlah banyak, penggunaan *Tag triage* (pemberian label pada Pasien) perlu dilakukan. Status *trriage* ini harus dinilai ulang terus menerus karena kondisi Pasien dapat berubah sewaktu-waktu, apabila kondisi Pasien berubah maka dilakukan *retriage* serta melakukan komunikasi dengan pusat komunikasi (misal PSC 119) dan rumah sakit rujukan, bila diperlukan (Permenkes, 2018).

Survei primer (resusitasi dan stabilisasi) tindakan resusitasi segera diberikan kepada Pasien dengan kategori merah setelah mengevaluasi potensi jalan nafas (*airway*), status pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi ke jaringan (*circulation*) serta status mental Pasien yang diukur *Alert Verbal Pain Unresponsive* (AVPU). Batasan waktu (*respon time*) untuk

mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya untuk pasien yang membutuhkan pelayanan resusitasi adalah segera. Melakukan monitoring dan *retriage* terhadap tindakan resusitasi yang diberikan. Monitoring kondisi pasien berupa pemasangan peralatan medis untuk mengetahui status tanda vital, pemasangan kateter urine, dan penilaian ulang status mental pasien, apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada puskesmas tidak tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur bagi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, Pasien harus segera dirujuk setelah melaksanakan survei primer (Permenkes, 2018).

Survei sekunder menyinggung atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Survei sekunder tidak diwajibkan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif segera namun pada puskesmas tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai. pasien harus segera dilakukan rujukan sesuai prosedur tanpa melakukan survei sekunder. Melakukan anamnesa untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami Pasien pada saat ini, pemeriksaan fisik, neurologis dan status mental secara menyeluruh (*head to toe*) dengan menggunakan GCS (*Glasgow Coma Scale*). Bagi Puskesmas melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan ketersediaan fasilitas yang dimiliki. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan seperti pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan penunjang dilakukan bila kondisi pasien telah stabil, yaitu tanda-tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan atau tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.

Tindakan *restraint* sesuai indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku pasien yang tidak terkontrol apabila kondisi pasien memerlukan tindakan definitif namun pada puskesmas tidak

tersedia tenaga yang berkompeten ataupun fasilitas yang memadai, maka harus dilakukan rujukan segera sesuai prosedur (Permenkes, 2018).

Tata laksana definitif penanganan pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap pasien, penentuan tindakan yang diambil berdasarkan hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tata laksana definitif adalah dokter dan dokter gigi yang terlatih.

Rujukan dilaksanakan jika tindak lanjut penanganan terhadap Pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan di puskesmas karena keterbatasan sumber daya, sebelum Pasien dirujuk terlebih dahulu kemudian dilakukan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju mengenai kondisi Pasien serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien. Proses pengiriman pasien dilakukan bila kondisi pasien stabil, menggunakan ambulans gawat darurat atau ambulans transportasi yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, didampingi oleh tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi dan membawa surat rujukan. Penyediaan ambulans dilaksanakan berkoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan atau PSC 119 (Permenkes, 2018).

Sumber daya manusia di puskesmas harus memiliki dokter/dokter gigi dengan kemampuan untuk melakukan *triage*, survei primer (resusitasi dan stabilisasi), survei sekunder, dan tatalaksana definitif sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Perawat minimal setingkat diploma III dengan memiliki kompetensi kegawatdaruratan kompetensi kegawatdaruratan pada saat diperoleh dari pendidikan ataupun pelatihan terkait pelayanan kegawatdaruratan. Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan kebutuhan jenis dan jumlah tenaga kesehatan lain dan tenaga *nonkesehatan* disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan dan tingkat kemampuan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan. Sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan, standar sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, dan

alat kesehatan mengikuti standar puskesmas, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Unit gawat darurat merupakan salah satu bagian yang berada di puskesmas dan menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit atau cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Kementerian kesehatan telah mengeluarkan standar UGD (unit gawat darurat). Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat. Pelayanan gawat darurat dilakukan 5 menit setelah pasien sampai di UGD Kepmenkes, (2009).

Pelayanan kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dan multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan kegawatdaruratan sudah diatur dalam suatu yang dikenal dengan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) baik SPGDT sehari-hari (SPGDT-S) dan akibat bencana (SPGDT-B). Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap atau (*response time*) (Kementerian kesehatan RI, 2008). Ruang lingkup pelayanan gawat darurat menurut level meliputi :

1. Pelayanan keperawatan gawat darurat level I

Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan, dan kesakitan pasien sebelum dirujuk.

2. Pelayanan keperawatan gawat darurat level II

Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanganan kasus-kasus kegawatdaruratan.

3. Pelayanan keperawatan gawat darurat level III

Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan

kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdaruratan, serta pelayanan keperawatan gawat darurat spesialisik (4 besar spesialis seperti anak, kebidanan, bedah dan penyakit dalam).

4. Pelayanan keperawatan gawat darurat level IV

Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdaruratan serta pelayanan keperawatan gawat darurat spesialisik (spesialis anak, kebidanan, bedah dan penyakit dalam) ditambah dengan pelayanan keperawatan gawat darurat subspecialistik.

Prosedur pelayanan puskesmas pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat dirawat inap, rawat jalan, maupun di UGD untuk penyakit darurat/*emergency* dalam suatu prosedur pelayanan di puskesmas. Standar UGD penting diatur karena pasien ke UGD tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasaranan, sumber daya manusia dan manajemen UGD puskesmas sesuai dengan standar. Prinsip umum pelayanan UGD puskesmas sesuai dengan standar menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No:856/Menkes/SK/IX/2009 menjelaskan pelayanan gawat darurat memiliki kemampuan:

1. Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*)
2. Pelayanan gawat darurat puskesmas harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

3. Pasien gawat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di UGD
4. Organisasi UGD didasarkan pada organisasi multi disiplin, multi profesi, dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana).
5. Setiap puskesmas wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat darurat minimal sesuai klasifikasi.

Tabel 2.11 Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Level UGD

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:	Memberikan pelayanan sebagai berikut:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan permasalahan pada A: jalan nafas (airway problem), B: pernafasan (Breathing problem) C: Sirkulasi pembuluh darah (circulation problem) 2. Melakukan stabilisasi dan evakuasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan permasalahan pada A: jalan nafas (airway problem) B: pernafasan (Breathing problem) C: Sirkulasi pembuluh darah (circulation problem). 2. penilaian <i>Disability</i>, penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU) 3. Bedah <i>cito</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan permasalahan pada A, B, C dengan Alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i> penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R 4. Bedah <i>cito</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis & penanganan permasalahan pada A,B,C dengan alat-alat yang lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i>, penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. resusitasi-ICU 4. Bedah <i>cito</i>

Sumber: Keputusan Menteri Republik Indonesia No: 856/Menkes/SK/IX/2009

Tabel 2.12 Indikator Standar Pelayanan Unit Gawat Darurat

No	Indikator	Standar
1	Kemampuan menangani <i>live saving</i> anak dan dewasa	100%
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%
4	Kesediaan tim penanggulangan bencana	satu tim
5	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	< lima menit melayani setelah pasien datang
6	Kepuasan pelanggan	≥ 70%
7	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
8	Kematian pasien	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

Sumber: Keputusan Menteri Republik Indonesia No: 129/Menkes/SK/II/2008

D. Peran dan Fungsi Perawat

Keperawatan yang semula belum jelas ruang lingkupnya dan batasannya, kini mulai berkembang. Keperawatan diartikan oleh pakar keperawatan dengan berbagai bentuk rumusan, seperti Florence Nightingale, Goofrich, Imogine King, Virginia Henderson. Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komperhensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh aspek kehidupan manusia (Asmadi, 2008).

Pada hakikatnya keperawatan adalah suatu profesi yang mengabdikan kepada manusia dan kemanusiaan, artinya profesi keperawatan lebih mendahulukan kepentingan kesehatan masyarakat di atas kepentingan sendiri. Pelayanan keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang bersifat humanistik, berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang mengacu pada standar pelayanan keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan sebagai tuntunan utama dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan.

1. Peran perawat; peran perawat terdiri dari peran sebagai pembesi asuhan keperawatan (*care giver*), advokat pasien (*client advocat*), pendidik (*educator*), konselor (*counsellor*), koordinator (*coordinator*), kolaborator (*collaborator*), konsultan (*consultant*) dan peneliti (*research*) (Asmadi, 2008).
2. Fungsi perawat; Kozier menemukan 3 (tiga) fungsi perawat yaitu keperawatan mandiri (*independent*), fungsi keperawatan ketergantungan (*dependent*), dan fungsi perawatan kolaboratif (*interdependent*). Perawat memiliki peran dan fungsi mendidik dan melatih pasien agar hidup sehat secara mandiri. Fungsi *independen* merupakan fungsi mandiri dan tidak bergantung pada orang lain, dimana perawat dalam menjalankan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Fungsi *dependen* merupakan fungsi perawat dalam

melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Fungsi interdependen dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lain (Asmadi, 2008).

3. Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan. Tugas perawat ini disepakati dalam loka karya tahun 1983 berdasarkan fungsi perawat adalah mengkaji kebutuhan pasien, keluarga kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Mengumpulkan data, menganalisis dan menginterpretasikan data. Merencanakan tindakan merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, kelompok dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan. Melaksanakan rencana keperawatan yang meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan klien dan keadaan terminal. Menggunakan dan menerapkan konsep-konsep dan prinsip-prinsip ilmu perilaku, sosial budaya ilmu biomedik dan melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan, menentukan kriteria yang dapat diukur dan menilai rencana keperawatan. Menilai tingkat pencapaian tujuan mengidentifikasi perubahan yang diperlukan, mendokumentasi proses keperawatan menggunakan catatan klien untuk memonitor asuhan keperawatan. Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan keterampilan dalam praktik keperawatan. Mengidentifikasi masalah-masalah penelitian dalam bidang keperawatan, membuat usulan rencana penelitian keperawatan dan menerapkan hasil penelitian dalam praktik keperawatan.

Perawat berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada klien, keluarga, kelompok, serta masyarakat. Mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan, membuat rencana penyuluhan kesehatan dan melaksanakan penyuluhan kesehatan serta mengevaluasi hasil penyuluhan kesehatan. Bekerja sama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berperan serta dalam pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, masyarakat dan menciptakan komunikasi yang efektif baik dengan tim keperawatan maupun tim kesehatan lain. Mengelola keperawatan klien dan berperan sebagai ketua yim pelaksana dalam melakukan kegiatan keperawatan dan menerapkan keterampilan manajemen dalam keperawatan klien secara menyeluruh.



E. Model Konsep Etika Patricia Benner Teori Keperawatan Konsep Etika dalam Praktik Keperawatan

Benner meneliti praktik keperawatan klinis sebagai upaya untuk menelusuri dan mendeskripsikan pengetahuan yang melekat dalam praktik keperawatan. Benner berpendapat bahwa pengetahuan dalam sebuah praktik disiplin ilmu diperoleh dari waktu ke waktu dan dikembangkan melalui pelajaran eksperimental serta pemikiran situasional serta merupakan refleksi dalam praktik tertentu. Benner menyebutnya sebagai irisan artikulasi yang didefinisikan sebagai mendeskripsikan, mengilustrasi, dan membahas area-area pengetahuan praktis yang diterima, keterampilan teknis, dan gagasan mengenai praktik yang baik (Alliegood, 2014). Benner mengadaptasi model Dreyfus untuk praktik keperawatan klinis. Dreyfus bersaudara mengembangkan model penguasaan keterampilan dengan mempelajari cara kerja ketika dalam situasi darurat (Dreyfus & Dreyfus, 1980).

Model Benner bersifat situasional dan menggambarkan lima tingkat penguasaan keterampilan dan pengembangan yaitu pemula (*novice*), pemula lanjut (*advanced beginner*), kompeten (*competent*), mahir (*proficient*), pakar (*expert*). Model tersebut berpandangan bahwa perubahan dalam empat aspek kinerja terjadi dalam pergerakan melalui tingkat penguasaan keterampilan yaitu perpindahan dari ketergantungan pada prinsip abstrak dan aturan kepada penggunaan masa lalu dan pengalaman nyata, perubahan dari ketergantungan terhadap analisis pemikiran yang berbasis aturan kepada intuisi, perubahan dalam persepsi pelajar terhadap situasi dan melihat sebagai suatu kompilasi potongan-potongan yang relevan menjadi suatu keseluruhan yang makin kompleks, dimana bagian-bagian ini berdiri sebagai suatu yang lebih atau kurang relevan, bagian dari pengamat yang terpisah berdiri diluar situasi dan menempatkan diri pada salah satu posisi dan terlibat dalam situasi tersebut.

Penerapan model dalam keperawatan, Benner mengatakan bahwa penguasaan keterampilan berbasis pengalaman lebih aman dan cepat ketika bersandar pada basis pendidikan yang kuat (Benner, 1984). Benner mendefinisikan keterampilan dan praktik terampil berarti melaksanakan intervensi keperawatan yang terampil dan keterampilan dalam penilaian klinis pada situasi klinis yang sebenarnya (Alliegood, 2014).

(Benner & Heidegger, 1962) Menjelaskan bahwa pengalaman diuraikan sebagai hasil pemikiran yang sedang di pertanyakan, diperbaiki atau disangkal dalam situasi yang sebenarnya, ketika perawat memperoleh pengalaman, pengetahuan klinis menjadi perpaduan antara pengetahuan praktik dan teori keahlian berkembang ketika klinisi menguji dan memodifikasi ekspektasi yang berbasis prinsip dalam situasi sebenarnya. Benner mendukung deskripsi fenomenologi Heidegger mengenai manusia sebagai makhluk yang menginterpretasikan dirinya dan diartikan sebagai melalui kepedulian, praktik, dan pengalaman hidup. Manusia selalu berada dalam situasi, mereka terlibat dengan penuh makna didalam konteks tempat mereka berada (Alliegood, 2014).

Model konsep etika Patricia Benner teori keperawatan konsep etika dalam praktik keperawatan :

1. Pemula (*novice*); perawat tidak memiliki latar belakang pengalaman tentang situasinya yang dihadapinya. Terdapat kesulitan untuk memahami situasi dengan cermat, tingkatan ini berlaku pada mahasiswa keperawatan (Alliegood, 2014).
2. Pemula lanjut (*advented beginner*); tahap pemula lanjut situasi klinis dilihat oleh perawat yang berada dalam tahap ini sebagai sebuah ujian terhadap kemampuan mereka dan tuntunan situasi yang dihadapi dibandingkan dengan kebutuhan dan respon pasien, pemula lanjut merasa sangat bertanggung jawab untuk mengelola asuhan keperawatan pasien, namun masih mengandalkan bantuan dari perawat yang lebih berpengalaman. Patricia Benner menempatkan sebagian besar lulusan perawat pada tahap ini (Alliegood, 2014).

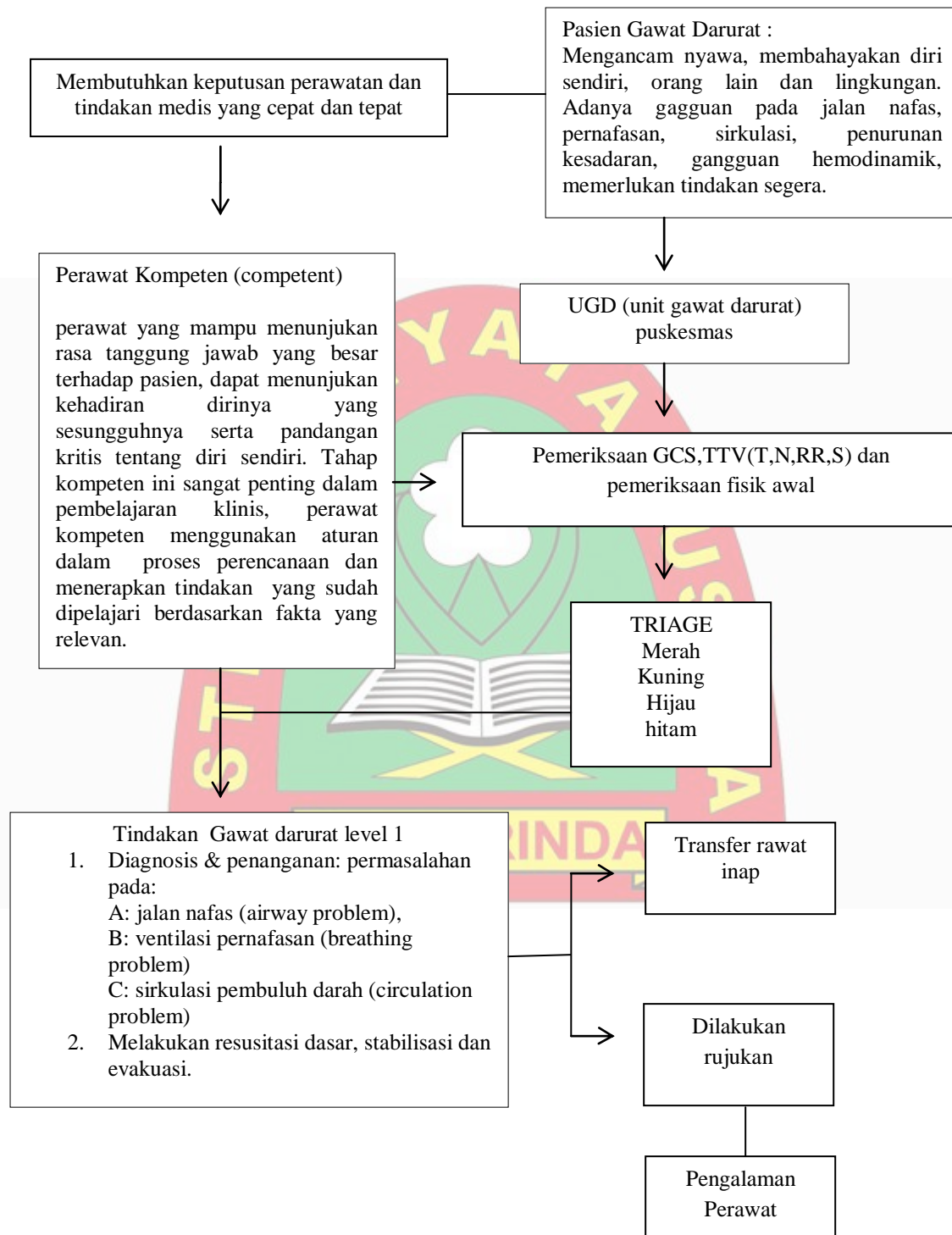
3. Kompeten (*competent*); perawat yang berkompeten mampu menunjukkan rasa tanggung jawab yang besar terhadap pasien, seringkali lebih dari realistis dan dapat menunjukkan kehadiran dirinya yang sesungguhnya serta pandangan kritis tentang diri sendiri. Tahap kompeten ini sangat penting dalam pembelajaran klinis, perawat kompeten menggunakan aturan baru dan proses perencanaan dan menerapkan peraturan tindakan yang sudah dipelajari berdasarkan fakta yang relevan. Perawat dalam tahap ini merasa gembira ketika mereka bahwa kinerja mereka seharusnya lebih efektif atau lebih antisipatif, karena mereka terlalu memperhatikan hal-hal yang salah atau telah melewatkan tanda-tanda dan gejala yang relevan (Alliegood, 2014).
4. Mahir (*proficient*); perawat melihat situasi secara keseluruhan (gambaran yang utuh) lebih dari segi aspek dan perawat bimbingan berdasarkan kaidah-kaidah. Pada tahap ini perawat memiliki pemahaman intuitif dari situasi berdasarkan pemahaman tentang latar belakang. Perawat pada tingkat ini mendemonstrasikan kemampuan baru untuk melihat perubahan yang relevan pada situasi termasuk pengenalan dan pengimplementasian respon terampil pada situasi dalam perkembangannya. Mereka tidak lagi bergantung pada tujuan yang ditetapkan sebelumnya untuk organisasi, dan mereka memperlihatkan kepercayaan diri dalam pengetahuan dan kemampuan mereka (Alliegood, 2014).
5. Pakar (*expert*); Perawat tahap ini tidak lagi bergantung pada prinsip analitis misalnya, aturan dan pedoman serta kaidah untuk menghubungkan pemahaman terhadap situasi tindakan. Perawat pakar sebagai seseorang yang memiliki pemahaman terhadap situasi dan mampu mengidentifikasi wilayah masalah tanpa kehilangan waktu mempertimbangkan berbagai alternatif diagnosa dan solusi. Aspek seorang pakar adalah menunjukkan pemahaman klinis dan praktik berbasis sumber daya, melihat gambaran besar, melihat apa yang tak terduga. perawat pakar memenuhi persoalan dan kebutuhan pasien

yang sesungguhnya adalah penting untuk membuat perencanaan dan menegosiasikan perubahan rencana asuhan keperawatan. Perawat pakar pada umumnya memiliki pandangan yang transparan terhadap dirinya sendiri (Alliegood, 2014).



F. Kerangka Teori Penelitian

Skema 2.3 kerangka teori penelitian



Sumber: Dimodifikasi dari model keperawatan perticcia benner (Alligood, 2014).

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

1. Jenis penelitian

Jenis metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kualitatif. Dengan pertimbangan yang diteliti adalah melihat fenomena perawat dipuskesmas dengan menggunakan nalar induktif dalam menganalisis pengalaman perawat di puskesmas dalam melakukan tindakan penanganan kegawatdaruratan. Penelitian kualitatif yaitu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada satu konteks khusus dan alamiah dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

2. Rancangan Penelitian

Pendekatan fenomenologi menggunakan penjelasan-penjelasan secara rinci sehingga menghasilkan deskripsi padat (*thick description*) dan analisis yang rinci tentang berbagai pengalaman yang dialami seorang individu sehingga dapat memperoleh intisari dari pengalaman tersebut dengan menambahkan berbagai persepsi (Sandelowski dalam Yati Afiyanti dan Imami Nur R, 2014). Streubert dan Carpenter (2011) menyatakan bahwa para peneliti kualitatif perlu memiliki enam kemampuan dasar untuk mampu mempelajari fenomena yang mereka teliti secara kualitatif yaitu: 1) mempercayai dan mengakui adanya fenomena multi realitas yang dialami manusia dalam kehidupan nyata, 2) memilih salah satu metode atau pendekatan kualitatif yang tepat untuk memahami fenomena yang diteliti, 3) menerima berbagai cerita dan penjelasan dari sudut pandang para partisipannya, 4) melakukan penelitian berdasarkan konteks alamiah/field research dari fenomena yang diteliti, 5) membutuhkan partisipasi atau keterlibatan penuh (*immerse*) dari peneliti pada keadaan dan dalam proses penelitian, 6) menulis laporan penelitian

dan ditulis dalam bentuk tulisan yang berasal dari cerita partisipan, bukan berasal dari asumsi-asumsi pada dirinya.

Beberapa kegiatan yang dilakukan peneliti dalam menggunakan pendekatan fenomenologi (Polit & Beck, 2012 dalam Yati Afiyanti dan Imami Nur R, 2014) terdiri dari:

Melakukan *bracketing*, yaitu proses mensupresi, mengurung, atau menyimpan berbagai asumsi, pengetahuan, dan keyakinan yang dimiliki peneliti tentang fenomena yang diteliti. Tujuan dilakukannya *bracketing* agar memperoleh data atau informasi yang benar-benar alamiah dan berasal dari ungkapan langsung dari partisipan tentang berbagai pengalaman yang dialaminya tanpa dipengaruhi oleh asumsi, pengetahuan, dan keyakinan peneliti.

Melakukan intuisi, pada kegiatan ini, peneliti secara utuh mengenali dan memahami fenomena yang diteliti. Langkah awal melakukan intuisi dimulai ketika mengumpulkan data atau informasi dengan cara mengeksplorasi pengalaman partisipan tentang fenomena yang diteliti melalui pengamatan langsung, wawancara, penemuan dokumen-dokumen tertulis dan menuliskan berbagai catatan lapangan selama pengambilan data. Ketika melakukan intuisi, peneliti tidak diperbolehkan membrikan kecaman, evaluasi, opini, atau segala hal yang membuat peneliti kehilangan konsentrasi terhadap data atau informasi yang sedang diceritakan para partisipannya.

Melakukan analisis, peneliti mengidentifikasi dan menganalisa data atau informasi yang ditemukan. Kegiatan analisa dibagi menjadi beberapa tahapan, yaitu mengumpulkan dan melakukan analisa data atau informasi tentang fenomena yang diteliti dengan membaca semua data atau fenomenayang telah dikumpulkan, membaca ulang fenomena dan memilih katakunci yang teridentifikasi (proses kategorisasi), mengelompokan beberapa arti yang teridentifikasi kedalam bentuk tema tema (proses tematik), menuliskan pola hubungan antara tema tersebut kedalam suatu narasi sementara, mengembalikan narasi tersebut untuk divalidasi dan dikenali kepada para partisipan, dan mendeskripsikan data hasil validasi

dan menuliskannya kedalam suatunarasi akhir (hasil penelitian) untuk disampaikan pada laporan penelitian kepada pembaca atau penelitalainnya.

Melakukan deskripsi dan interpretasi, merupakan kegiatan akhir dari pengumpulan dan analisa data. Peneliti menuliskan deskripsi atauinterpretasinya dalam bentuk hasil-hasil temuan dan pembahasannya dari fenomena yang diteliti untuk mengomunikasikan hasil akhir penelitiannya kepada pembaca dengan memberikan gambaran tertulis secara utuh dari fenomena yang diteliti. Kemudian membandingkan dengan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti-peneliti sebelumnya serta memberikan kritisi berdasarkan pola hubungan tema yang terbentuk dari fenomena yang diteliti.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Tempat dan waktu penelitian sangat berpengaruh terhadap hasil yang diperoleh dalam penelitian. Pemilihan tempat penelitian harus disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, sehingga tempat yang benar-benar menggambarkan kondisi informan sesungguhnya.

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah pada perawat yang bekerja di Unit Gawat Darurat di Puskesmas Makroman Samarinda.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei-Juli 2019. Adapun waktu yang digunakan oleh peneliti untuk kegiatan penulurusan data sekunder, pengambilan data primer, pengolahan, analisa data, dan penyusunan hasil penelitian.

C. Subjek Penelitian

Penentuan partisipan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk memperluas subjek penelitian. Metode ini merupakan salah satu bentuk judgment sampling. Dinkes (1984 dalam Creswell, 1998) merekomendasikan jumlah pasrtisipan dalam penelitian fenomenologi adalah 3-10 orang, sedangkan Rieman (1986, dalam Creswell 1998) merekomendasikan 6-10

atau tergantung pada tercapainya saturasi data. Jika belum mencapai saturasi data maka jumlah partisipan dapat ditambah sampai terjadi pengulangan informasi oleh partisipan. Jumlah partisipan dapat diakhiri berdasarkan informasi yang didapatkan mencapai saturasi, jumlah partisipan bisa juga mencapai 10 orang atau kurang dari 10 partisipan (Hungler, 2001). Cara pengambilan sampel dengan teknik ini dilakukan secara menetapkan terlebih dahulu kriteria partisipan yang telah ditetapkan sebelumnya (Yati, 2014). Adapun kriteria partisipan dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

1. Perawat yang bekerja di unit gawat darurat Di Puskesmas Makroman Samarinda
2. Perawat yang memiliki pengalaman bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda
3. Perawat yang bersedia menjadi informan.

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus divalidasi. Validasi terhadap penelitian kualitatif, meliputi : pemahaman metode kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logikanya (Sugiyono, 2009).

Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, maka sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat simpulan temuannya (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan 5 pertanyaan pokok wawancara terbuka (*open-endedquestion*) dengan menggunakan *probes* yang telah disiapkan dengan sistem wawancara semi berstruktur. Wawancara semi berstruktur ini berfokus pada *life-world* yang berupaya memahami berbagai tema kehidupan sehari-hari dari masing-masing partisipan wawancara ini berusaha memaparkan berbagai deskripsi kehidupan partisipan dan memiliki tanggung jawab menginterpretasikan makna dari pengalaman yang dideskripsikan oleh partisipan.

Peneliti sebagai instrument penelitian atau alat penelitian karena mempunyai ciri-ciri sebagai berikut (Sugiyono, 2009):

1. Peneliti sebagai alat peka dan dapat bereaksi terhadap segala stimulus dari lingkungan yang harus diperkirakannya bermakna atau tidak bagi penelitian.
2. Peneliti sebagai alat yang dapat menyesuaikan diri terhadap semua aspek keadaan dan dapat mengumpulkan aneka ragam data sekaligus.
3. Sikap situasi merupakan keseluruhan artinya tidak ada suatu instrument berupa test atau angket yang dapat menangkap keseluruhan situasi kecuali manusia.
4. Suatu situasi yang melibatkan interaksi manusia tidak dapat dipahami dengan pengetahuan semata dan untuk memahaminya, kita perlu sering merasakannya, menyelaminya berdasarkan pengetahuan kita.
5. Peneliti sebagai instrument dapat segera menganalisis data yang diperoleh. Peneliti dapat menafsirkannya, melahirkan hipotesis dengan segera untuk menentukan arah pengamatan untuk mentest hipotesis yang timbul seketika.
6. Hanya manusia sebagai instrument dapat mengambil kesimpulan berdasarkan data yang dikumpulkan pada suatu saat dan menggunakan segera sebagai balikan untuk memperoleh penegasan, perubahan, perbaikan atau perlakuan.

Peneliti juga tidak lupa melengkapi diri dengan:

- a. Alat *rekam tape recorder* yang berfungsi untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dan informan.
- b. *Camera* untuk memotret keadaan dilapangan.
- c. Daftar pertanyaan sebagai pedoman wawancara dilapangan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan yang paling penting bagi kegiatan penelitian, karena pengumpulan data tersebut akan menentukan hasil suatu penelitian. Sehingga dalam pemilihan teknik pengumpulan data harus cermat. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Wawancara

a. Peran Peneliti Sebagai Pewawancara

Pewawancara atau peneliti memiliki peran khusus pada saat menjalani kegiatan wawancara. Para peneliti/ pewawancara memiliki peran yang penting yang wajib dilakukan agar wawancara berhasil dengan baik. Peran peneliti diantaranya : mempertahankan kesadaran dirinya untuk berusaha bagaimana wawancara yang sedang dilakukan berlangsung, memperhatikan bagaimana orang yang diwawancarai bereaksi terhadap pertanyaan, dan seperti apa umpan balik yang tepat untuk mempertahankan berjalannya komunikasi dua arah yang terjadi saat wawancara.

b. Naskah Wawancara atau Pedoman Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung oleh peneliti kepada partisipan, dan jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam (Hasan, 2002). Wawancara terbuka adalah wawancara yang dilakukan peneliti dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang tidak dibatasi jawabannya. Proses wawancara ini memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, menggunakan pedoman (*guide*) wawancara (Sutopo, 2006).

Wawancara dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengalaman perawat dalam melakukan tindakan penanganan kegawatdaruratan. Adapun instrument pertanyaan dalam wawancara meliputi :

1. Sudah berapa lama kerja di UGD
 2. Apakah saudara/i sebelumnya pernah mengikuti pelatihan triase?
 3. Bagaimana pengalaman saudara/i dalam melakukan triase di Unit Gawat Darurat Makroman?
 4. Pasien apa saja yang sering datang ke UGD?
- c. Lama, Pemilihan Waktu dan Tempat Wawancara

Lama wawancara dianjurkan dilakukan tidak lebih dari satu jam. Waktu wawancara bergantung pada ketersediaan waktu partisipan. peneliti harus melakukan kontrak waktu dengan partisipan, sehingga mereka tidak terganggu dengan proses wawancara. Jika dalam waktu yang maksimal tersebut data belum semua diperoleh, wawancara dapat dilakukan sekali lagi atau lebih. Beberapa kali wawancara singkat akan lebih efektif dibanding hanya satu kali dengan waktu yang panjang (Rachmawati 2007). Waktu wawancara perlu ada kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Pilihlah waktu yang sekiranya partisipan tidak ada kesibukan lainnya dan peneliti tidak terburu-buru.

Tempat wawancara disepakati oleh peneliti dan partisipan. Idealnya, wawancara harus dilakukan pada lingkungan yang kondusif dan perlu menjaga privasi individu yang hadir. Menemukan lokasi tersebut mungkin sulit pada keadaan tertentu, tapi selalu harus dilakukan upaya untuk melindungi privasi partisipan semaksimal mungkin. Salah satu cara untuk melakukan ini yaitu menggunakan ruangan khusus yang hanya ada peneliti dan partisipan didalamnya agar privasi tetap terjaga dan partisipan bisa dengan bebas menceritakan pengalamannya.

2. Observasi

Menurut (Sugiyono, 2013), observasi adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pengamatan terhadap suatu objek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Melalui observasi, peneliti bisa mengobservasi pengalaman perawat dalam melakukan tindakan penanganan gawat darurat dan melakukan wawancara singkat pada perawat yang bekerja di puskesmas makroman. Melalui observasi ini baik observasi tempat, kegiatan perawat dalam melakukan tindakan di UGD Puskesmas Makroman.

Field Note (Catatan Lapangan) dalam penelitian ini catatan penelitian sangat berguna bagi peneliti sebagai alat perantara yang peneliti lihat, dengar, rasakan dalam rangka pengumpulan data. Catatan lapangan disusun setelah observasi dan sesudah mengadakan *interview* dengan subyek penelitian. hal ini untuk memudahkan penggarapan laporan karena data yang didapat akan mudah dilupakan oleh peneliti. Oleh karena itu, catatan lapangan dapat digunakan sebagai jantung penelitian kualitatif karena suatu teori harus didukung oleh data dan bahan dalam ingatan. Demikian juga dalam pembuatan laporan penelitian, semuanya harus didukung data yang ada di lapangan dalam hal ini adalah catatan lapangan. Catatan lapangan harus deskriptif, siapa yang hadir, setting fisik lingkungan, interaksi sosial, aktivitas yang terjadi.

Perhatikan saat membuat catatan observasi :

- a. Deskripsi konteks
- b. Deskripsi mengenai orang yang diteliti
- c. Deskripsi tentang siapa yang melakukan observasi
- d. Deskripsi mengenai perilaku yang dilakukan orang yang diteliti
- e. Interpretasi sementara penelitian pada kejadian yang diamati
- f. Pertimbangan alternative interpretasi lain
- g. Eksplorasi perasaan dan penghayataan peneliti terhadap kejadian yang diamati

catatan lapangan juga perlu di isi kutipan-kutipan langsung apa yang dikatakan obyek yang diamati selama proses observasi atau wawancara langsung. Catatan lapangan juga berisi perasaan peneliti, reaksi terhadap pengalaman yang dilalui, dan refleksi mengenai makna personal dan arti kejadian tersebut dari sisi peneliti (Poerwandari, 2005).

3. Dokumentasi

Sejumlah besar fakta dan data tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi. Sebagian besar data yang tersedia adalah berbentuk surat-surat, catatan harian, cendera mata, laporan, foto, dan sebagainya. Sifat utama data ini tak terbatas pada ruang dan waktu sehingga memberi peluang kepada peneliti untuk mengetahui hal-hal yang pernah terjadi di waktu silam. Secara detail bahan dokumenter terbagi beberapa macam, yaitu otobiografi, surat-surat pribadi, buku atau catatan harian, memorial, klipping, dokumen pemerintah atau swasta, data di server dan flashdisk, data tersimpan di website, dan lain-lain. Pengumpulan data dengan dokumentasi dilakukan dengan cara mencari data sekunder dengan mengumpulkan informasi dan dokumen dari pukesmas makroman samarinda. Adapun alat yang digunakan untuk memperoleh data ini adalah pedoman wawancara dan catatan observasi yang telah dipersiapkan dan menggunakan alat bantu tulis, alat perekam suara, maupun gambar (kamera) agar semua yang disampaikan oleh responden dapat terekam dengan baik.

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap persiapan

Pengumpulan data dimulai dengan mengunjungi informan untuk membangun hubungan saling percaya. Selanjutnya peneliti menjelaskan tentang tujuan untuk menanyakan kesediaan informan untuk mengikuti penelitian ini kontrak waktu dan menyiapkan informed consent.

2. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti mulai melakukan proses wawancara mendalam dengan memulai tiga fase, yaitu:

a. Fase orientasi

Pada fase ini peneliti menanyakan kesiapan informan, membuat suasana nyaman dan peneliti mempersiapkan perekaman suara, kamera, dan alat tulis untuk mencatat. Wawancara dilakukan secara bertahap 1-2 kali pertemuan dengan waktu wawancara rata-rata 60 menit, sedangkan untuk wawancara kedua rata-rata 30-40 menit. Tempat dan waktu disesuaikan dengan kesepakatan informan.

b. Fase kerja

Peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan teknik wawancara semi berstruktur dan dalam bentuk pertanyaan terbuka. Wawancara dengan pertanyaan terbuka memberikan kebebasan dan keleluasaan yang lebih besar dalam menjawab dibandingkan jenis wawancara lain. Selesai dilakukannya wawancara dilakukan analisis wawancara yang kemudian dibuat dalam bentuk transkrip.

c. Fase terminasi

Setelah semua pertanyaan telah selesai disampaikan, peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas ketersediaan menjadi informan dalam penelitian ini. Selanjutnya peneliti membuat kontrak kembali dengan informan untuk memvalidasi data penelitian.

G. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini di dasarkan pada pendekatan fenomenologi menggunakan proses koding yang sistematis (Creswell, 2013). Berikut langkah secara umum proses analisis data fenomenologi :

1. *Coding*

Coding adalah usaha mengklasifikasikan jawaban-jawaban para informan menurut macamnya dengan menandai masing-masing jawaban menurut macamnya dengan tanda kode tertentu (Anwar, 2005). Kegunaan coding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada entery data.

2. Membuat tema atau kategori

Tema atau kategori adalah hasil akhir dari proses coding, hasil kategorisasi data dan hasil refleksi analitik dari data yang telah dilakukan melalui proses coding. Pembuatan tema atau kategori merupakan tahap akhir dari melakukan abstraksi pada data yang telah dihasilkan. Selama proses membuat tema atau kategori peneliti diwajibkan menulis memo.

Analisis tematik merupakan proses mengkode informasi yang dapat menghasilkan daftar tema, model tema atau indikator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema itu, atau hal-hal diantara atau gabungan dari yang telah disebutkan. Tema-tema tersebut memungkinkan interpretasi fenomena. Suatu tema dapat diidentifikasi pada tingkat termanifestasi, yakni yang secara langsung dapat terlihat. Suatu tema juga dapat ditemukan pada tingkat laten, tidak secara eksplisit terlihat tetapi mendasari atau membayangi. Tema-tema dapat diperoleh secara induktif dari informasi mentah atau diperoleh secara deduktif dari teori atau penelitian-penelitian sebelumnya (Poerwandari, 2005).

Proses analisis tematik yaitu, informasi diurutkan berdasarkan nomor tema. Tema dalam hal ini mengacu pada ide-ide dan topik-topik yang diperoleh dalam analisis material dan menghasilkan lebih dari satu kelompok data. Tema yang sama digambarkan oleh kata yang berbeda, terdapat dalam konteks berbeda, atau diekspresikan oleh orang yang berbeda.

Tahapan-tahapan pelaksanaan analisis tematik adalah sebagai berikut :

- a. Menyiapkan data yang akan dianalisis dengan cara dikelompokkan
- b. Mengidentifikasi item-item tertentu yang relevan dengan topik studi
- c. Mengurutkan data berdasarkan kesamaan tema
- d. Menguji kesamaan tema dan menformulasikan dalam sebuah kategori tertentu
- e. Memperhatikan masing-masing tema secara terpisah dan hati-hati untuk menguji kembali masing-masing transkrip jawaban yang memiliki tema yang sama
- f. Menggunakan semua material yang berhubungan dengan masing-masing tema untuk membuat tema akhir yang berisi sebuah nama kategori dan pengertiannya bersama dengan data pendukung, dan menyeleksi data yang relevan untuk dibuat menjadi ilustrasi dan melaporkan masing-masing tema

Langkah-langkah analisis data Colaizzi adalah sebagai berikut (Streubert & Carpenter, 2003) :

- a. Mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Peneliti mencoba memahami fenomena gambaran konsep penelitiannya dengan cara memperkaya informasi melalui studi literatur.
- b. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat atau pertanyaan partisipan. Dalam hal ini peneliti melakukan wawancara dan menuliskannya dalam bentuk naskah transkrip untuk dapat mendeskripsikan gambaran konsep penelitian.
- c. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh semua partisipan.
- d. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pertanyaan-pertanyaan yang bermakna dari semua partisipan. Setelah mampu memahami pengalaman partisipan, peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara, memilih pertanyaan-pertanyaan dalam naskah transkrip yang signifikan dan sesuai dengan tujuan khusus

penelitian dan memilih kata kunci pada pertanyaan yang telah dipilih dengan cara memberikan garis penanda.

- e. Menguraikan arti yang ada dalam pertanyaan-pertanyaan signifikan. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari kata kunci untuk membentuk kategori.
- f. Mengorganisir kumpulan-kumpulan makna yang terumuskan ke dalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut, dan pada akhirnya mengelompokkan kategori-kategori yang serupa ke dalam sub tema.
- g. Menuliskan deksripsi yang lengkap. Peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi dalam bentuk hasil penelitian.
- h. Menemui partisipan untuk melakukan validasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan membacakan kisi-kisi hasil analisis tema. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang dialami partisipan.
- i. Menggabungkan data hasil validasi ke dalam deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang telah diperoleh selama melakukan validasi kepada partisipan, untuk ditambahkan ke dalam deskripsi akhir yang mendalam pada laporan penelitian sehingga pembaca mampu memahami pengalaman partisipan.

3. Penulisan memo

Memo dibuat sesegera mungkin setelah pengamatan atau wawancara yang dilakukan agar tidak hilang dari ingatan peneliti. Catatan kejadian-kejadian yang dialami, diamati, berbagai ide yang muncul dari hasil wawancara dibuatkan memo. Aktifitas menulis memo dilakukan secara terus-menerus selama proses analisis data untuk membantu peneliti menemukan kategori inti.

H. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas interbal), *transferability* (validitas eksternal) *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (obyektivitas) (Sugiono, 2011).

1. Uji Creadibilitas

Uji creadibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan cara perpanjangan pengamatan, meningkatkan ketekunan dalam penelitian, disukai dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *member check*.

a. Perpanjangan Pengamatan

Peneliti mengecek kembali apakah data yang diberikan selama ini merupakan data yang sudah benar atau tidak. Bila data yang diperoleh selama ini setelah dicek kembali kepada sumber data asli atau sumber data lain ternyata tidak benar, maka peneliti melakukan pengamatan lagi yang lebih luas dan mendalam sehingga diperoleh data yang pasti kebenarannya.

b. Meningkatkan Ketekunan

Meningkatkan ketekunan berarti melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan, dengan cara tersebut maka kepastian data dan urutan peristiwa dapat direkam secara pasti dan sistemis.

c. Analisis Kasus Negatif

Kasus negatif adalah kasus yang tidak sesuai atau berbeda dengan hasil penelitian hingga pada saat tertentu. Melakukan analisis kasus negatif berarti peneliti mencari data yang berbeda atau bahkan bertentangan dengan data yang telah ditemukan.

d. Menggunakan Bahan Refrensi

Adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti, misalnya data dari hasil wawancara perlu didukung dengan adanya rekaman wawancara. Data tentang interaksi manusia, atau gambaran tentang keadaan perlu didukung oleh foto-foto.

e. Mengadakan *Membercheck*

Membercheck adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuan *membercheck* untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data.

2. *Uji Transferability*

Merupakan validitas eksternal, menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkan hasil penelitian ke populasi di mana sampel tersebut diambil. Peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas sistematis dan dapat dipercaya (Sugiyono, 2009).

3. *Uji Dependability*

Peneliti melakukan *audit* terhadap keseluruhan proses penelitian. Dimana pembimbing memantau aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Peneliti mulai menentukan masalah/fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan (Creswell, 2010).

4. *Uji Komfirmability*

Penelitian ini telah disepakati oleh orang banyak. Dimana hasil penelitiannya di uji dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan peneliti. Dalam penelitian jangan sampai prosesnya tidak ada, tetapi hasilnya ada. Peneliti harus mendapatkan persetujuan dari informan dan menyertakan surat-surat yang sudah diperolehnya (Creswell, 2010).

I. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

1. *Informed consent*

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan *informed consent* adalah agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika informan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika informan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama informan pada lembar penelitian dan hanya menuliskan inisial/ kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian menjelaskan ini menjelaskan pengalaman perawat dalam melakukan *triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman berdasarkan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian yaitu pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik responden dan bagian kedua adalah pembahasan dari hasil penelitian.

B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan disalah satu lokasi yang berada di Puskesmas Makroman merupakan pusat kesehatan masyarakat yang terletak di Kelurahan Makroman Kecamatan Sambutan tepatnya di jalan Masjid. Puskesmas Makroman berdiri sejak 1957 dengan status sebagai Puskesmas Pembantu Makroman yang berada di wilayah kecamatan Anggana Kabupaten Kutai Kartanegara. Pada tanggal 24 Januari 2012, Puskesmas Makroman berpindah lokasi ke Jalan Sekolahan RT. 01 Kelurahan Makroman Kecamatan Sambutan. Sejak tahun 2012 Puskesmas Makroman statusnya berubah menjadi Puskesmas Induk dan Rawat Inap, membawahi Puskesmas Pembantu Wonosari dan Puskesmas Pembantu Pangkalan. Bangunan Puskesmas Makroman terdiri dari 2 Lantai yaitu Lantai bawah digunakan untuk Poli Umum dan Anak, ruang UGD, Poli Gigi dan Mulut, ruang KIA–KB, Imunisasi, ruang Promkes, Gizi dan Sanitasi, dan ruang Kefarmasian (ruang Obat dan Gudang Obat). Sedangkan Lantai 2 dipakai untuk ruang Kepala Puskesmas, ruang Tata Usaha, ruang Serbaguna, ruang Tim Mutu, Mushola serta dibagian belakang Puskesmas Makroman terdapat ruang Rawat Inap, Laboratorium, ruang Bersalin, dan Rumah Petugas.

C. Gambaran Karakteristik Partisipan Penelitian

Gambaran karakteristik partisipan peneliti adalah perawat dalam melakukan triase yang tepatnya perawat yang bekerja di puskesmas makroman samarinda dan bersedia menjadi partisipan tanpa paksaan dan memberikan informasi yang sebenar-benarnya. Peneliti melakukan wawancara kepada setiap partisipan dan ditempat sesuai dengan kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Adapun karakteristik partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Umur partisipan

Karakteristik partisipan berdasarkan umur yang diketahui bahwa responden berumur 25 tahun 3 orang, 26 tahun 1 orang, 32 tahun 1 orang, 33 tahun 1 orang, 34 tahun 1 orang, 37 tahun 1 orang.

2. Pendidikan partisipan

Dilihat dari latar belakang partisipan diketahui bahwa partisipan lulusan D3 keperawatan sebanyak 7 orang dan S1 keperawatan sebanyak 1 orang.

3. Pekerjaan partisipan

Berdasarkan jenis pekerjaan partisipan diketahui bahwa 8 orang partisipan ini bekerja di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda.

D. Profil Partisipan

1. Partisipan 1

Seorang wanita berprofesi sebagai perawat di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda dengan tinggi badan 158 cm, berat badan 48 kg, berwajah oval, berkulit sawo matang menggunakan hijab. Dia adalah I yang berumur 33 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan. Partisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman. Hari jumat tanggal 10 mei 2019 pukul 11.25 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatsapp* 2 hari sebelum nya.

Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dan mengisi lembar informed consent dalam mewawancara partisipan sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

2. Partisipan ²

Seorang laki-laki berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 170 cm, berat badan 73 kg, berwajah bulat, berkulit sedikit gelap dan rambut tebal. Dia adalah R yang berumur 25 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan.

Pertisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman. Hari jumat tanggal 16 mei 2019 pukul 14.00 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatsapp* 1 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara partisipan sangat memahami penjelasan dari peneliti wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

3. Partisipan ³

Seorang laki-laki berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 170 cm, berat badan 70 kg, berwajah bulat, berkulit sedikit gelap rambut hitam. Dia adalah S yang berumur 25 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan.

Pertisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman.

Hari jumat tanggal 17 mei 2019 pukul 13.20 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatsapp* 2 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat

tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini dan partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

4. Partisipan ⁴

Seorang wanita berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 160 cm, berat badan 65 kg, berwajah bulat, berkulit sawo matang menggunakan hijab. Dia adalah U yang berumur 32 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan. Partisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman.

Hari jumat tanggal 15 mei 2019 pukul 16.30 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatssapp* 2 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

5. Partisipan ⁵

Seorang laki-laki berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 166 cm, berat badan 70 kg, berwajah oval, berkulit sawo matang dan rambut tidak begitu tebal. Dia adalah H yang berumur 37 tahun dengan pendidikan lulusan S1 keperawatan.

Pertisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman.

Hari jumat tanggal 27 mei 2019 pukul 13.00 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatssapp* 7 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini

partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup ribut dengan suara orang lain yang sedang tertawa.

6. Partisipan⁶

Seorang wanita berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 160 cm, berat badan 53 kg, berwajah lonjong, berkulit putih menggunakan hijab. Dia adalah A yang berumur 25 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan.

Pertisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman.

Hari jumat tanggal 28 mei 2019 pukul 11.25 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatssapp* 1 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

7. Partisipan⁷

Seorang wanita berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 157 cm, berat badan 55 kg, berwajah oval, berkulit sawo matang menggunakan hijab. Dia adalah D yang berumur 26 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan.

Pertisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman.

Hari jumat tanggal 28 mei 2019 pukul 13.00 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatssapp* 4 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini

partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

8. Partisipan⁸

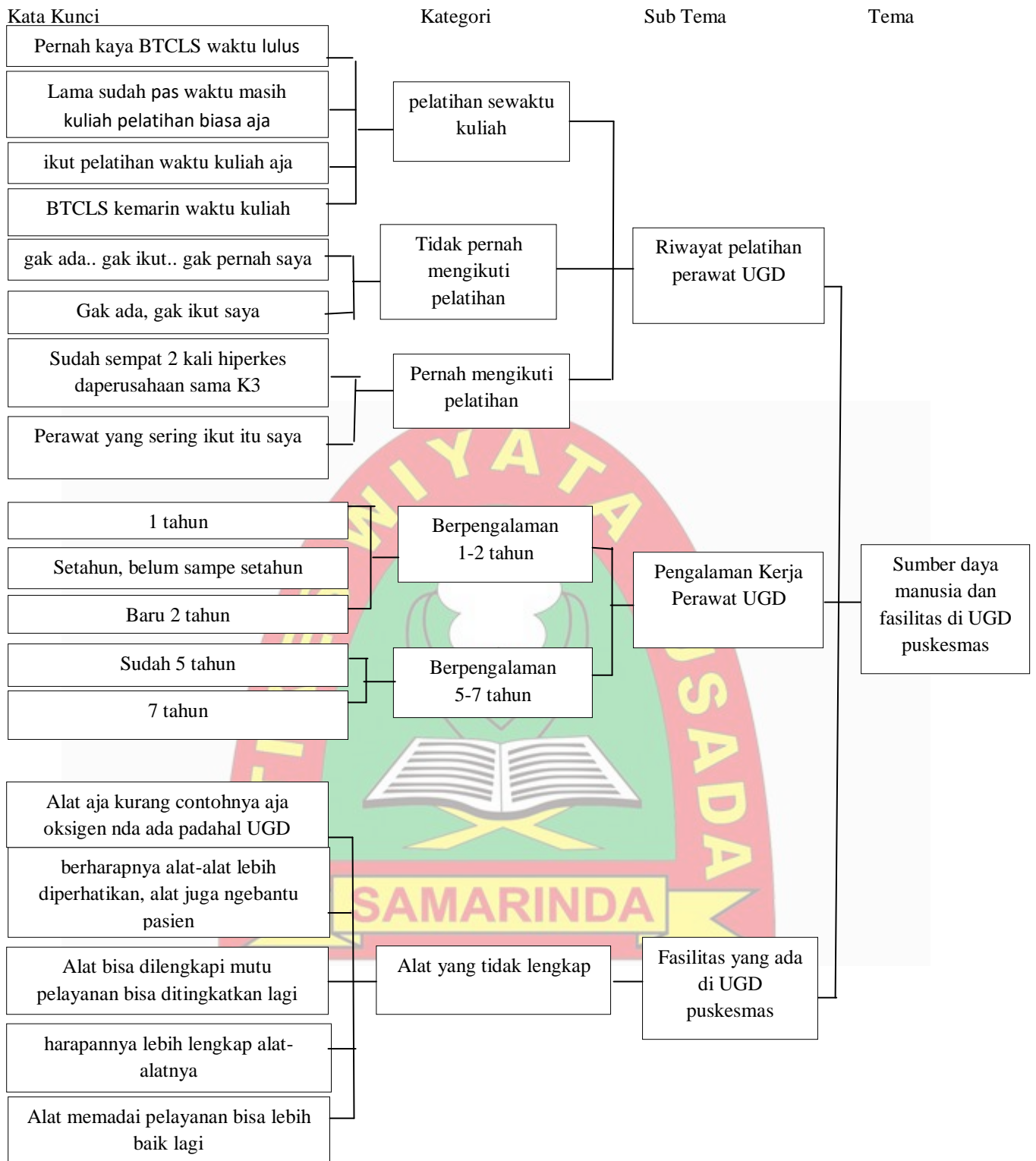
Seorang laki-laki berprofesi sebagai perawat di unit gawat darurat puskesmas makroman samarinda dengan tinggi badan 167 cm, berat badan 79 kg, berwajah oval, berkulit sawo matang menggunakan hijab. Dia adalah D yang berumur 34 tahun dengan pendidikan lulusan D3 keperawatan. Partisipan sehari-hari melakukan aktivitas sebagai perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman. Hari jumat tanggal 20 mei 2019 pukul 13.00 siang hari peneliti dan partisipan bertemu di puskesmas makroman untuk melakukan wawancara sesuai dengan janji via *whatsapp* 8 hari sebelum nya. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan serta kesiapan diri partisipan dalam mewawancara ini partisipan dengar sangat memahami penjelasan dari peneliti sehingga wawancara berjalan dengan lancar dan dalam suasana yang cukup hening.

E. Tema hasil analisa penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan peneliti. Adapun tema yang didapat dari hasil analisa peneliti sebagai berikut :

1. Tema 1 : Sumber daya manusia dan fasilitas di UGD puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 8 partisipan mengenai sumber daya manusia dan fasilitas yang ada di UGD, peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dengan partisipan :



Skema 4.1 Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan UGD

Tema pertama didapatkan dari 3 sub tema yaitu pelatihan kegawatdaruratan perawat UGD, lama kerja perawat UGD dan fasilitas UGD.

Sub tema 1: riwayat pelatihan perawat UGD didapatkan dari perawat yang pernah mengikuti pelatihan sewaktu kuliah dan perawat yang pernah mengikuti pelatihan, yaitu :

a. Kategori pertama: pelatihan sewaktu kuliah

Hasil wawancara dari enam partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan mengikuti pelatihan terkait dengan kegawatdaruratan pada saat mereka kuliah saja. Partisipan 1, 3, 4, 5, 6, 7 menyampaikan terakhir mengikuti pelatihan kegawatdaruratan BTCLS pada saat lulus kuliah. Berikut jawaban partisipan yaitu:

“enggak, enggak ada..sudah pernah sih waktu itu kaya BTCLS gitu ajasih tapi udah mati belum adaikutan lagi, terakhir ikut waktu lulus kayanya tahun 2007 lulus 2008 kalo gak salah ikut 4 tahun setelah itu 8, 9, 10, 11, 12, 2012 mati lama sudah” (P1)

“lama sudah, pas waktu masih kuliah setelahnya nda ada sudah” (P3)

“terakhir....ikut pelatihan waktu kuliah BTCLS sambil mengingat” (P6)

b. Kategori kedua: pernah mengikuti pelatihan

Hasil wawancara dari 2 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan mengikuti pelatihan terkait kegawatdaruratan. Partisipan 2 menyampaikan mengikuti pelatihan HIPERKES dan K3 dari perusahaan. Partisipan 5 menyampaikan bahwa sering mengikuti pelatihan BTCLS, HIPERKES, Perawatan Luka Modern. Berikut jawaban partisipan yaitu:

“sudah sempat 2 kali ehh 3 kali, hiperkeskan termasuk, K3 baru itu di AWS kemarin kegawatdaruratan jantung juga itu aja (sambil mengingat)” (P2)

“kalau disini kebanyakan perawat yang paling sering ikut pelatihan itu saya BTCLS, Perawatan hiperkes, perawatan luka modern” (P5)

Sub tema 2: lama kerja perawat UGD di dapatkan dari 2 kategori berpengalaman 1-2 tahun (perawat pemula lanjut) dan berpengalaman 5-7 tahun yaitu:

a. Kategori pertama pengalaman 1-2 tahun

Hasil wawancara dari partisipan 1, 3, 4, 6 menyampaikan sudah 2 tahun bekerja di UGD puskesmas makroman partisipan menyampaikan sambil mengingat menghitung sudah berapa bekerja di UGD puskesma. Partisipan 2 dan 7 menyampaikan sudah setahun lebih bekerja di UGD puskesmas makroman partisipan menyampaikan dengan nada pelan sambil tersenyum. Berikut jawaban partisipan yaitu:

“saya berapa lama ya..emm baru 2 tahun kah atau 3 tahun kaoo gak salah (sambil mengingat)” (P1)

“kerjanya baru juga sih..baru 2 tahun” (P3)

“Kalau disini 2 tahun, sebelumnya ada ditempat lain 7 tahun jadi kalau dihitung apa..kalau dihitunng kerja sampai sekarang 8 9 10 (menghitung) 11 tahunan..”(P4)

b. Kategori kedua berpengalaman 5-7 tahun

Hasil wawancara partisipan 5 menyampaikan sudah lama mengabdikan di UGD puskesmas dimulai dari tahun 2014 dan partisipan 8 menyampaikan sudah 7 tahun bekerja di UGD puskesmas makroman dimulai pada tahun 2012. Berikut jawaban partisipan:

“lama mengabdikan saya dimulai dari tahun 2014 bulan 4 tanggal 17 sudah 5 tahun kerja disini” (P5)

“sudah...kurang lebih 7 tahunan..mulai tahun 2012..”(P8)

Sub tema 3: Fasilitas di UGD didapatkan dari 1 kategori yaitu alat yang tidak lengkap dan mutu pelayanan yang belum cukup baik yang ada di UGD puskesmas makroman yaitu:

- a. Kategori pertama: alat yang belum lengkap dan belum baik mutu pelayanan yang ada di UGD puskesmas makroman

Hasil wawancara partisipan 1 menyampaikan jarang diperhatikan alat yang kurang lengkap seperti oksigen (sambil memegang pulpen dan memainkan pulpen) partisipan menyampaikan dengan kurang lengkapnya alat pasien tidak bisa tertangani dengan baik, partisipan berharap agar puskesmas bisa lebih baik lagi sehingga pasien bisa tertangani dan tidak perlu jauh ke kota. Partisipan 2 menyampaikan berharap alat-alat lebih diperhatikan sehingga pelayanan yang ada di puskesmas bisa maksimal dan bisa membantu pasien yang datang. Partisipan 3 dan 4 menyampaikan harapannya alat-alat yang ada di UGD bisa dilengkapi dan pelayanan bisa ditingkatkan lagi. partisipan 5 menyampaikan berharap pemerintah lebih memperhatikan puskesmas sehingga dapat terjadi perubahan yang lebih baik dengan diberikan alat yang menunjang seperti regulator oksigen yang sudah tidak layak pakai.

Partisipan 6 dan 7 menyampaikan harapannya diadakannya pelatihan untuk tenaga kesehatan yang bekerja di ruang UGD sehingga petugas kesehatan yang bekerja di UGD lebih berkompeten dalam melakukan tindakan dan maksimal dalam menangani pasien. Partisipan 8 menyampaikan berharap manajemen yang ada di puskesmas diperbaiki dan diadakannya pelatihan-pelatihan untuk tenaga kesehatan yang bekerja di UGD. Berikut jawaban partisipan

yaitu:

“harapannya sih yaaa saya sih sangat berharap pemerintah ya ini sih bukan kesalahan kita atau kesalahan siapa ya ini dari pemerintah aja kami teman-teman sudah semangat untuk supaya bagaimana supaya ada perubahan di UGD ini gitu tapi karena mungkin pemerintah lagi defisit atau bagaimana ya apa yang kami minta belum di ini....kan jadi harapannya kan bisa dapat alat yang memadai bisa dapat pelayanan di UGD puskesmas makroman ini lebih kan harus diliat juga apa alat-alat yang menunjang gitu nahh....contohnya kan seperti regulator nihh oksigen kami nii rusak nih, jadi kalau ada pasien yang butuh oksigen kami bikin mengerti supaya gak ada kesalahpahaman kami minta di dinas nunggu 4 bulan belum ada“ (P5)

“harapannya..mungkin ya, adanya pelatihan-pealtihan untuk tenaga yang ada di ugd, terus diperhatikan juga di ugd, peralatannya lengkap, terus juga kompak satu tim, satu kelompok yang jaga tuh harus kompak, semangat, ikhlas nangani pasien itu aja sih..” (P6)

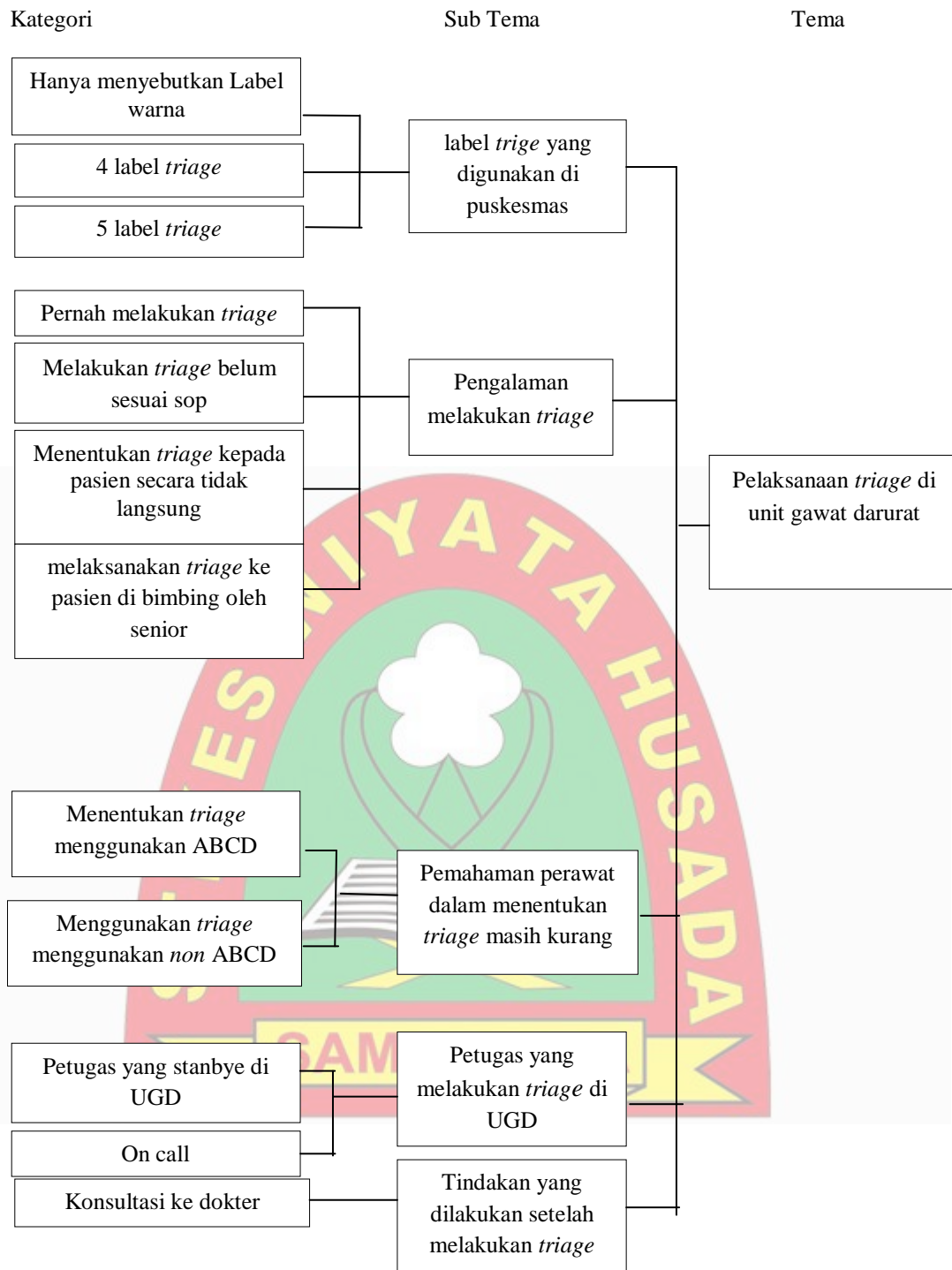
“yaa setidaknya ada pelatihan buat kita yang di UGD ini ya untuk perawat di UGD biar kita lebih kompeten lah dalam melakukan tindakan segala macam untuk alat-alat juga supaya kita bisa maksimal ke pasiennya gitu “ (P7)

“bisa jadi lebih maju dan lebih baik dan lebih diperhatikan (sambil tertawa) ibaratnya kurang di perhatikan lahh ibaratnya gimana ya orang alat aja kurang contohnya aja oksigen nda ada padahal UGD loh oksigen aja susah gak ada ibaratnya yang nyawa nya lah ibarat pasien yang gawat pastikan kita pasang oksigen apapun itu ini aja gak ada (sambil memainkan pulpen) . ya memadai lah biar lebih enak apalagi kan kita jauh dari kota kan kalo alatnya lengkapkan lebih bagus biar pasiennya lebih aman lah lebih gimana ya lebihhhh cepat ditangani lah takutnya kalau lama ditangani kan ibaratnya sebenarnya bisa ditangani disini jauh lagi perjalanan ke samarinda ibaratnya kan takutnya tambah kenapa-napa tapi kalau diambulan ada oksigennya”(P1)

2. Tema 2: Pelaksanaan Triage di Unit Gawat Darurat Puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 8 partisipan mengenai pelaksanaan *triage* di Unit Gawat Darurat peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dengan partisipan:

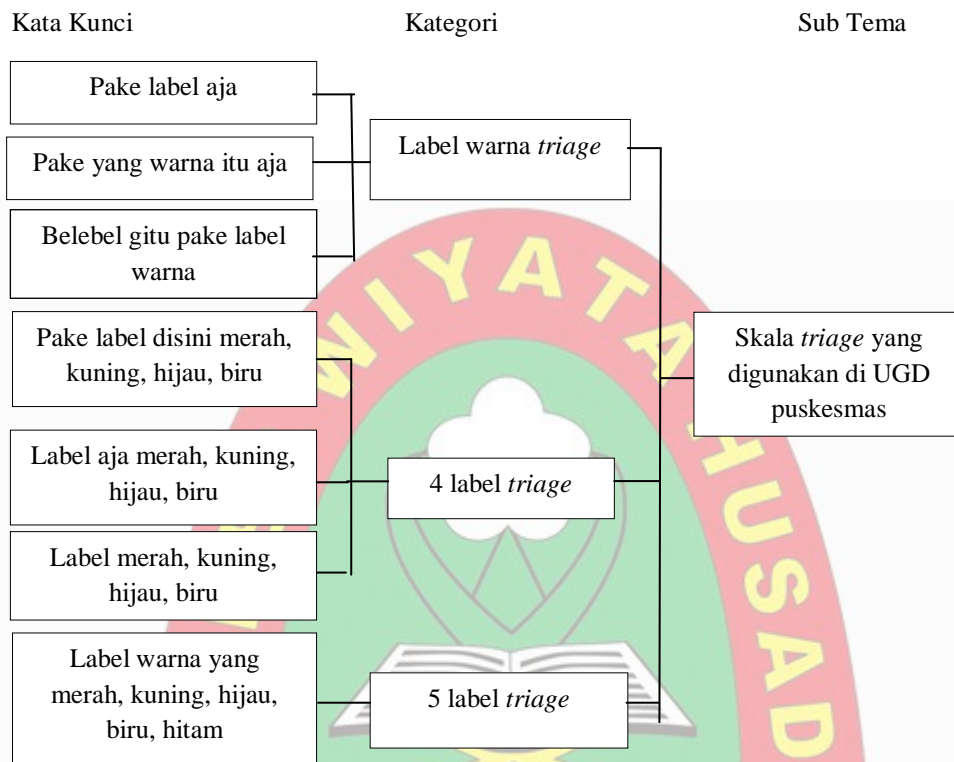




Skema 4.2 pelaksanaan *triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas

Tema kedua didapatkan dari 5 sub tema terdiri dari label *triage* yang digunakan, pengalaman melakukan *triage*, cara melakukan *triage*, yang melakukan *triage*, tindakan yang dilakukan setelah melakukan *triage*

Sub tema 1: skala *triage* yang digunakan di UGD puskesmas didapatkan dari 3 kategori yaitu:



Skema 4.3 skala *triage* yang digunakan di puskesmas

a. Kategori pertama: label warna *triage*

Hasil wawancara dari empat partisipan menyampaikan skala *triage* yang digunakan di Unit Gawat Darurat puskesmas hanya menggunakan skala *triage* dengan label warna. Partisipan satu menyampaikan hanya menggunakan *triage* dengan label warna. Partisipan lima menyampaikan belum ada ketentuan yang dibuat oleh tim UGD tentang skala *triage* yang digunakan di UGD untuk sementara *triage* yang digunakan hanya berdasarkan prioritas masalah yang dibutuhkan dengan melihat berdasarkan label warna yang ada di puskesmas. Partisipan empat dan tujuh menyampaikan *triage* yang

digunakan di gunakan di puskesmas sama dengan triage pada umumnya yaitu menggunakan label warna. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“kalau kita disini seperti pada umumnya ya..pake yang warna itu aja sih kita ...” (P4)

“disini sih belum ada ketepatan yang dibekukan oleh salah satu tim UGD baik dari tim managemen atau tim para medis mungkin kedepannya masalah triase itu kami akan eeeee anukan lagi artinya kami tindaki lagi skala triase apa sih gitu kalau sementara ini yaaa masih sesuai triase prioritas masalah di butuhkan pasien ketika berada di UGD ya pake label itu aja” (P5)

“yang kaya gitu naa yang belebel gitu kita pake label warna..(sambil menunjuk ke arah poster label triase)” (P7)

b. Kategori kedua: empat label *triage*

Hasil wawancara dari tiga partisipan menyampaikan skala *triage* yang digunakan di Unit Gawat Darurat puskesmas memiliki empat label. Partisipan dua menyampaikan skala yang digunakan untuk mengkategorikan pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya serta untuk memantau kategori kegawatdaruratan pasien memiliki empat warna triase dengan menyebutkan merah, kuning, hijau biru. Partisipan enam dan delapan menyampaikan di Unit Gawat Darurat menggunakan skala *triage* berdasarkan label dengan empat warna yaitu merah, kuning, hijau, biru. Berikut jawaban partisipan, yaitu:

“skala triase yang di pake puskesmas ada 5 sih ya itu setauku sih aku masih kurang tau juga secara umum kan triase itu pengkategorian kegawatdaruratan ya nahh dari situ kita bisa pantau disitu ada yang termasuk gawat darurat, gawat tidak darurat sama tidak gawat tidak darurat juga nah kalau disini pake 5 disini pake label disini merah, kuning, hijau, biru aturannya itu hitam sih tapi disini pake biru” (P2)

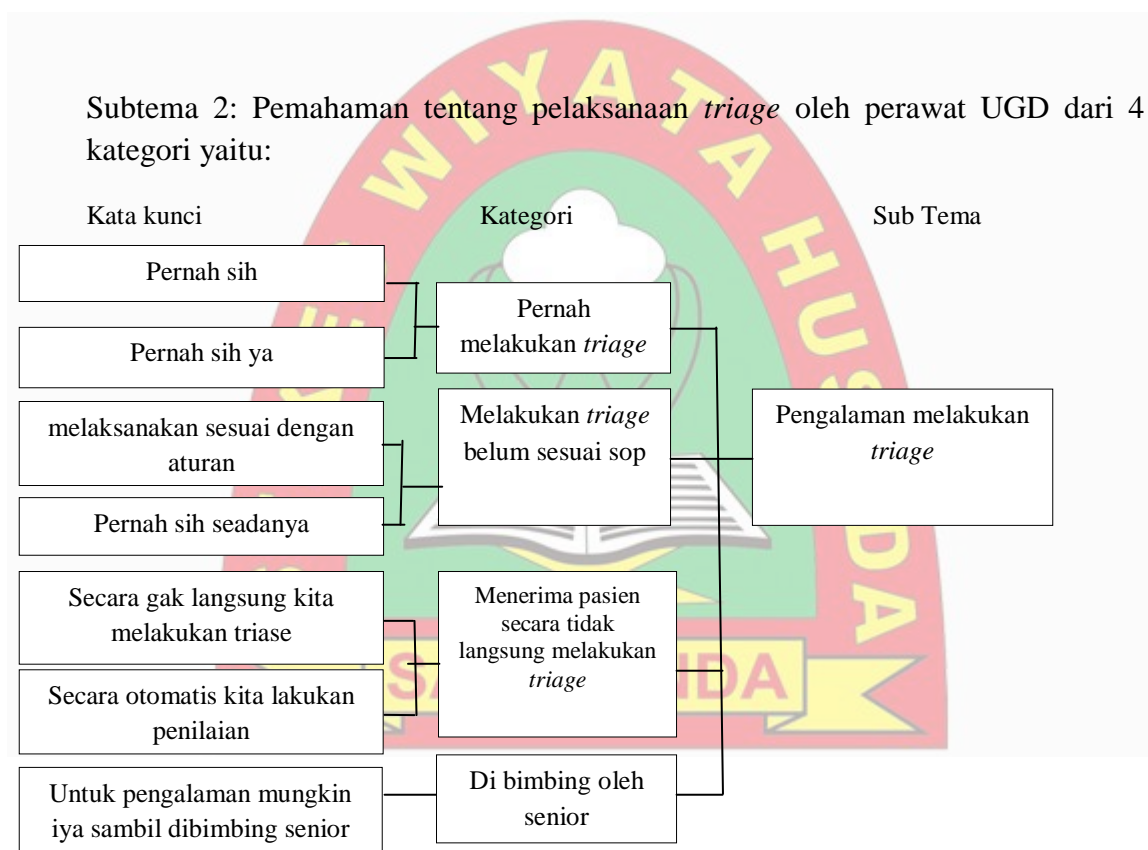
“kita pake label aja merah, kuning, hijau, biru begitu sih”(P6)

“yaa..seperti biasa kita seadanya ya, kita paling ngikut yang label merah, kuning, hijau, biru gitu aja “(P7)

c. Kategori ketiga: lima label *triage*

Hasil wawancara dari satu partisipan menyampaikan skala *triage* yang digunakan di Unit Gawat Darurat puskesmas menggunakan skala *triage* berdasarkan label warna dengan lima warna untuk menentukan kategori kegawatdaruratan. Partisipan tiga menyampaikan skala *triage* yang digunakan yaitu label *triage* dengan lima warna ydengan menyebutkan warna merah, kuning, hijau, biru, hitam.berikut jawaban partisipan, yaitu:

“iya cuma pakai label warna ya merah, kuning, hijau, biru, hitam” (P3)



Skema 4.4 pemahaman tentang pelaksanaan *triage* oleh perawat UGD

a. Kategori pertama: pernah melakukan *triage*

Hasil wawancara pada 2 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan pernah melakukan *triage*. Partisipan 1 menyampaikan pernah melakukan *triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas dan partisipan 7 menyampaikan pernah melakukan *triage* tetapi tidak pernah melakukan *triage* sendiri melainkan bersama teman dinasnya. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“pernah sih... tapi kalo pasien langsung gitu kan pisah-pisahkan enggak sih disini paling datangnya satu, satu kaya gitu jarang yang langsung banyak, kalau di saya sih ya gak tau kalo teman-teman yang lain, kalo pas saya yang dinas jarang yang seperti itu paling satu, misalnya datang label merah ya label merah aja misalnya kuning ya kuning aja gak langsung yang ada merah ada kuning ada hijau itu enggak kalo dikasus saya gak pernah seperti itu” (P1)

“pernah sih ya..tapi biasanya sama-sama teman gak sendiri (sambil mengubah posisi duduk)” (P7)

b. Kategori kedua: melakukan *triage* belum sesuai aturan

Hasil wawancara pada 1 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan pernah melakukan tetapi belum sesuai dengan aturan. Partisipan 8 menyampaikan untuk melaksanakan *triage* partisipan belum sesuai dengan aturan. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“kalau menentukan triase sebenarnya ..ee.dibilang bisa sih bisa ya apa namanya kalau untuk melaksanakan sesuai dengan aturan saya belum berpengalaman” (P8)

c. Kategori ketiga: secara tidak langsung melakukan *triage*

Hasil wawancara pada 2 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan secara tidak langsung pasti melakukan *triage* di Unit Gawat Darurat puskesmas. Partisipan 3 menyampaikan pada awal pasien masuk ke ruang Unit Gawat Darurat partisipan langsung melihat kondisi pasien. Partisipan 2 menyampaikan bahwa secara otomatis pada saat pertama kali pasien datang ke Unit Gawat Darurat partisipan langsung melakukan penilaian untuk menentukan *triage* partisipan juga menyampaikan bahwa di Unit Gawat Darurat sempat memiliki garis *triage* tetapi sudah hilang. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“pasti ya awal pasien masuk kan pasti kita langsung periksa ya liat kondisinya gimana itukan secara gak langsung kita melakukan triase kan ya..” (P3)

“ya... setiap pasien masuk ya secara otomatis kesini kan kita langsung lakukan penilaian secara gak langsung ada sebenarnya dulu garis triase,tapi sekarang udah enggak ada lagi, garisnya udah hilang- hilang (sambil nunjuk ke lantai) sekarang maahh yang penting pasien sudah masuk disini ya sekiranya apa yang dibutuhkan yaitu sudah tapi kalau kita gak bisa yaudah kita rujuk ”(P2)

d. Kategori keempat: pernah melakukan *triage* tapi seadanya

Hasil wawancara pada 2 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan pernah melakukan *triage* tetapi hanya melakukan seadanya. Partisipan 4 menyampaikan sambil tersenyum bahwa partisipan pernah melakukan *triage* tetapi seadanya saja. Partisipan 5 menyampaikan pernah melakukan *triage* tetapi tidak semaksimal yang dirumah sakit hanya melakukan *triage* seadanya. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“pernah sih ya ...disini kita pasien datang langsung menilai kondisinya kok..cuman ya seadanya aja kita disini namanya juga puskesmas (sambil tersenyum)” (P4)

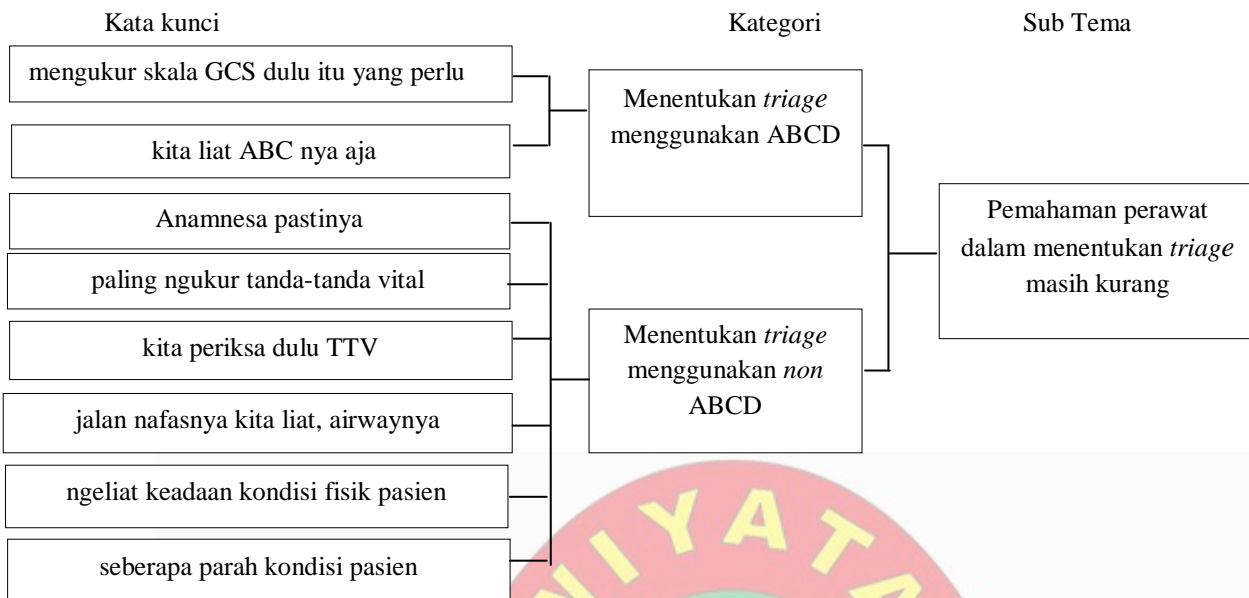
“emmm...ya pernah tapi mungkin kita disini gak semaksimal yang dirumah sakit kalau di rumah sakit lengkap ya kalau disini ya seadanya aja kita dan sebisa kita juga gimana menilai pasiennya” (P5)

e. Kategori kelima: dibimbing oleh senior

Hasil wawancara pada 1 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan pernah melakukan *triage* di Unit Gawat Darurat serta dibimbing oleh senior. Partisipan menyampaikan untuk pengalaman melakukan *triage* selama bekerja di Unit Gawat Darurat saja dan dibimbing oleh para senior yang berada di Unit Gawat Darurat puskesmas. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“untuk pengalaman mungkin iyaa.. selama kerja aja, sambil dibimbing sama senior-senior, sama ngeliat pasien oh pasien ini gawat..ohh ini enggak...perlu nya pakai yang ini, sama ini gitu”(P6)

Sub tema 3: Cara perawat menentukan *triage* didapatkan dari 5 kategori yaitu:



Skema 4.5 cara perawat dalam menentukan *triage*

a. Kategori 1: menentukan *triage* menggunakan ABCD

Hasil wawancara pada 2 partisipan didapatkan hasil bahwa pengetahuan partisipan dalam melakukan *triage* yaitu seperti yang di sampaikan oleh partisipan bahwa pemeriksaan untuk menentukan *triage* yaitu dengan melihat ABCD terlebih dahulu berikut merupakan jawaban dari partisipan:

“pertama anuu dulu kita mengukur skala GCS dulu itu yang perlu sambil mementau GCS itu sambil jalan nafasnya kita liat, airwaynya kita liat dari situ kita bisa eedari situ kita bisa mengukur tingkat kegawatdaruratan pasien tersebut jalan nafas kita perhatikan jugaa... eeeeeee jalan nafas ya nafasnya” (P5)

“penilaian misalnya pasien ini kecelakaan yaudah itu kita liat ABC nya aja liat kondisi umumnya tuu seperti apa, pokoknya ya TTV dulu lah” (P6)

b. Kategori 2: menentukan *triage* menggunakan non ABCD

Hasil wawancara pada 6 partisipan didapatkan hasil bahwa Pemahaman partisipan dalam menentukan *triage* yaitu partisipan menyampaikan bahwa pemeriksaan untuk menentukan *triage* melakukan anamnesa terlebih dahulu. Berikut merupakan jawaban partisipan:

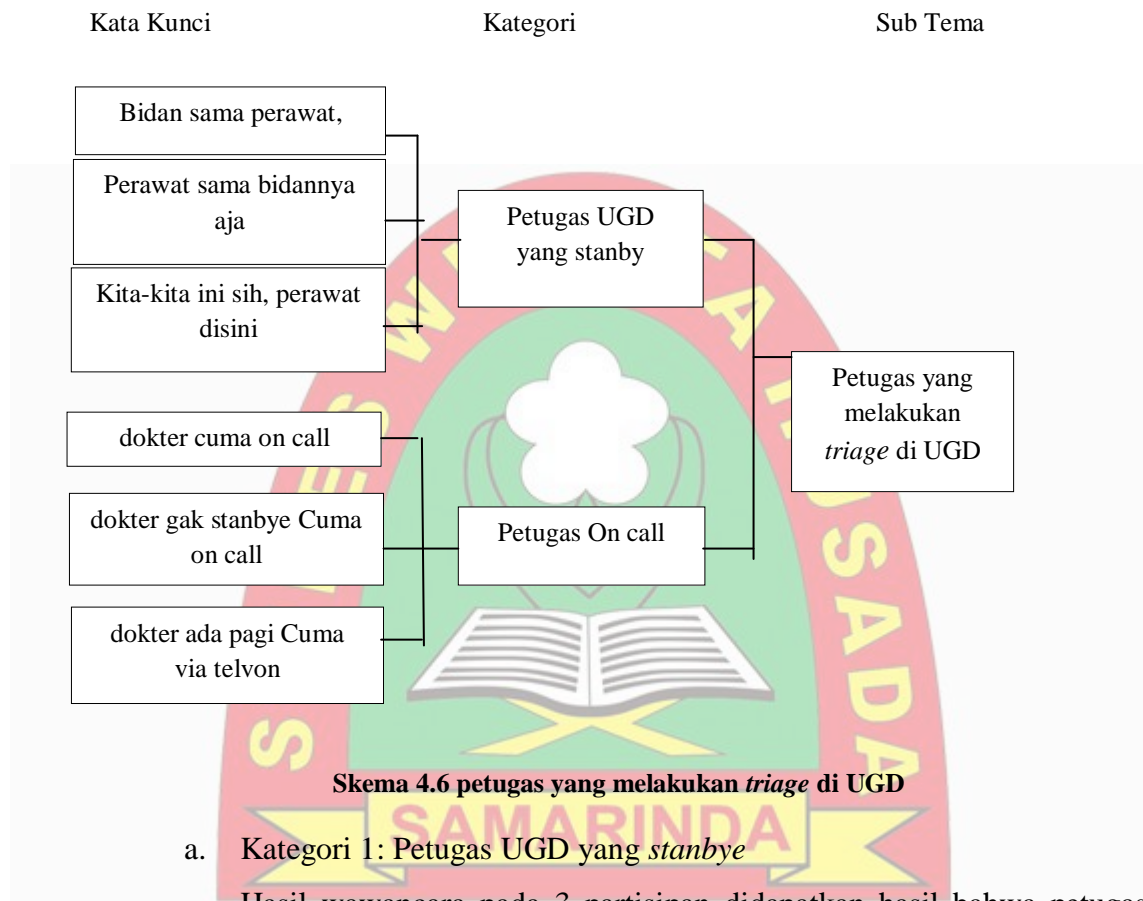
“anamnese..pastinya.. ee.. TTV.. baru tindakan.. kalau misalnya memang perlu ada tindakan ya lakukan tindakan yang kita lakuin, tapi kalau enggak.. enggak” (P4)

“*yaa paling ngukur tanda-tanda vital kaya gitu-gitu aja karena belum yang seandainya yang memang udah gawat label merah ya pasti langsung cek tanda-tanda vital atau liat kalau perlu oksigen ya kita langsung pasang oksigen sesuai kebutuhannya*”(P1)

“*ya dari seberapa parah kondisi pasien ituu, saya disini juga nda terlalu hapal sih seperti apa ya, yang jelas pastinya merah itu yang emergency*”(P3)

“*iya.. pasti kondisi pasiennya paling pertama kan diliat baru..TTV GCS juga*”(P4)

Sub tema 4: petugas yang melakukan *triage* didapatkan dari 1 kategori yaitu:



Skema 4.6 petugas yang melakukan *triage* di UGD

a. Kategori 1: Petugas UGD yang *stanbye*

Hasil wawancara pada 3 partisipan didapatkan hasil bahwa petugas yang stanby dan sering melakukan *triage* di Unit gawat darurat adalah perawat dan bidan. partisipan menyampaikan bahwa partisipan melakukan *triage* bersama teman dinas partisipan juga mengatakan dokter jarang melakukan *triage*. Partisipan juga menyampaikan bahwa jika ada dokter partisipan akan memanggil dokter untuk melakukan *triage* tetapi yang lebih sering melakukan adalah perawatnya. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“*ya saya sama teman dinas, biasanya kan 1 sip kan biasanya ada 2 orang 1 bidan satu perawat udah kita berdua aja jarang ada dokter kecuali kalo dinas pagi ya*

baru ada, tapi itugin jarang ada karna kan dokternya gak stanbye disini terus kadang bisa di poli jadi kadang yang lebih seringnya sih kita yang jaga di UGD aja” (P1)

biasanya sih disini kalau triase pasien datang kalau ada dokter ya kita panggil dokter, tapi kalau gak ada ya kita ya misalnya kita gak bisa kita konsul juga sama dokter tapi kebanyakan perawatnya” (P2)

b. Kategori 2: Petugas on call

Hasil wawancara pada 3 partisipan didapatkan hasil bahwa dokter jarang melakukan *triage* pada saat di UGD, beberapa partisipan menyampaikan bahwa dokter hanya ada pada pagi hari saja dan setelah itu hanya bisa konsultasi via telfon saja dan dokter juga mempunyai jadwal on call. Berikut merupakan jawaban partisipan yaitu:

“ya dokternya ikut kitakan kolaborasi sebenarnya perawat kolaborasi sama dokternya tapi sering nda ada dokternya kan cuma via telfon konsul via telfon jadi on call gitu perawatnya aja ...ada bidannya juga” (P3)

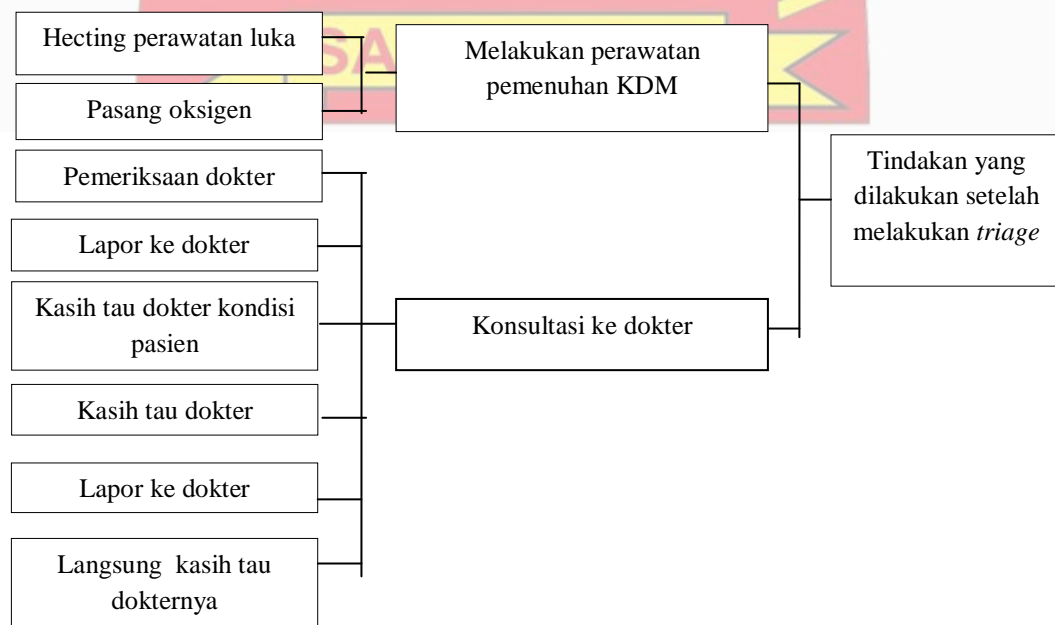
“enggak ikut.....perawat yang melakukan, setelah melakukan triase memilah milah yang mana didahulukan mendapatkan pertolongan medis baru kita anukan... ke dokternya karekan disini dokternya gak selalu stanby kadang sistem on call aja” (P5)

Sub tema 5: tindakan setelah melakukan *triage* terdiri dari 2 kategori yaitu:

Kata Kunci

Kategori

Sub Tema



Skema 4.7 tindakan yang dilakukan setelah melakukan triage

a. Kategori 1 : perawatan pemenuhan KDM

Hasil wawancara pada 2 partisipan didapatkan hasil bahwa partisipan melakukan perawatan kebutuhan dasar manusia yaitu tindakan seperti hecing dan pemberian oksigen kepada pasien setelah melakukan triage. Partisipan 1 menyampaikan jika ada pasien kecelakaan lalu lintas yang datang dengan kondisi luka lecet atau robek partisipan melakukan tindakan hecing kepada pasien. Partisipan 2 menyampaikan setelah melakukan triage jika ada pasien dengan sesak partisipan memberikan oksigen kepada pasien. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“tergantung ya kalau misalnya pasien misalnya kayak kecelakaan nih ya labelnya kuning gawat tapi yang gak gawat banget ya cuma kaya luka robek gitukan ohh yasudah ada ini ohh yaudah tindakannya yakita lakukan misalnya hecing misalnya robek atau lecet-lecet aja kita bersihin gitu aja nanti kita perban baru habis itu kita kasih obat sudah nanti observasi berapa jam kalo sejam gak ada yang lain gak ada masalah apa ya baru bisa boleh pulang dahh gitu aja” (P1)

“yaa observasi tergantung dari pasiennya yaitu biasanya kita konsul juga sama dokternya apa yang disuruh dokter misalnya belum terlalu gawat yakalau butuh oksigen kita kasih oksigen 3 liter terus misalnya nya dia pingsan kita observasi kita lihat kalau misalnya dari tindakan kita belum tercapai yaaaa kita konsulkan lagi sama dokter perlu ditindak lanjut atau gak itu aja” (P2)

d. Kategori 2: Konsultasi ke dokter

Hasil wawancara pada 6 partisipan didapatkan hasil bahwa setelah melakukan triage partisipan berkonsultasi dengan dokter untuk mengetahui tindakan apa saja yang akan dilakukan untuk pasien. Partisipan 3 menyampaikan pasien akan diperiksa oleh dokter kemudian setelah itu akan melakukan tindakan. Partisipan 4 menyampaikan bahwa partisipan akan melihat kembali kondisi pasien setelah partisipan akan melaporkan tentang kondisi pasien untuk diberikan tindakan selanjutnya. Partisipan 5, 6, 7 menyampaikan bahwa setelah observasi akan melaporkan ke dokter untuk penanganan selanjutnya. Partisipan 8 menyampaikan bahwa setelah melakukan triage partisipan akan langsung memberitahu dokter kondisi pasien untuk

menyarankan tindakan yang akan diberikan. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“emmmm diliat dari anunya kegawatdaruratan sii pasien otomatis kita bertindak sebagai paramedis kann setelah kita sudah mengobservasi atau perlu bantuan yang lebih kalau memang perlu perawatan yang lebih “ (P5)

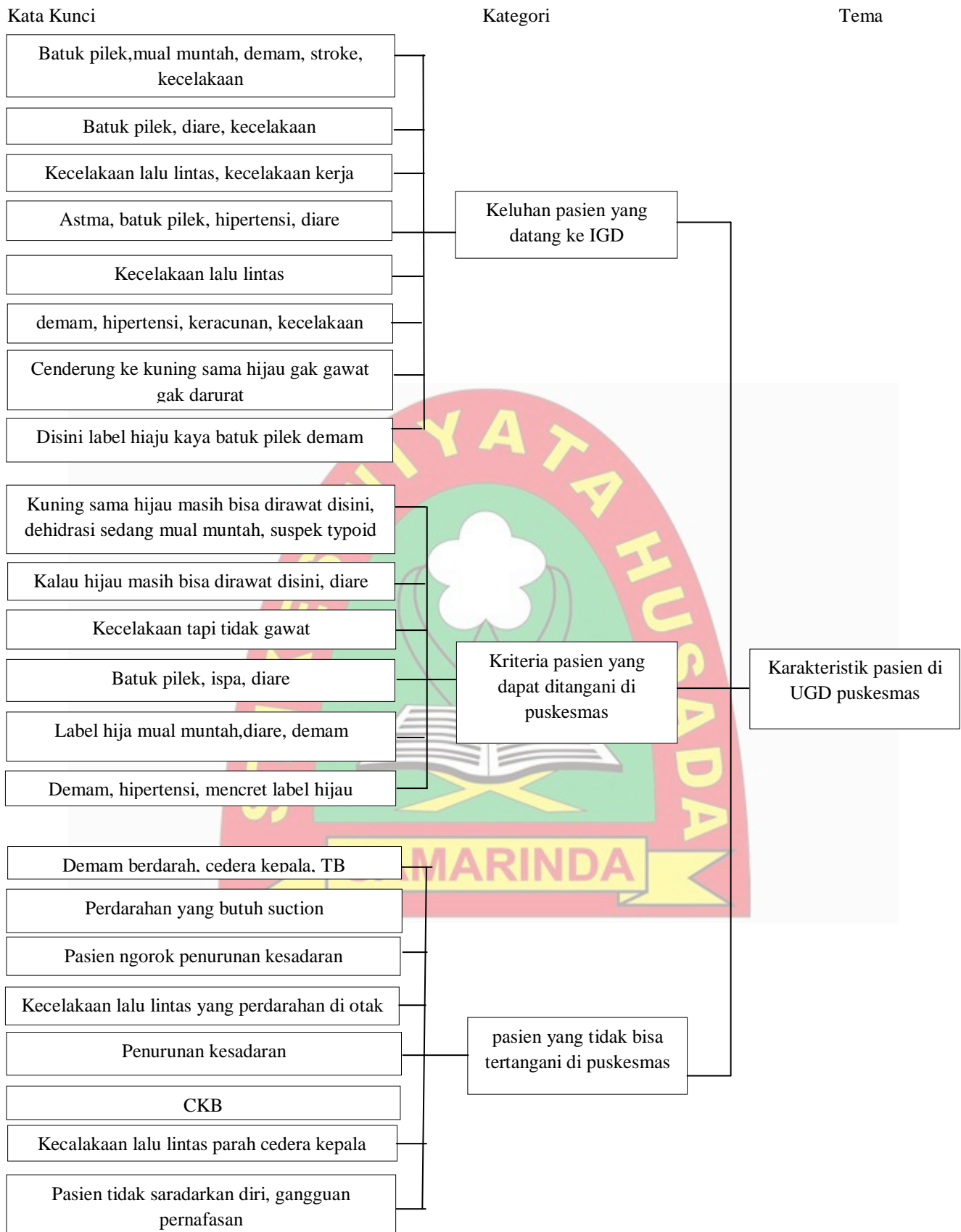
“kita observasi dulu itu liat gimana pasiennya...kita lapor juga ke dokternya kasih tau kalau kondisi pasiennya begini, begini...gitu baru nanti dokternya ada nyarankan kalau harus di kasih ini, itu sesuai anjuran dokter ajasih kita disini.. ” (P6)

“ya biasanya kitadisini langsung kasih tau dokternya kalau pasiennya begini nanti dokternya menyarankan kalau harus dikasih tindakan apa ..itu aja sih“ (P8)

3. Tema 3: karakteristik pasien UGD puskesmas

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 8 partisipan mengenai karakteristik pasien UGD puskesmas peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dengan partisipan :





Skema 4.8 karakteristik pasien UGD

Tema ketiga didapatkan dari empat kategori terdiri dari pasien yang ditolong di UGD puskesmas, pasien yang tidak bisa ditangani di UGD, kriteria pasien yang masih bisa ditolong di UGD dan kriteria pasien yang tidak bisa ditangani di UGD puskesmas.

a. Kategori 1: keluhan pasien yang datang di UGD

Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil bahwa keluhan pasien yang datang di UGD puskesmas yaitu pasien *comoon cold*, kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, asma, hipertensi, keracunan. Partisipan 1, 2, 3, 4, 5, menyampaikan bahwa pasien yang paling sering datang ke UGD yaitu pasien dengan keluhan batuk pilek, mual muntah dan kecelakaan lalu lintas. Partisipan 6, 7, 8 menyampaikan bahwa pasien yang sering ditemui di puskesmas yaitu pasien dengan keluhan asma, ispa, hipertensi dan diare. Berikut merupakan jawaban partisipan yaitu:

“pasien apa yaa, kalo saya sih kalo saya ya paling banyak disini pasiennya paling banyak cenderung yang ke batuk pilek, mual muntah jadi ibaratnya lagi kaya yang kegawatdaruratannya bisa dihitung gitu lah gak terlalu banyak jadi ya gak terlalu gimana jadi mungkin dia datang kesini misalnya seminggu paling cuma satu yang gawat betul sisanya yahh batuk-batuk pilek, demam, gitu-gitu aja kalo disini jarang paling kalo malam kalo kecelakaan, kecelakaan juga gak setiap hari ada, atau stroke, ya gitu-gitu aja tapi jarang “ (P1)

“pasien disini sih kalau dikatakan gawat darurat jarang-jarang sih ya biasanya sih kalau di puskesmas banyak ya pasien rawat jalan kaya batuk pilek, diare segala macam cuman kalau yang kaya gawat darurat itu jarang-jarang ada cuman ada sih beberapa pasien kecelakaan dilaut diperusahaan dekat-dekat sini pasti larinya kesini kalau masih bisa kita tangani yaaaa kita tangani kalau sudah sampai ibaratnya fraktur atau ibaratnya perlu hecing dalam sampai apaaaa....ibaratnya apasih itu yaa pendarahan hebat lah kita rujuk nda sampai kita tangani disini jadi langsung rujuk ke rumah sakit “ (P2)

b. Kategori 2: kriteria pasien yang masih bisa ditangani di UGD

puskesmas

Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil bahwa pasien yang masih bisa ditangani oleh puskesmas yaitu pasien dengan label hijau dan masih bisa di rawat di puskesmas dengan kriteria pasien seperti demam, dehidrasi, suspek typhoid, batuk pilek, ispa, hipertensi. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“kuning sama hijau masih bisa dirawat disini seperti dehidrasi sedang, mual muntah sama semacam suspek typhoid suspek DBD, seperti itu, selebihnya dari pada itu kita harus rujuk” (P3)

“disini label hijau kaya batuk pilek, demam, sering disini itupun kalau terpantau ya palingsuruh datang lagi besok tapi ya kalau misalnya perlu dirawat inap ya kita rawat inap” (P2)

- c. Kategori 3: kriteria pasien yang tidak bisa ditangani dipuskesmas dan akan di rujukan

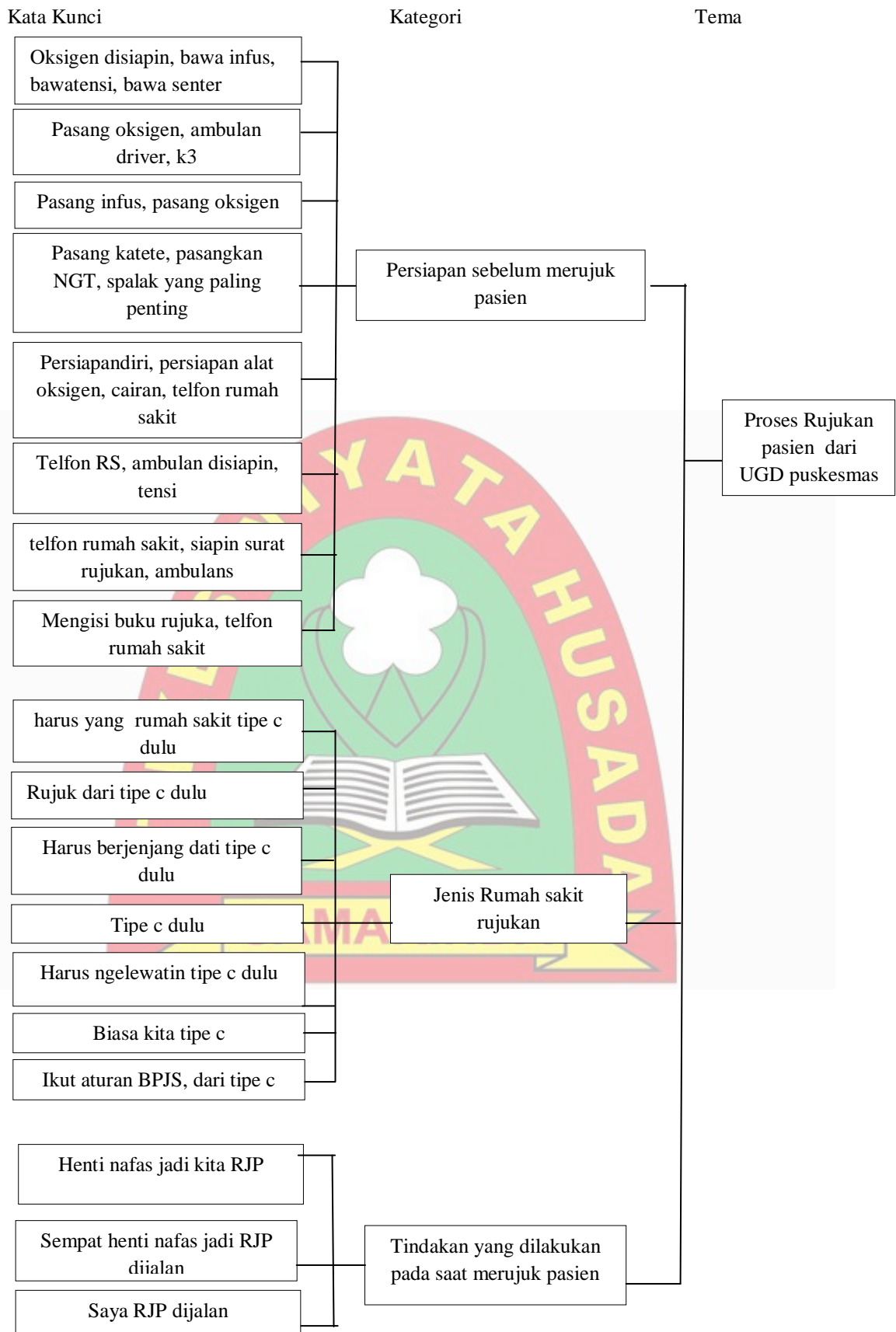
Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil bahwa pasien yang tidak bisa ditangani yaitu dengan label di UGD puskesmas dan akan dilakukan rujukan yaitu dengan kriteria pasien dengan label kuning dan merah. Berikut merupakan jawaban partisipan yaitu:

“nyata masuk label apasih ya merah, kuning.....kuning merah itu ya kita disini seadanya ajasih lebih banyak malas kerjanya disini hehehehe yang label merah sama kuning itu biasanya sudah kita rujuk .. ya nyata kita liat anunya apa namanya... dari airway breathing circulation yaitu kan kalau memang disini misalnya dia sesak tapi oksigen disini gak ada kan mau nda mau kita cepat rujuk, kita disini banyak kurangnya jadi kalau misalnya ada pendarahan baru dia kita perlukan suction segala apa macam kitakan gak ada disini jadi yaa kita rujuk “(P2)

“ya pasien kecelakaan yang sudah parah yang gak sadar gitu misalnya kaya cedera kepala itu langsung kita rujuk biasanya harus cepat soalnya...itu nyata merah ya soalnya sudah gawat itu butuh pertolongan cepat” (P3)

4. Tema: rujukan pasien dari UGD

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 8 partisipan mengenai rujukan pasien dari UGD, peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dengan partisipan :



Skema 4.9 rujukan dari UGD puskesmas

Tema keempat didapatkan dari 3 kategori terdiri dari tindakan sebelum merujuk pasien, rumah sakit rujukan dan tindakan yang dilakukan pada saat merujuk pasien.

a. Kategori 1: persiapan sebelum merujuk

Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil bahwa ada beberapa tindakan yang dilakukan sebelum merujuk pasien seperti menyiapkan buku rujukan dan menelfon rumah sakit yang akan dituju terlebih dahulu kemudian tindakan yang dilakukan sebelum merujuk pasien tergantung pada kondisi yang dialami pasien misalnya seperti pemberian cairan infus, pemasangan NGT, pemberian oksigen serta mempersiapkan alat-alat yang dibutuhkan pasien ketika di ambulans.

Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“telfon dokter ajasih siapin surat rujukan surat-suratnya kek gitu baru pasang infus kek gitu-gitu aja tapi sih kadang yang lama itu telfon rumah sakit yang lama itu aja.. saya sih biasanya persiapannya... persiapan itunya aja diambulans paling oksigennya disiapin terus dicek apanya ya paling cuma bawa cairan infusnya aja sama sama bawa tensi bawa senter jaga-jaga aja gitu ya kadang kalau misalnya pasiennya dirujuk yang kaya DBD ajakan gak terlalu yang anuuuuu betul kan gitu aja sih” (P1)

“persiapan pasien sebelum dirujuk yaaaa melalui SOP ya tergantung ya pasiennya gimana biasanya kaloooooo pasien yangggg terlalu emergency gitu ibaratnya sesuai anjuran dokter aja ya misalnya harus dipasang oksigen kita pasang ya sesuai prosedurlah ibaratnya tergantung dari diagnosanya gimana misalnya sesuai diagnosa nyaini ya kita pasang ini kalau untuk ngerujuk pasien yang penting ada ambulans, driver, ibaratnya k3 harus ada dimobil itu ajasih sebenarnya” (P2)

“tergantung.. tergantung.. sampe kalau pun perlu, apa namanya.. kateter ya kita pasangkan kateter.. kalau mau perlu misalnya NGT ya kita pasangkan NGT tapi jarang sih kita pasang NGT tapi kalau memang perlu, kita pasang NGT juga.. tergantung instruksi dokter.. gitu sih.. spalak sih yang paling sering..” (P4)

b. Kategori 2: Rumah sakit rujukan

Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil pada saat merujuk pasien rumah sakit yang akan di tuju merupakan rumah sakit tipe c terlebih dahulu sesuai aturan. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

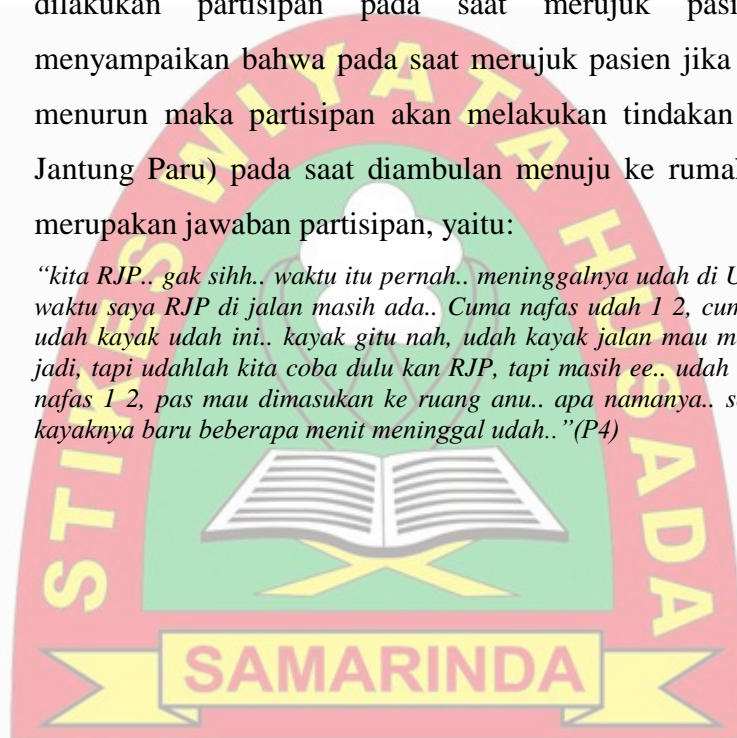
“untuk rujukan kita harus mengikuti dari aturan BPJS jadi rujukannya itu harus berjenjang yaa....dari tipe B dulu atau tipe C dulu baru ke tipe A maksudnya kaya rumah sakit SMC, Dirgahayu, Rumah sakit... tentara baru bisa ke rumah sakit AWS tapi sering juga langsung ke AWS kalau memang sistemnya disinikan nelfon dulu ada ruangan atau enda kalau memang semua tipe rumah sakit yang C atau B penuh baru kita bawa ke AWS tapi nelfon AWS dulu pastikan ada ruangan ada apa nda laporr pesan ruangan dulu” (P3)

“tergantung biasanya kita rujukitu dari tipeeeeeeee c dulu kalau dari tipe c terima kita rujuk kesitu, tapi kalau pasiennya bener-bener butuh perawatan resusitasi kan kita ke AWS langsung kaloo ke tipe c itu kebanyakan banyak ditolaknya karena mereka tergantung kalau umum cepat kalau BPJS pasti banyak ditolaknya”(P2)

c. Kategori 3: Tindakan yang dilakukan pada saat merujuk pasien

Hasil wawancara pada 8 partisipan didapatkan hasil tindakan yang dilakukan partisipan pada saat merujuk pasien. Partisipan menyampaikan bahwa pada saat merujuk pasien jika keadaan pasien menurun maka partisipan akan melakukan tindakan RJP(Resusitasi Jantung Paru) pada saat diambulan menuju ke rumah sakit. Berikut merupakan jawaban partisipan, yaitu:

“kita RJP.. gak sihh.. waktu itu pernah.. meninggalnya udah di UGD tapi kayaknya waktu saya RJP di jalan masih ada.. Cuma nafas udah 1 2, cuma saya tau ini nih udah kayak udah ini.. kayak gitu nah, udah kayak jalan mau mouse nih gitu kan.. jadi, tapi udahlah kita coba dulu kan RJP, tapi masih ee.. udah nyampe masih ada nafas 1 2, pas mau dimasukan ke ruang anu.. apa namanya.. sekalinnya.. mungkin kayaknya baru beberapa menit meninggal udah..”(P4)



F. Pembahasan

1. Sumber daya manusia dan fasilitas di Unit Gawat Darurat puskesmas

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas yang bersedia menjadi informan didapatkan hasil bahwa partisipan yang bekerja di unit gawat darurat sebanyak 6 partisipan tidak pernah mengikuti pelatihan terkait dengan pelatihan kegawatdaruratan, pelatihan terakhir yang diikuti oleh partisipan yaitu BTCLS diikuti pada saat partisipan lulus di perkuliahan dan sebagian partisipan mengatakan bahwa sertifikat pelatihan yang diikuti pada saat kuliah sudah mati sedangkan 2 partisipan lainnya mengatakan pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan terkait dengan pelatihan seperti HIPERKES, Perawatan luka modern dan K3.

Sebagian partisipan tidak mengikuti pelatihan dikarenakan jadwal dinas yang ada di unit gawat darurat puskesmas, jarak yang jauh dari perkotaan serta waktu yang sangat berharga untuk keluarga menjadi kendala untuk mengikuti pelatihan kegawatdaruratan dan puskesmas tidak pernah mengadakan pelatihan terkait kegawatdaruratan untuk tenaga kerja yang bekerja di unit gawat darurat, dimana pelatihan kegawatdaruratan seperti PPGD dan BTCLS, HIPERKES sangat penting bagi perawat yang bekerja di unit gawat darurat agar perawat dapat melakukan *triage* dengan cepat dan akurat maka diperlukan perawat yang berpengalaman serta kompeten dalam melakukan *trige* kepada pasien yang datang ke unit gawat darurat puskesmas (Hosnania J, 2014).

Lama kerja partisipan beragam mulai dari satu sampai dua tahun dan lima sampai tujuh tahun, dari semua pernyataan partisipan pada saat wawancara mengatakan bahwa alat yang ada di ruang unit gawat darurat cukup terbatas dan ada beberapa alat yang tidak ada di unit gawat darurat sehingga partisipan menyampaikan bahwa penatalaksanaan atau penanganan yang dilakukan pada pasien yang

datang ke unit gawat darurat dilakukan seadanyasaja, partisipan mengatakan ada beberapa alat yang tidak ada di unit gawat darurat seperti saturasi oksigen, oksigen, EKG dan alat sterilisasi. partisipan menyampaikan bahwa alat yang diminta ke dinas kesehatan setempat kurang memperhatikan alat-alat yang ada di unit gawat darurat puskesmas dan keterbatasan dana menjadi hambatan dalam pengadaan alat yang ada di unit gawat darurat puskesmas. Partisipan sangat berharap pengadaan alat yang ada di unit gawat darurat dapat meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas sehingga pasien yang datang akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik terutama untuk pasien gawat darurat (Hosnaniah J, 2014).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Elliott et al, (2007) dalam Hosnania J, (2014) menyatakan *triage* merupakan salah satu ketrampilan keperawatan yang harus dimiliki oleh perawat unit gawat darurat dan hal ini membedakan antara perawat unit gawat darurat dengan perawat unit khusus lainnya. *Triage* harus dilakukan dengan cepat dan akurat maka diperlukan perawat yang berpengalaman dan kompeten dalam melakukan *triage*, sesuai standar departemen kesehatan perawat yang melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan PPGD (Penanggulangan Pasien Gawat Darurat) atau BTCLS (*Basic Trauma Cardiac life support*), pasien safety, PPI (Pencegah dan Pengendalian Infeksi), K3 (kesehatan dan keselamatan kerja) selain itu perawat *triage* sebaiknya mempunyai pengalaman dan pengetahuan yang memadai karena harus trampil dalam pengkajian serta harus mampu mengatasi situasi yang ada di UGD, pegawai yang bekerja di UGD harus mendapatkan pelatihan selama 20 jam setiap tahunnya.

Unit gawat darurat perawat bertanggung jawab dalam menentukan prioritas perawatan pada pasien. Skill perawat, ketersediaan peralatan dan sumber daya dapat menentukan setting prioritas (Thomson dan Dains, 1992 dalam Hosnaniah J, 2014).

2. Pelaksanaan *triage* di unit gawat darurat puskesmas

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas yang bersedia menjadi informan didapatkan jawaban dari partisipan beragam dari hasil wawancara partisipan dalam pelaksanaan *triage* di unit gawat darurat puskesmas. Dalam pelaksanaan *triage* partisipan menentukan *triage* berdasarkan dengan menggunakan label warna seperti label merah, kuning, hijau, biru, hitam yang ada di unit gawat darurat puskesmas, partisipan mengatakan bahwa partisipan pernah melakukan *triage* secara tidak langsung, belum sesuai prosedur yang ada dan belum sesuai aturan dimana pengalaman partisipan dalam melakukan *triage* masih kurang baik.

Partisipan menyampaikan bahwa partisipan menentukan *triage* berdasarkan kondisi atau keadaan umum pasien seberapa darurnya keadaan pasien dengan melakukan pemeriksaan seperti melakukan pengkajian *head to toe*, mengukur tanda-tanda vital, dan ada beberapa partisipan yang menyampaikan bahwa menentukan *triage* pasien yaitu dengan melihat ABCD (*Airway, Breathing, Circulation, Disability*). Penatalaksanaan *triage* di unit gawat darurat dilakukan oleh perawat dan bidan yang sering melakukan *triage* di unit gawat darurat dikarenakan dokter hanya ada pada pagi sampai siang hari saja partisipan menyampaikan jika dokter hanya via *on call* setelah menentukan kategori pasien partisipan akan langsung memberi tahu atau menghubungi dokter untuk berkonsultasi tindakan apa yang sesuai dilakukan untuk pasien, partisipan menyatakan bahwa tindakan yang biasanya partisipan lakukan setelah menentukan *triage* yaitu berkonsultasi dengan dokter dan memberitahu kondisi yang di alami oleh pasien untuk mengetahui tindakan selanjutnya yang akan diberikan untuk pasien (Musliha, 2010 dalam Gustia, 2018).

Triage berasal dari bahasa Prancis *trier* bahasa Inggris *triage* dan diturunkan dalam bahasa Indonesia *triase* yang berarti sortir yaitu proses khusus memilih pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Sistem *triagem* mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950 seiring jumlah ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan 1) ancaman jiwa yang dapat mematikan. 2) dapat mati dalam hitungan jam. 3) trauma ringan. 4) sudah meninggal. *Triage* adalah proses khusus memilih pasien berdasarkan cedera atau penyakit untuk menentukan prioritas perawatan gawat darurat. Artinya memilih berdasarkan prioritas atau ancaman hidup tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE (Musliha, 2010 dalam Gustia 2018).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Musliha, (2010) dalam Gustia, (2018) Prinsip penanganan awal meliputi survey primer dan sekunder dalam penatalaksanaan primer yang diprioritaskan pada ABCD (*Airway, Breathing, Circulation, Disability*) yang kemudian dilanjutkan dengan resusitasi. *Triage* merupakan cara pemilihan penderita mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat *triage* menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien mungkin memiliki kesulitan bernafas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama (Musliha, 2010 dalam Gustia, 2018).

Perawat merupakan seseorang yang telah dipersiapkan untuk merawat dan menyembuhkan orang yang sakit meliputi dengan usaha rehabilitasi, pencegahan penyakit yang dilaksanakan sendiri dibawah pengawasan dokter atau kepala ruangan. Diruang unit gawat darurat

perawat adalah sumber daya manusia yang harus mampu memberikan pelayanan atau tindakan keperawatan yang profesional sehingga tingkat kepercayaan pasien dan keluarga terus meningkat terhadap perawat (Musliha, 2010 dalam Gustia, 2018). Pelayanan gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap pasien gawat darurat dilayani oleh perawat unit gawat darurat lebih dari 15 menit pada kasus kegawatdaruratan perawat yang bertugas diruangan gawat darurat harus dapat mengatur alur masuk pasien dengan baik dan cepat terutama dengan jumlah ruangan yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama yaitu untuk menekan jumlah morbiditas, mortalitas serta pelebaban dan pengkategorian (Musliha, 2010 dalam Gustia, 2018).

3. Karakteristik pasien UGD puskesmas

Hasil penelitian ini dilakukan peneliti pada partisipan yang bekerja di Unit Gawat Darurat puskesmas yang bersedia menjadi informan yang didapat bahwa karakteristik pasien unit gawat darurat puskesmas memiliki beberapa kategori yaitu pasien yang sering datang, pasien yang masih bisa ditolong di Unit Gawat Darurat puskesmas, pasien yang tidak bisa ditangani di puskesmas yang akan dilakukan rujukan. Partisipan menyampaikan bahwa pasien yang sering datang di Unit Gawat Darurat puskesmas yaitu pasien dengan kriteria seperti common cold, diare, kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, asma, hipertensi, stroke, mual muntah dan keracunan (Muttaqin, 2012).

Partisipan menyampaikan bahwa pasien yang bisa ditolong di Unit Gawat Darurat puskesmas yaitu label hijau dengan kriteria pasien seperti batu pilek, demam, dehidrasi, mual, muntah, suspek typhoid, diare, hipertensi partisipan menyampaikan bahwa pasien yang masih bisa ditangani yaitu dengan label hijau. Partisipan menyampaikan pasien yang tidak bisa ditangani di puskesmas yaitu pasien dengan label merah pasien ini memiliki kriteria seperti demam berdarah, cedera kepala, penurunan kesadaran, tuberkulosis, perdarahan pada otak partisipan menyampaikan bahwa pasien dengan label merah

biasanya akan di rujuk ke rumah sakit agar mendapatkan perawatan yang lebih lanjut (Muttaqin, 2012).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Muttaqin, (2012) dalam Hosnaniah, (2012) bahwa pasien label merah adalah pasien dengan keadaan gawat darurat atau pasien cedera berat atau mengancam jiwa dan memerlukan transport segera seperti gagal nafas, cedera torako-abdominal, cedera kepala atau maksilo-fasial berat, shok atau perdarahan berat, luka bakar berat dan lainlain sedangkan pada pasien dengan label kuning adalah pasien misalnya dengan penyakit infeksi luka ringan, usus buntu, patah tulang, luka bakar ringan. Cedera abdomen tanpa shok, cedera dada tanpa gangguan respirasi, cedera kepala atau tulang belakang leher tanpa gangguan kesadaran serta luka bakar ringan (Muttaqin, 2012 dalam Hosnaniah, 2012).

Pasien yang mendapat label hijau adalah pasien dengan kondisi kesehatan yang masih dapat ditunda pelayanan, misalkan benturan memar di permukaan kulit, luka lecet, tertusuk duri, dan demam ringan, radang lambung, tidak perlu penanganan cepat. Pasien dengan tanda *triage* hitam adalah pasien yang tidak memungkinkan memiliki harapan hidup kendati dilakukan tindakan medis misalnya pasien dengan kondisi kerusakan berat dari seluruh organ penting tubuh, misalnya akibat kecelakaan, bencana alam dan luka bakar. Seorang petugas kesehatan di ruang unit gawat darurat harus peka menggunakan kemampuan mata, telinga, indra peraba lebih peka, tanggap situasi, cepat dan tepat dalam menilai perubahan mendadak pasien yang berada di UGD, sewaktu-waktu kondisi status *triage* bisa berubah (Muttaqin, 2012 dalam Hosnaniah, 2012) .

Jumlah dan kasus pasien yang datang ke unit gawat darurat tidak dapat diprediksi karena kejadian kegawatdaruratan atau bencana dapat terjadi kapan saja, dimana saja serta menimpa siapa saja karena kondisinya yang tidak terjadwal dan bersifat mendadak serta tuntutan pelayanan yang cepat dan tepat maka diperlukan *triage* sebagai

langkah awal penanganan pasien di unit gawat darurat dalam kondisi sehari-hari (Depkes RI, 2005).

Perawat melakukan pengkategorian agar dapat memilah pasien berdasarkan prioritas kegawatdaruratan dengan melakukan pemeriksaan seperti melihat ABCD, setelah menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien perawat akan mengkonsultasikan seberapa parah kondisi yang dialami oleh pasien, apakah pasien akan dilakukan tindakan di unit gawat darurat, di rawat inap, rawat jalan atau akan dilakukan rujukan untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik di rumah sakit (Muttaqin, 2012 dalam Hosnaniah J, 2014).

4. Rujukan pasien dari UGD puskesmas

Saat menentukan kategori *triage* pada pasien di unit gawat darurat puskesmas jika pasien tidak bisa ditangani di unit gawat darurat puskesmas maka pasien akan dilakukan rujukan agar mendapatkan penanganan lebih lanjut untuk menolong nyawa pasien sebelum melakukan rujukan partisipan menyampaikan bahwa ada beberapa tindakan yang dilakukan dan dipersiapkan oleh partisipan sebelum merujuk pasien seperti memasang infus, memasang oksigen, memasang kateter, memasang NGT serta mempersiapkan alat-alat yang akan di bawa seperti oksigen, cairan infus, spalak. Ada beberapa persiapan yang dilakukan partisipan seperti mengisi buku rujukan, menelfon rumah sakit yang akan dituju untuk dilakukan rujukan setelah itu barulah partisipan akan melakukan rujukan, partisipan menyampaikan jika pendamping pasien pada saat merujuk biasanya didampingi oleh perawat jika pasien yang dirujuk kondisinya tidak stabil maka yang mendampingi pasien harus dua orang perawat agar jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan partisipan sudah siap siaga untuk melakukan tindakan RJP (resusitasi jantung paru) (Chabibah & Chalidyanto, 2014).

Rujukan akan dilakukan mengikuti sistem BPJS yaitu biasanya partisipan merujuk pasien dimulai dengan rumah sakit tipe C terlebih dahulu seperti yang disampaikan oleh partisipan tetapi tergantung dari kondisi pasiennya partisipan mengatakan bahwa biasanya jika pasien yang di rujuk adalah pasien gawat darurat dan mengancam nyawa maka partisipan akan langsung merujuk ke rumah sakit tipe A. Partisipan menyampaikan memiliki pengalaman pada saat merujuk pasien pada saat berada di ambulans jika partisipan memiliki pengalaman melakukan RJP (resusitasi jantung paru) pada saat di ambulans dikarenakan kondisi pasien yang menurun, partisipan juga memiliki pengalaman pernah merujuk pasien tetapi nyawa pasien tidak bisa tertolong (Chabibah & Chalidyanto, 2014).

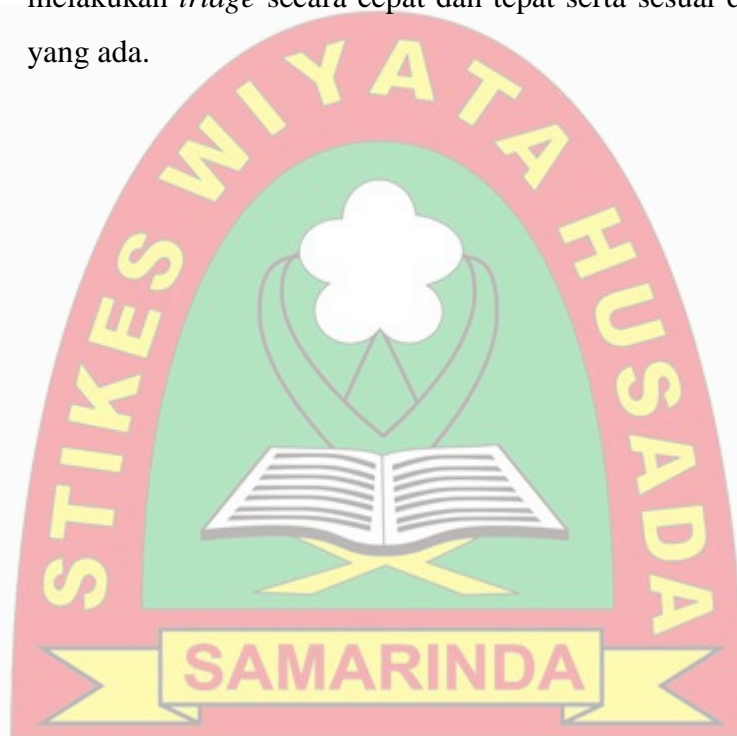
Puskesmas bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Puskesmas dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan upaya gawat darurat, poli umum, poli gigi dan mulut, poli KIA atau KB (Chabibah & Chalidyanto, 2014).

Rujukan menurut Kepmenkes Nomor 128 Tahun 2004 yaitu pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya maupun secara horizontal dalam arti antara strata sarana pelayanan kesehatan yang sama.

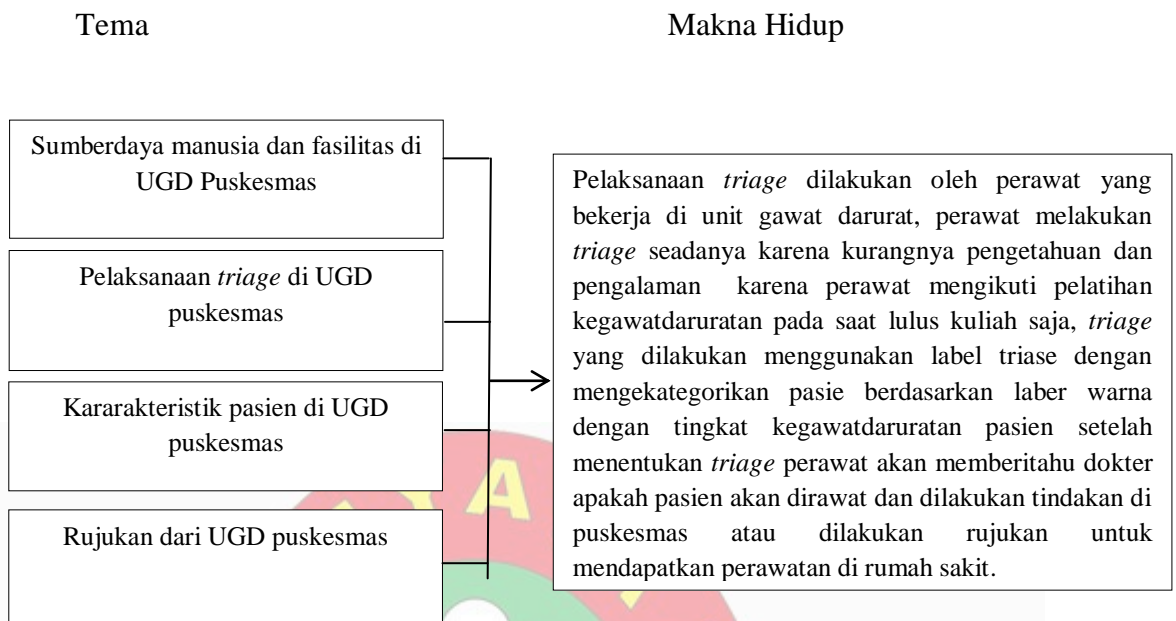
Hasil temuan pada penelitian ini jika dilihat dari Permenkes RI (Depkes, 2012) sudah sesuai tetapi belum sempurna dilaksanakan. Adapun prosedur yang dilaksanakan yaitu diawali dengan mendiagnosa pasien, melakukan *informed consent*, berkomunikasi dengan tempat rujukan, membuat surat rujukan, menyiapkan transportasi, merujuk pasien dengan mendampinginya dan menyerahkan tanggung jawab ke pihak rumah sakit.

Tenaga yang mendampingi adalah perawat atau bidan, bergantung masalah kesehatan yang diderita. Pasien dengan keluhan penyakit yang umum maka biasanya perawat yang mendampingi tetapi, jika pasien dengan masalah kebidanan atau melahirkan maka bidanlah yang akan mendampingi selama proses rujukan. Adanya pendampingan oleh tenaga kesehatan memiliki manfaat dalam mengurangi tingkat morbiditas. pendampingan personil medis, dalam hal ini perawat dan dokter dalam merujuk pasien gawat darurat, sebagian besar sudah terdampingi, namun hal yang masih menjadi kendala adalah belum teridentifikasi kemampuan gawat darurat yang dimiliki oleh personil pendamping, hal yang juga masih menjadi kendala teknis personil pendamping, saat merujuk pasien gawat darurat adalah, posisi duduk personil pendamping, yang tidak duduk di kursi belakang atau didamping pasien serta kendala yang lain adalah, kondisi klinis pasien sebelum dirujuk dan saat tiba di tempat rujukan yang kadang kondisi pasien, justru tidak stabil, dan juga kurangnya pendampingan yang berkemampuan PPGD ataupun ATLS atau ACLS, hal ini dapat mempengaruhi kondisi pasien dalam perjalanan rujukan, jika mengikuti standar pendampingan ambulans gawat darurat, petugas yang harus mendampingi adalah 1 supir ambulans berkemampuan PPGD, 1 perawat berkemampuan PPGD dan 1 dokter berkemampuan PPGD, penelitian menemukan bahwa tidak semua pasien rujukan gawat darurat yang datang dengan pendampingan petugas standar. Hal ini perlu mendapat perhatian dari setiap fasilitas kesehatan perujuk untuk memperhatikan prosedur rujukan pasien gawat darurat dan juga ketentuan-ketentuan dalam merujuk pasien gawat darurat untuk mengurangi resiko kecatatan sampai kematian (Indarwati 2014 dalam Chabibah & Chalidyanto, 2014).

Disimpulkan bahwa penatalaksanaan *triage* yang dilakukan oleh perawat yang bekerja di unit gawat darurat puskesmas makroman belum sesuai dengan prosedur dengan yang disampaikan oleh partisipan bahwa partisipan melakukan *triage* seadanya serta belum berpengalaman melakukan *triage*, partisipan menyampaikan alat-alat yang tidak lengkap serta pengetahuan yang dimiliki partisipan menjadi kendala partisipan untuk melakukan *triage* sesuai dengan prosedur. Perawat yang bekerja di UGD perlu dilatih kembali dengan diadakan pelatihan terkait kegawatdaruratan agar dapat lebih baik lagi dalam melakukan *triage* secara cepat dan tepat serta sesuai dengan prosedur yang ada.



5. Makna hidup dari pengalaman partisipan



Makna hidup dari perawat yang bekerja di Unit Gawat Darurat memiliki 4 tema terdiri dari, tema 1) sumber daya manusia dan fasilitas di unit gawat darurat yang masih terbatas, kurang lengkapnya alat-alat yang ada di Unit Gawat Darurat puskesmas makroman, tidak pernah diadakannya pelatihan kegawatdaruratan untuk tenaga kesehatan yang bekerja di Unit Gawat Darurat. Tema 2) penatalaksanaan *triage* yang dilakukan oleh perawat dan bidan secara tidak langsung, seadanya dan tidak berpengalaman seperti yang disampaikan oleh partisipan bahwa hanya melakukan *triage* seadanya dan tidak sesuai prosedur dan setelah melakukan *triage* akan memberitahu dokter tentang kondisi pasien dengan sistem on call karena dokter tidak selalu *triage* di UGD apakah akan diberikan penanganan di puskesmas atau akan dilakukan rujukan untuk mendapatkan penanganan di rumah sakit, tema 3) karakteristik pasien berdasarkan label *triage* yang ada di puskesmas seperti yang disampaikan oleh partisipan pasien yang bisa tertangani di puskesmas adalah pasien dengan label hijau dan pasien yang harus dirujuk untuk

mendapatkan pertolongan segera di rumah sakit adalah label merah dan kuning sedangkan pasien dengan rawat jalan dengan label biru, tema 4) yaitu tindakan yang dilakukan perawat pada saat merujuk pasien ada beberapa tindakan yang dilakukan sebelum pasien di rujuk yaitu dengan persiapan diri perawat, persiapan alat, persiapan surat rujukan dan menelfon rumah sakit, persiapan ambulan dan *driver* partisipan juga memiliki pengalaman pada saat merujuk pasien seperti melakukan resusitasi jantung paru pada saat di ambulan kondisi pasien mengalami henti jantung serta tidak mampu bernafas secara normal.

G. Kesulitan dan kelemahan penelitian

1. Kesulitan penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti kesulitan dalam hal waktu. Peneliti harus menyesuaikan dengan waktu kerja informan karena informan harus menyesuaikan dengan jam kerja yang ada di UGD puskesmas

2. Kelemahan penelitian:

Beberapa kelemahan yang tidak dapat dihindari dalam penelitian ini antara lain:

- a. Peneliti kurang dapat mengembangkan topik wawancara
- b. Peneliti kurang mampu menggali lebih dalam lagi mengenai pengalaman perawat dalam melakukan *triage*

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Pengalaman perawat dalam melakukan *triage* terdiri dari empat tema, Tema (1) Sumber daya manusia dan fasilitas di Unit Gawat Darurat dimana tema tersebut terdiri dari kategori yaitu lama kerja perawat, pelatihan sewaktu kuliah dan fasilitas di Unit Gawat Darurat, tema (2) pelaksanaan *triage* di Unit Gawat Darurat dengan pernyataan partisipan yang beragam yaitu pernah melakukan *triage* seadanya dan tidak sesuai aturan serta secara tidak langsung melakukan *triage* Partisipan juga melakukan *triage* dengan melakukan pemeriksaan seperti melihat kondisi umum pasien, melihat ABC, melakukan pengukuran tanda-tanda vital dan melihat skor GCS pasien dan melakukan pengkategorian berdasarkan label warna, tema (3) karakteristik pasien yang sering datang di puskesmas dengan kriteria atau keluhan seperti batuk pilek, demam, mual muntah, diare, kecelakaan lalu lintas, hipertensi, stroke dan keracunan.

Pasien yang masih bisa di tangani di puskesmas dengan kriteria pasien label hijau dengan keluhan batuk pilek, mual muntah, dehidrasi sedang, suspek typhoid, diare, hipertensi dan pasien yang tidak bisa ditangani dengan kriteria label merah seperti kecelakaan lalu lintas yang mengalami penurunan kesadaran, fraktur, perdarahan pada otak dan akan segera dilakukan rujukan. Tema (4) Rujukan pasien dari Unit Gawat Darurat UGD yaitu sebelum melakukan rujukan ada beberapa tindakan dan persiapan seperti persiapan diri, persiapan alat, persiapan atau tindakan pada pasien, persiapan ambulan dan persiapan rujukan, pada saat merujuk pasien ke rumah sakit adabeberapa pengalaman yang dialami partisipan seperti melakukan resusitasi jantung paru pada saat diambulan dan pasien meninggal pada saat dilakukan rujukan.

B. Saran

1. Bagi puskesmas

Diharapkan pihak puskesmas lebih memperhatikan pegawai atau perawat yang bekerja di UGD untuk mendapatkan pelatihan tentang kegawatdaruratan

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

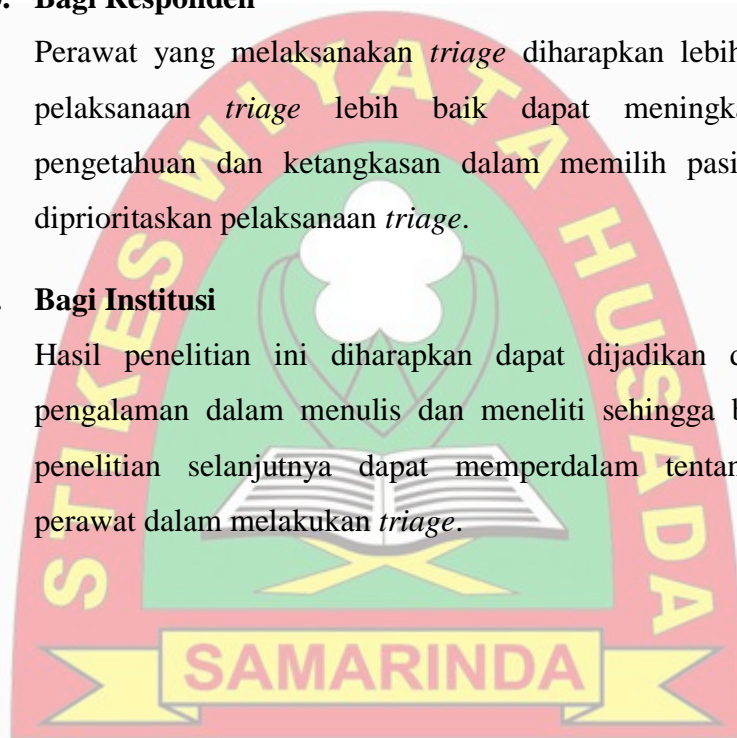
Untuk peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian kearah yang lebih luas mungkin tentang kegawatdaruratan pemahaman *triage* di instansi Rumah Sakit.

3. Bagi Responden

Perawat yang melaksanakan *triage* diharapkan lebih meningkatkan pelaksanaan *triage* lebih baik dapat meningkatkan kembali pengetahuan dan ketangkasan dalam memilih pasien yang harus diprioritaskan pelaksanaan *triage*.

4. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dapat dijadikan pengalaman dalam menulis dan meneliti sehingga bisa melakukan penelitian selanjutnya dapat memperdalam tentang pengalaman perawat dalam melakukan *triage*.



DAFTAR PUSTAKA

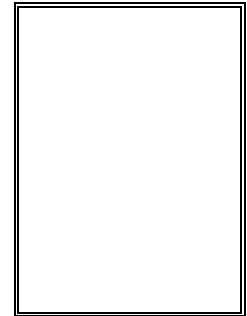
- Afiyanti, Y. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Alliegood, Raile, Martha (2014). *Pakar Teori Keperawatan. & Karya Merek. Elvesier: Singapore Pte Ltd.*
- Asmadi, (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Chabibah, N dan Chalidyanto, D. (2014). *Analisis Rasio Rujukan Puskesmas Berdasarkan Kemampuan Pelayanan Puskesmas*. Vol. 3 No. 2 journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jaki0a897b56aefull.pdf
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Febrina, W., Sholehah, I. O., Programe, N., Kock, F. De, & Science, H. (2018). *Experience Of Nurse Assosiate To Implement Triage In*, 3(1), 138–145. <http://doi.org/10.22216/jen.v3il.2579>.
- Gustia, M., Manurung, M. (2018). *Hubungan Ketepatan Penilaian Triase dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala di RSUD HKBP Balige Kabupaten Toba Simosir*. *Jurnal JUMANTIK* Vol. 3 No.2. jurnal.uinsu.ac.id/index.php/kesmas/article/download/1985/1577
- Hasyim, Prasetyo dan Ghofar (2014) . *Buku Pedoman Keperawatan*. Yogyakarta: Indoliterasi.
- Hosnaniah J, (2014). *Pelaksanaan Triage Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Reksa Waluya Kota Mojokerto*. Skripsi, p.1-6. Universitas Gadjah Mada. <http://jim.unsyiah.ac.id/FKep/article/download/6229/295>
- Kemenkes RI, 2012. *Pedoman Sistem Rujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kusumaningrum, Bintari Ratih, Indah Winarni, Setyoadi, Kumboyono & Retty Ratnawati. (2013). *Pengalaman Perawat Unit Gawat Darurat Puskesmas*. *Jurnal Ilmu Keperawatan* 1 (2): 83–90. <http://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/17>.

- Laoh, JM, & Rako. (2014). *Gambaran Pengetahuan Perawat Pelaksana Dalam Penanganan Pasien Gawat Darurat di Ruang IGDM BLU RSUP*. *juiperdo-Jurnal Perawat* 3 (September): 43–51. <http://ejournal.poltekkesmanado.ac.id/index.php/juiperdo/article/view/238>.
- Mardalena, Ida (2016). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Martanti, R., Nofiyanto, M., Prasojo, Jendral, S & Yani, A. (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Keterampilan Petugas dalam Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat Darurat RSUD Wates*, 4(2), 69–76. <http://ejournal.unjaya.ac.id/index.php/mik/article/view/68>.
- Musliha, (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sutadji, Rantnawati & Setyoadi (2013). *Mutu Pelayanan Kesehatan pada Unit Gawat Darurat Pusat Kesehatan Masyarakat Dtp Rajagaluh Kecamatan Majalengka*. *Jurnal Ilmu Administrasi cendekia*, 6(1), 44–73. <http://jurnal.unma.ac.id/index.php/JC/article/view/116/0>.
- Yuswantoro “*Pengalaman Perawat Sebagai Koordinator Pelaksana Unit Gawat Darurat Puskesmas Di Kabupaten Trenggalek*,” no. 2: 97–119. <https://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/download/39/58>.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I (2004). Nomor 128 Tahun 2004 *Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. (2013). Nomor 71 Tahun 2013 *Tentang Pelayanan kesehatan pada JKN*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. (2014). Nomor 75 Tahun 2014 *Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. (2018). Nomor 47 Tahun 2018 *Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*. Jakarta.
- Saryono.(2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Jogjakarta: Nuha Medika
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2015). *Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabrta.
- Tuwo, Petricia, *et al.* (2019). *Hubungan Ketepatan Triase dengan Response Time Perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe C*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/22878>



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIYATA HUSADA SAMARINDA

BIODATA PENELITI



A. Biodata Pribadi

1. Nama : Eka Hardiyanti Safitri
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Kelian Dalam, 08-12-1997
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jl. Pasir Mas RT.03 Kelian Dalam
6. Email : Hardiyanti161@gmail.com
7. No. Hp : 085246495561
8. Program Studi : S1 Keperawatan
9. NIM : 15.0169.504.01
10. Judul Skripsi : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Triage di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Kiki Hardiansyah S, M.Kep., Sp.Kep.MB
2. Ns. Suwanto, S.Kep., M.Kes Adm

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 011 Kelian Dalam
2. SMP : SMPN 1 Barong Tongkok
3. SMA : SMA Nabil Husein Samarinda

Samarinda, 1 Agustus 2019
Peneliti

Eka Hardiyanti Safitri
15.0159.494.01

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth,

Calon Responden

Di -

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Peneliti : Eka Hardiyanti Safitri

NIM : 15.0169.504.01

Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawat dalam Melakukan *Triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi “Pengalaman Perawat dalam Melakukan *Triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda”. Dalam penelitian ini akan dilakukan wawancara pada perawat yang bekerja di UGD (Unit Gawat Darurat) di Puskesmas makroman, wawancara dilakuka 1-2 kali pertemuan, tempat dan waktu disesuaikan dengan kesepakatan informan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang membahayakan bagi para partisipan yang bersedia menjadi responden. Keuntungan bagi partisipan dalam penelitian ini adalah dapat berbagi informasi terkait pengalamannya, partisipan merasa lega dan nyaman karena telah meyampaikan pengalaman yang pernah dirasakannya.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama-nama dibawah ini :

1. Eka Hardiyanti Safitri No Hp : 085246495561
2. Ns. Kiki Hardiansyah S. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. MB. No Hp : 085263526252
3. Ns. Suwanto, S.Kep.,M.Kes.Adm No Hp : 085392233232

Samarinda, 2019

Peneliti

Eka hardiyanti safitri

**INFORM CONCESTN BERPARTISIPASI SEBAGAI
RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

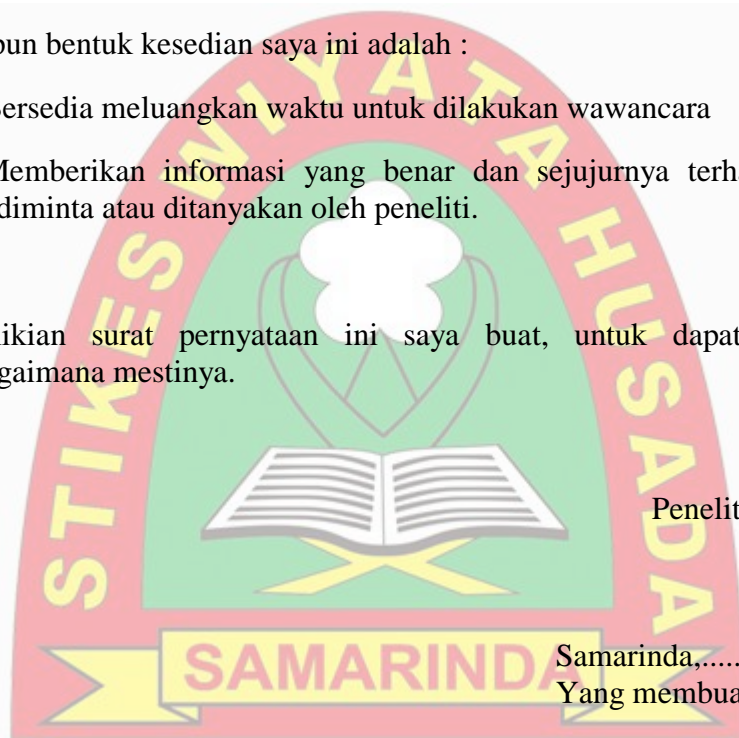
No Hp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian.

Adapun bentuk kesedian saya ini adalah :

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Peneliti

Samarinda,.....2019
Yang membuat pernyataan

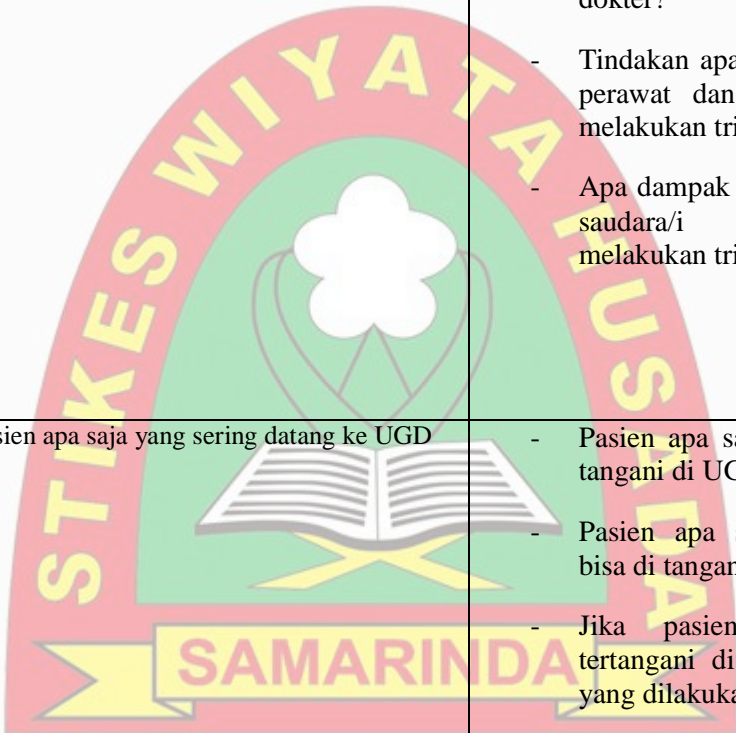
Eka Hardiyanti Safitri

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK SUBYEK PENELITIAN

Pengalaman Perawat dalam Melakukan *Triage* di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Nama Partisipan :
Hari/Tgl/Jam :
Tempat :
Wawancara Ke- :
Pertanyaan :

NO	PEDOMAN WAWANCARA	
1	Sudah berapa lama kerja di UGD	<ul style="list-style-type: none">- Dimana sebelumnya partisipan bekerja sebelum di UGD puskesmas ini?- Bagaimana sumber daya yang ada di puskesmas?
2	Apakah saudara/i sebelumnya pernah mengikuti pelatihan triase?	<ul style="list-style-type: none">- Kapan terakhir mengikuti pelatihan kegawatdaruratan?- Bagaimana dampak pelatihan terhadap pengembangan triase di puskesmas
3	Bagaimana pengalaman saudara/i dalam melakukan triase di Unit Gawat Darurat Makroman?	<ul style="list-style-type: none">- Apakah saudara/i pernah melakukan triase?- Mengapa saudara/i perlu melakukan triase?- Bagaimana cara saudara/i melakukan triase?- Bagaimana cara saudara/i menentukan kategori triase pada pasien?- Pasien apa saja yang saudara/i temui di puskesmas ini?- Pada saat pasien datang apa yang saudara/i lakukan pertama kali?

		<ul style="list-style-type: none"> - Apakah saudara/i sendiri yang melakukan triase? - Bagaimana cara saudara/i melakukan triase? - Setelah melakukan triase apa yang saudara/i lakukan? - Apakah dokter ikut serta dalam melakukan triase pada pasien? - Apakah ada jadwal on call dokter? - Tindakan apa yang dilakukan perawat dan dokter setelah melakukan triase? - Apa dampak yang terjadi bila saudara/i salah dalam melakukan triase?
4	<p>Pasien apa saja yang sering datang ke UGD</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien apa saja yang bisa di tangani di UGD puskesmas? - Pasien apa saja yang tidak bisa di tangani di puskesmas? - Jika pasien tidak dapat tertangani di puskesmas apa yang dilakukan? - Persiapan apa yang dilakukan sebelum pasien dirujuk? - Tindakan apa saja yang dilakukan pada saat merujuk? - Apa harapan saudara/i terhadap proses triase di UGD puskesmas makroman ini? - Apa yang saudara/i harapkan untuk proses triase di UGD kedepannya?

DOKUMENTASI





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
PERINGKAT B



Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : *779* /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

23 April 2019

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Makroman
di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di instansi yang bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Eka Hardiyanti Safitri
NIM : 15.0169.504.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Triage di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Ns. Sumiati Sinaga., M.Kep
NIK 113072.82.09.006



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
PERINGKAT B



Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 779 /STIKES-WHS/LT/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

23 April 2019

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Makroman
di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di instansi yang bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Eka Hardiyanti Safitri
NIM : 15.0169.504.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Triage di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.



Wakil Ketua I,
Nb. Sumiati Sinaga., M.Kep
NIK 113072.82.09.006



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS MAKROMAN

Alamat : Jl. Sekolahan Rt. 01 Samarinda 75115
Telp (0541) 6242885 Email : puskesmasmakroman01@gmail.com

Samarinda, 19 Juli 2019


Kepada
Nomor : 440/ /100.02.022 Yth. Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
Lampiran : - Di -
Perihal : Penelitian Mahasiswa Samarinda

Berdasarkan surat dengan nomor 780/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 30 April 2019 tentang permohonan ijin penelitian di UPT. Puskesmas Makroman Kota Samarinda, maka bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Eka Hardiyanti Safitri
NIM : 15.0169.504.01
Semester : VIII (Delapan)
Program studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Triage di Unit Gawat Darurat Puskesmas Makroman Samarinda

Telah melaksanakan penelitian di UPT Puskesmas Makroman Kota Samarinda pada tanggal 14 Mei s/d 28 Mei 2019.

Demikian surat ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kassubag Tata Usaha,

Akhmad Tutikno, A.Md.Kep
Penata Tk. IIIId
NIP. 19650826.198511.1.001

Analisa tematik

Partisipan	Verbatim	Koding	Kategori	Sub Tema	Tema
P1	<p>enggak, enggak ada..sudah pernah sih waktu itu kaya BTCLS gitu ajasih tapi udah mati sih gak ada belum ikutan lagi</p> <p>waktu lulus kayanya tahun 2007, lulus 2007 2008 kalo gak salah ikut 4 tahun setelah itu 8, 9, 10, 11, 12 2012 mati lama sudah..</p>	<p>enggak, enggak ada</p> <p>waktu lulus</p>	<p>pelatihan sewaktu kuliah</p>	<p>pelatihan kegawatdaruratan perawat UGD</p>	<p>sumber daya manusia dan fasilitas di UGD</p>
P3	<p>lama sudah enggak...emmm cuma pelatihan biasa</p> <p>lama sudah pas waktu masih kuliah setelahnya nda ada sudah</p>	<p>sudah enggak</p> <p>pas waktu masih kuliah</p>			
P4	<p>enggak.. pernah.. belum pernah,</p> <p>iya terakhir ya waktu itu kuliah aja sih setelah itu belum ada</p>	<p>belum pernah</p> <p>terakhir ya waktu itu kuliah</p>			
P6	<p>ga pernah, BTCLS aja sih itu apalagi kalau untuk puskesmas di UGD belum ada sih</p> <p>terakhir ..ikut pelatihan waktu kuliah.. BTCLS..(sambil mengingat)</p>	<p>ga pernah</p> <p>waktu kuliah</p>			

P7	<i>BTCLS kemarin, apalagi yaaa.. aku lupa ikut pelatihan apa (sambil tertawa) di tempat kuliah dulu ..</i>	BTCLS kemarin, di tempat kuliah			
P8	<i>pelatihan sih belum pernah sama sekali.. cuma pertemuan aja.. kalau pertemuan kemarin bulan 1 di dirgahayu.. kalau pelatihan belum pernah.. iya waktu kuliah itu aku ikut wajib BTCLS</i>	belum pernah waktu kuliah			
P2	<i>sudah sempat 2 kali eh 3 kali malahan hiperkes kan termasuk, baru dari perusahaan K3 baru itu ikut di AWS kemarin kegawatdaruratan jantung juga itu aja sudah kemarin dari kampus juga sih</i>	2 kali eh 3 kali sudah kemarin dari kampus	pernah mengikuti pelatihan		
P5	<i>kalau disini kebanyakan perawat yang paling sering ikut pelatihan itu saya BTCLS, perawatan HIPERKES, perawatan luka modern</i>	perawat yang paling sering ikut pelatihan itu saya			
P1	<i>saya berapa lama ya...emmm 2 tahun kah atau 3 tahun kalau gak salah (sambil mengingat)</i>				

		2 tahun kah atau 3 tahun	berpengalaman 1-2 tahun (pemula lanjut)	Lama kerja perawat UGD	
P2	<i>kerja dipuskesmas ini belum ada setahun, belum sampe setahun</i>	setahun, belum sampe setahun			
P3	<i>kerjanya baru juga sih..baru 2 tahun</i>	baru 2 tahun			
P4	<i>kalau disini 2 tahun, sebelumnya.. ada ditempat lain 7 tahun.. jadi kalau dihitung apa.. kalau di hitung dari masa kerja sampai sekarang 8 9 10 (menghitung) 11 tahunan..</i>	disini 2 tahun			
P6	<i>sudah 2 tahunan..</i>	2 tahunan			
P7	<i>sudah 1 tahun lebih..gak tau udah setahun berapa bulan lebih</i>	1 tahun			
P8	<i>sudah.. kurang lebih 7 tahun.. mulai tahun 2012 ..</i>	7 tahun	berpengalaman 5-7 tahun (perawat berkompeten)		
P5	<i>lama mengabdikan saya di mulai dari tahun 2014 bulan 4 tanggal 17 sudah 5 tahun kerja disini</i>	5 tahun			

<p>P1</p>	<p>bisa jadi lebih maju dan lebih baik dan lebih diperhatikan heheheh jarang lah ya ibaratnya kurang di perhatikan lahh ibaratnya gimana ya orang alat aja kurang contohnya aja oksigen nda ada padahal UGD loh oksigen aja susah gak ada ibaratnya yang nyawa nya lah ibarat pasien yang gawat pastikan kita pasang oksigen apapun itu ini aja gak ada (sambil memainkan pulpen) ya memadailah biar lebih enak apalagi kan kita jauh dari kota kan kalo alatnya lengkapkan lebih bagus biar pasiennya lebih aman lah</p>	<p>bisa jadi lebih maju dan lebih baik alat aja kurang</p>	<p>alat yang tidak lengkap dan belum cukup baiknya</p>	<p>Fasilitas UGD</p>	
<p>P2</p>	<p>yaaaa kalau saya sih berharapnya yaaa alat-alat lebih diperhatikan ya supaya apa yaa kita tuu juga bisa maksimal emmm kasih pelayanan yang maksimal lah, dengan adanya alat juga ngebantu pasien gitu kan, yaitu aja sihh</p>	<p>berharapnya yaaa alat-alat lebih diperhatikan ya</p>			
<p>P3</p>	<p>harapannya ya alat-alatnya bisa dilengkapi, mutu pelayanannya lebih bisa di tingkatkan lagi, lebih bagus untuk kesehatan masyarakat sini untuk kemajuan puskesmas juga</p>	<p>alat-alatnya bisa dilengkapi, mutu pelayanannya lebih bisa di tingkatkan lagi</p>			

P4 P5	<p>penanganan UGD apa ya.. hmm.. alat-alatnya lah ya dilengkapi pastinya karena yaitu kembali lagi ke standar puskesmas kita apa adanya jadi harapannya lebih lengkap.. lebih apa ya.. lebihh... ya gak cuma alat ee.. petugasnya juga cukup, jadi gak selalu ada bolong-bolong-bolong kekurangan dokter apalah segala macam pokoknya gitu sih..</p> <p>harapannya kan bisa dapat alat yang memadai bisa dapat pelayanan di UGD puskesmas makroman ini lebih kan harus diliat juga apa alat-alat yang menunjang gitu nahh....contohnya kan seperti regulator nihh oksigen kami nii rusak nih, jadi kalau ada pasien yang butuh oksigen kami bikin mengerti supaya gak ada kesalahpahaman kami minta di dinas nunggu 4 bulan belum ada</p>	<p>alat-alatnya</p> <p>harapannya lebih lengkap</p> <p>bisa dapat alat yang memadai bisa dapat pelayanan di UGD</p>		
P6	<p>harapannya..mungkin ya, adanya pelatihan-pealtihan untuk tenaga yang ada di ugd, terus diperhatikan juga di ugd, peralatannya lengkap, terus juga kompak satu tim, satu kelompok yang jaga tuh harus kompak, semangat, ikhlas nangani</p>	<p>pelatihan-pealtihan untuk tenaga yang ada di ugd</p>		

	<i>paisen itu aja sih..</i>				
P7	<i>yaa setidaknya ada pelatihan buat kita yang di UGD ini ya untuk perawat di UGD biar kita lebih kompeten lah dalam melakukan tindakan segala macam untuk alat-alat juga supaya kita bisa maksimal ke pasiennya gitu</i>	pelatihan buat kita yang di UGD			
P8	<i>harapan saya itu.. paling yang saya minta manajemennya bisa diperbaiki.. artinya ee.. kalau manajemennya sudah bagus pasti yang ee.. pegawai-pegawai yang baru masuk pun pasti mengikuti apa yang sudah di manajemen kan.. nah itu aja sih.. sama kalau ibaratnya ee.. SDM nya seperti misalnya kita kayak tadi tu ada pelatihan yaa.. di ganti-gantian gitu..</i>	pelatihan buat kita yang di UGD			
P1	<i>pake warna aja sih kita kaya label begitu</i>	pake warna aja	label warna triage	label triage yang di gunakan	penatalaksanaan triage di UGD puskesmas makroman
P4	<i>kalau kita disini seperti pada umumnya ya..pake yang warna itu aja sih kita ...</i>	pake yang warna			

P5	<i>disini sih belum ada ketepatan yang dibekukan oleh salah satu tim UGD baik dari tim manajemen atau tim para medis mungkin kedepannya masalah triase itu kami akan eeee anukan lagi artinya kami tindaki lagi skala triase apa sih gitu kalau sementara ini yaaa masih sesuai triase prioritas masalah di butuhkan pasien ketika berada di UGD ya pake label itu aja....</i>	pake label		
P7	<i>yang kaya gitu naa (sambil menunjuk ke arah poster label triase) yang belebel gitu kita pake label warna</i>	belebel gitu kita pake label warna		
P1	<i>pernah sih... tapi kalo pasien langsung gitu kan pisah-pisahkan enggak sih disini paling datangnya satu satu kaya gitu jarang yang langsung banyak, kalau di saya sih ya kita cuma pake label warna</i>	pake label warna		
P8	<i>yaa...seperti biasa kita seadanya ya, kita paling ngikut yang label merah, kuning, hijau, biru gitu aja</i>	label merah, kuning, hijau, biru		
P6	<i>kita pake label aja merah, kuning, hijau,</i>	label aja merah, kuning,		

	<i>biru begitu sih ...</i>	hijau, biru		
P2	<i>skala triase yang di pake puskesmas ada 5 sih ya itu setauku sih aku masih kurang tau juga secara umum kan triase itu pengkategorian kegawatdaruratan ya nahh dari situ kita bisa pantau disitu ada yang termasuk gawat darurat, gawat tidak darurat sama tidak gawat tidak darurat juga nah kalau disini pake 5 disini pake label disini merah, kuning, hijau, biru aturannya itu hitam sih tapi disini pake biru</i>	pake label disini merah, kuning, hijau, biru	4 label warna triage	
P3	<i>iya cuma pakai label warna ya merah, kuning, hijau, biru, hitam</i>	label warna ya merah, kuning, hijau, biru, hitam	5 label warna triage	
P1	<i>pernah sih... tapi kalo pasien langsung gitu kan pisah-pisahkan enggak sih disini paling datangnya satu</i>	perna melakukan triage	pernah melakkukan triage	

P7	pernah kan secara otomatis pas ada pasien kita kan melakukan pemeriksaan triase itu	secara otomatis	Melakukan triage belum sesuai sop	
P8	yaa pasti lah ya...itu pasti kita lakukan di awal pada saat pasien datang langsung kita lakukan ...	pasien datang langsung kita lakukan pasien datang langsung kita lakukan		
P2	ya... setiap pasien masuk ya secara otomatis kesini kan kita langsung lakukan penilaian secara gak langsung ada sebenarnya dulu garis triase,tapi sekarang udah enggak ada lagi, garisnya udah hilang- hilang (sambil nunjuk ke lantai) sekarang maahh yang penting pasien sudah masuk disini ya sekiranya apa yang dibutuhkan yaitu sudah tapi kalau kita gak bisa yaudah kita rujuk	secara otomatis		
P3	pasti ya awal pasien masuk kan pasti kita langsung periksa ya liat kondisinya gimana itukan secara gak langsung kita melakukan triase kan ya..	secara gak langsung kita melakukan triase		
P4	pernah sih ya ...disini kita pasien datang langsung menilai kondisinya kok..cuman ya seadanya aja kita disini namanya juga	cuman ya seadanya	melakukan triage secara tidak langsung	

	<i>puskesmas (sambil tersenyum)</i>			
P5	<i>emmm....ya pernah tapi mungkin kita disini gak semaksimal yang dirumah sakit kalau di rumah sakit lengkap ya kalau disini ya seadanya aja kita dan sebisa kita juga gimana menilai pasiennya...melaksanakan sesuai aturan saya belum berpengalaman</i>	melaksanakan sesuai aturan saya belum berpengalaman seadanya aja		
P6	<i>untuk pengalaman mungkin iyaa.. selama kerja aja, sambil dibimbing sama senior-senior, sama ngeliat pasien oh pasien ini gawat..ohh ini enggak...perlu nya pakai yang ini, sama ini gitu..</i>	dibimbing sama senior-senior		
P1	<i>yaa paling ngukur tanda-tanda vital kaya gitu-gitu aja karena belum yang seandainya yang memang udah gawat label merah ya pasti langsung cek tanda-tanda vital atau liat kalau perlu oksigen ya kita langsung pasang oksigen sesuai kebutuhannya apalah yaa liat dari keadaan umum pasien dari TTVnya ya gitu-gitu dehlihat dia masih bisa ya GCSnya lah ibaratnya kek gitu masih bisa</i>	ngukur tanda-tanda vital,		

P7	<p>kita kenali dulu pasiennya kan kita prioritaskan ni pasiennya kenapa dia datang kemudian kan kita liat dia ni masuk label merah kah kuning kah hijau itu kita periksa dulu TTV terus GCS nya kita pemeriksaan fisik gitu sih nah baru nentuin dia label apa terus kita kasih tau ke dokternya</p>	<p>periksa dulu TTV</p>	<p>menentukan triage menggunakan non ABCD</p>	<p>pemahaman perawat melakukan triage</p>
P2 P5	<p>bagaimana ya penilaiannya tuh yakita pengkajian lahh, head to toe dari awal dari kepala sampai kaki gimana sama kaya tadi kita lakukan penilaian misalnya pasien ini kecelakaan yaudah itu kita liat ABC nya aja liat kondisi umumnya tuu seperti apa, pokoknya ya TTV dulu lah</p> <p>pertama anuu dulu kita mengukur skala GCS dulu itu yang perlu sambil mementau GCS itu sambiljalan nafasnya kita liat, airwaynya kita liat dari situ kita bisa eee dari situ kita bisa mengukur tingkat kegawatdaruratan pasien tersebut jalan nafas kita perhatikan jugaa...eeeeee jalan</p>	<p>liat ABC nya aja liat kondisi umumnya tuu seperti apa</p> <p>dulu kita mengukur skala GCS nafasnya kita liat, airwaynya</p>	<p>menentukan triage menggunakan ABCD</p>	

	<i>nafas ya nafasnya</i>			
P3	<i>ya dariiii seberapa parah kondisi pasien ituu, saya disini juga nda terlalu hapal sih seperti apa ya, yang jelas pastinya merah itu yang emergency</i>	kondisi pasien		
P4	<i>anamnese..pastinya.. ee.. TTV.. baru tindakan.. kalau misalnya memang perlu ada tindakan ya lakukan tindakan yang kita lakuin, tapi kalau enggak.. enggak.</i>	anamnese		
	<i>iya.. pasti kondisi pasiennya paling pertama kan diliat baru..TTV GCS juga gimana</i>		menentukan triage menggunakan non ABCD	

P6	<p><i>identitas pasien, ngeliat keadaan kondisi fisik pasien, baru apa, kan pertama anamnise, baru pemeriksaan fisik, tindakannya kita on call dulu sama dokter, kalau dokter nyarankan rujuk kita liat dulu dari pertama pasien nya perlu penanganan seperti kayak oksigen, sesak ga pasiennya, terus tu pasien nya itu di suction gak, kalau misalnya ada yang sesak nafas, tanya dulu riwayat pasien sebelumnya apa..pernah di rawat gak di rumah sakit, kalau misalnya pernah dirawat apa diagnosa utamanya, terus tuh pernah nda dapat obat yang beberapa lama dia ga konsumsi..</i></p>	<p>keadaan kondisi fisik anamnise, baru pemeriksaan fisik</p>			
P8	<p><i>iyaa.. maksud saya, saya menentukannya itu secara apa itu namanya.. ee.. melihat kondisinya seperti misalnya kecelakaan.. itu perdarahannya aktif baru menentukan GCSnya dulu.. GCS berapa.. GCS berapa.. yaa saya menentukannya dari itu aja.. jadi kalau ibaratnya berdasarkan triase ini.. ini.. ini..</i></p>	<p>melihat kondisinya</p>			

<p>P1</p>	<p>ya saya sama teman dinas, biasanya kan 1 sip kan biasanya ada 2 orang 1 bidan satu perawat udah kita berdua aja</p> <p>jarang karna kita kalo di dinas sore malam jarang ada dokter kecuali kalo dinas pagi ya baru ada, tapi itugin jarang ada karna kan dokternya gak stanbye disini terus kadang bisa di poli jadi kadang yang lebih seringnya sih kita yang jaga di UGD aja</p>	<p>1 bidan satu perawat</p>	<p>perawat dan bidan</p>	<p>petugas stanbye</p>	
<p>P7</p>	<p>kita disini iya kadang perawat sama bidannya aja, kalau dokterkan jarang ya paling pagi aja, kalau sore malam kan jarang</p>	<p>perawat sama bidannya aja</p>			
<p>P2</p>	<p>biasanya sih disini kalau triase pasien datang kalau ada dokter ya kita panggil dokter, tapi kalau gak ada ya kita ya misalnya kita gak bisa kita konsul juga sama dokter tapi kebanyakan perawatnya</p>	<p>kebanyakan perawatnya</p>			
<p>P4</p>	<p>iya..tapi jarang ya ..ya paling kita-kita ini</p>	<p>ya paling kita-kita ini sih</p>			

	sih				
P5	enggak ikut ...perawat yang melakukan, setelah melakukan triase memilah milah yang mana didahulukan mendapatkan pertolongan medis baru kita anukan... ke dokternya karenakan disini dokternya gak selalu stanby kadang sistem on call aja	perawat yang melakukan			
P6	ya kita kita perawat yang disini aja kadang aja ya, soalnya dokter adanya pagi aja kalau sore malam gitu kita biasa telfon aja sih	kita perawat			
P8	disini dokternya adanya pagi ...kalau ada dokternya dia yang ngelakuin tapi jarang ya ...paling perawat sama bidan aja sih yang selalu ada ...	paling perawat			
P3	ya dokternya ikut kitakan kolaborasi sebenarnya perawat kolaborasi sama dokternya tapi sering nda ada dokternya kan cuma	dokternya konsul via telvon			

	<p>via telfon konsul via telfon jadi on call gitu perawatnya aja ...ada bidannya juga</p>			
P1	<p>tergantung ya kalau misalnya pasien misalnya kayak kecelakaan nih ya labelnya kuning gawat tapi yang gak gawat banget ya cuma kaya luka robek gitukan ohh yasudah ada ini ohh yaudah tindakannya yakita lakukan misalnya hecing misalnya robek atau lecet-lecet aja kita bersihin gitu aja nanti kita perban baru habis itu kita kasih obat sudah nanti observasi berapa jam kalo sejam gak ada yang lain gak ada masalah apa ya baru bisa boleh pulang dahh gitu aja</p>	<p>hecing</p>	<p>melakukan perawatan dan pemberian KDM</p>	<p>tindakan yang dilakukan setelah melakukan triage</p>
P2	<p>yaa observasi tergantung dari pasiennya yaitu biasanya kita konsul juga sama dokternya apa yang disuruh dokter misalnyakan belum terlalu gawat yakalau butuh oksigen kita kasih oksigen 3 liter terus misalnya nya dia pingsan kita observasi kita lihat kalau misalnya dari tindakan kita belum tercapai yaaaa kita konsulkan lagi sama dokter perlu ditindak lanjuti atau gak itu aja</p>	<p>kasih oksigen 3 liter</p>		

P3	<i>yakan pemeriksaan fisik, liat kondisinya, vital sign baru kalau ada dokternya pemeriksaan dokter baru kita bisa kasih tindakan</i>	pemeriksaan dokter			
P4	<i>kalau kita disini kita liat lagi kondisinya seperti apa...istilahnya observasi lagi baru kita laporkan ke dokter pasien ini perlu tindakan nda...</i>	laporkan ke dokter			
P5	<i>P5: emmmmm diliat dari anunya kegawatdaruratan sii pasien otomatis kita bertindak sebagai paramedis kann setelah kita sudah mengobservasi atau perlu bantuan yang lebih kalau memang perlu perawatan yang lebih yaa kita rujuk tapi sebelumnya kita harus kasih tau kondisinya dulu sih ke dokter</i>	kasih tau kondisinya dulu sih ke dokter			
P6	<i>P6: kita observasi dulu itu liat gimana pasiennya...kita lapor juga ke dokternya kasih tau kalau kondisi pasiennya begini, begini...gitu baru nanti dokternya ada nyarakan kalau harus di kasih ini, itu sesuai anjuran dokter ajasih kita disini..</i>	kita lapor juga ke dokternya			

P7	<p>yaa kita kasih tau dulu dokternya kondisinya begini begini, nah baru nanti dokternya kasih tau ini harus di infus, injeksi ini, ituu gitu sih kita biasanya atau nda kalau memang perlu kita rujuk gitu</p>	<p>kasih tau dulu dokternya kondisinya</p>	<p>konsultasi ke dokter</p>		
P8	<p>ya biasanya kitadisini langsung kasih tau dokternya kalau pasiennya begini nanti dokternya menyarankan kalau harus dikasih tindakan apa ..itu aja sih</p>	<p>kasih tau dokternya</p>			
P1	<p>pasien apa yaa, kalooya sih kalo saya ya paling banyak disinini pasiennya paling banyak cenderung yang ke batuk pilek, mual muntah jadi ibaratnya lagi kaya yang kegawatdaruratannya bisa dihitung gitu lah gak terlalu banyak jadi ya gak terlalu gimana jadi mungkin dia datang kesini misalnya seminggu paling cuma satu yang gawat betul sisanya yahh batuk-batuk pilek, demam, gitu-gitu aja kalo disini jarang paling kalo malam kalo kecelakaan, kecelakaan juga gak setiap hari ada, atau stroke, ya gitu-gitu aja tapi jarang</p>	<p>batuk pilek, mual muntah, batuk-batuk pilek, demam, gitu-gitu aja kalo disini jarang paling kalo malam kalo kecelakaan, kecelakaan juga gak setiap hari ada, atau stroke,</p>			

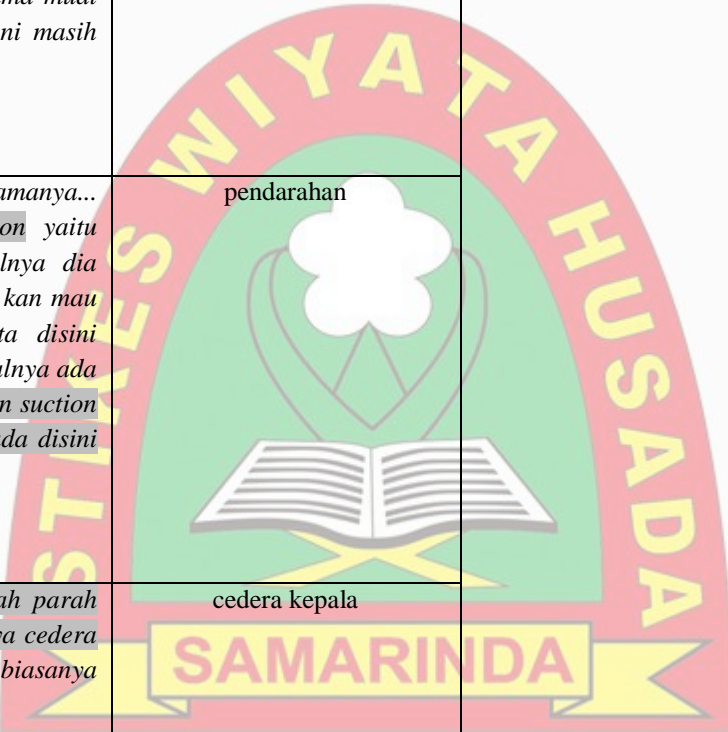
			Pasien yang sering datang ke UGD		karakteristik pasien UGD
P2	<p><i>pasien disini sih kalau dikatakan gawat darurat jarang-jarang sih ya biasanya sih kalau dipuskesmas banyak ya pasien rawat jalan kaya batuk pilek, diare segala macam cuman kalau yang kaya gawat darurat itu jarang-jarang ada cuman ada sih beberapa pasien kecelakaan dilaut diperusahaan dekat-dekat sini pasti larinya kesini kalau masih bisa kita tangani yaaaa kita tangani kalau sudah sampai ibaratnya fraktur atau ibaratnya perlu hecing dalam sampai apaaaa....ibaratnya apasih itu yaa pendarahan hebat lah kita rujuk nda sampai kita tangani disini jadi langsung rujuk ke rumah sakit</i></p>	<p>batuk pilek, diare</p> <p>kecelakaan</p>			
P3	<p><i>pasien kecelakaan aja sih yang banyak disini, kecelakaan lalu lintas</i></p>	<p>kecelakaan lalu lintas</p>			
P4	<p><i>mmm..banyak ya kaya kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja juga kadang-kadang ada disini soalnya kan dekat sama</i></p>	<p>kecelakaan lalu lintas,</p> <p>kecelakaan kerja</p>			

	<i>perusahaan disini..</i>				
P5	<i>pasien yang sering ditangani disini itu kadang ada pasien kecelakaan juga tapi dalam artian gawat tapi tidak darurat anggaplah mmm pasien lalu lintas yang paling fraktur tapi kesadarannya itu composmentis atau masih sadar komunikasinya daya ingatnya masih normal semua dan masih bisa ditangani di sini tergantung kalau sudah ada dokter memeriksa dan dokter menyarankan rujuk ke rumah sakit misalkan fraktur pada pahanya tapi di tanyakan lagi ke keluarga pasien mau nda dia dirujuk ke rumah sakit terus</i>	kecelakaan			
P6	<i>penyakit ya.. penyakit..asma, batuk pilek, ispa, hipertensi terus tu diare, itu aja sih..</i> <i>kebanyakan si.. yang disini ada..kuning, hijau, merah itu jarang, dan hitam pun juga kadang kita ada dapati disini</i>	penyakit..asma, batuk pilek, ispa, hipertensi terus tu diare			
P7	<i>kebanyakan kuning sama hijau ya, jarang yang merah..</i> <i>yang merah itu dia ini pasien cedera kepala habis kecelakaan lalu lintas</i>	kecelakaan lalu lintas			

	<i>biasanya, sudah nda inii...nda sadar</i>			
P8	<i>untuk puskesmas, apalagi untuk UGD lah ya.. itu paling banyak itu demam aja sih.. demam.. baru ee.. hipertensi, mencret, paling salah satu ada keracunan terus kecelakaan.. gitu..</i>	demam, hipertensi, keracunan terus kecelakaan		
P1	<i>kalau kita disini pasien yang bisa kita tangani paling label kuning sama hijau masih bisa dirawat disini, dehidrasi sedang mual muntah, suspek tyoid</i>	kuning sama hijau	pasien yang masih bisa ditangani di UGD puskesmas	
P2	<i>mmm disini ya paling yang bisa itu yaa kalau hijau masih bisa dirawat disini contohnya kaya pasien diare dehidrasi sedang gitu</i>	hijau masih bisa dirawat disini		
P3	<i>yang di tangani ya...kaya kecelakaan tapi</i>	kecelakaan tapi nda gawat		

	<i>nda gawat ya itu masih bisa disini</i>			
P4	<i>disini macam-macam sih ya kaya batuk pilek, ispa, diare ya begitu aja sih..</i>	kaya batuk pilek, ispa, diare		
P5	<i>label hijau disini bisa ..ya contohnya seperti eee muntah, diare, demam</i>	label hijau muntah, diare, demam		
P6	<i>ya pasien yg masih bisa kita bantu ya...lebih ke hijau aja misal demam, hipertensi itu bisa, mencret, pokoknya label hijau lah</i>	demam, hipertensi itu bisa, mencret label hijau lah		
P7	<i>biasa sih hijau sama kuning ...banyak ya yang masih bisa kaya alatnya itu kita bisa gunakan untuk membantu ya kita bantu misalnya pasien kecelakaan tapi nda terlalu darurat kaya lecet aja</i>	kecelakaan		
P8	<i>mmm maksudnya label yang masih bisa ditangani ya...ya pasien demam, batuk, kaya nda terlalu gawat label hijau gitu bisa...</i>	label hijau demam, batuk		
P1	<i>yaaaa pasien yang gak bisa ditangani disini contohnya demam berdarah itu gak bisa ditangani disini ibaratnyakan dia harus rutin cek darah kan disini kan gak lengkap betul kan terus kaya pasien yang TB ya kan disini kan ruang rawat inap kita cuma terbatas kan jadinya belum ada</i>	demam berdarah, TB, cedera kepala-kepala	Pasien yang tidak bisa di tangani di ugd puskesmas	

	<p>ruang isolasi kayak stroke gak mungkin disini karna kita gak bisa gitu gitu ajasih kekyang cedera kepela-kepala gitu kan yang perlu penanganan lanjut lah yang gak bisa disini, mungkin kalau cuma magh aja, HEG aja disini bisa atau cuma mual muntah biasa diare itu bisa disini masih bisa gitu aja</p>				
P2	<p>ya nyata kita liat anunya apa namanya... dari airway breathing circulation yaitu kan kalau memang disini misalnya dia sesak tapi oksigen disini gak ada kan mau nda mau kita cepat rujuk, kita disini banyak kurangnya jadi kalau misalnya ada pendarahan baru dia kita perlukan suction segala apa macam kitakan gak ada disini jadi yaa kita rujuk</p>	<p>pendarahan</p>			
P3	<p>ya pasien kecelakaan yang sudah parah yang gak sadar gitu misalnya kaya cedera kepala itu langsung kita rujuk biasanya harus cepat soalnya...</p> <p>itu nyata merah ya soalnya sudah gawat itu butuh pertolongan cepat</p>	<p>cedera kepala</p>			



P4	<p><i>kalau disini sering lebel merah itu pasti pasien kecelakaan, entah kecelakaan lalu lintas, kecelakaan dalam kerja kah atau, misalnya apa yaa? Banyak sih mbak ya.. karena disini kan anu ya. Banyak yang kerja di area kapal.. jadikan biasanya jatuh dari kapal kah.. atau kena mesin apalah gitu.. jadi, kebanyakan kalau sudah label merah itu kita pasti rujuk.. gitu..</i></p>	kecelakaan lalu lintas			
P5	<p><i>yang seperti saya bilang tadi penurunan kesadaran karna benturan yang mengakibatkan dia penurusan kesadaran eeeee anggaplah penurunan kesadarannya koma, yang membutuhkan pertolongan segera pasien yang segera diberikan pertolongan bisa saja ada ancaman dari jalan nafas yaaa atau karna ada pendaharahan pada otaknya apalagi pada pasien kecelakaan lalu lintas itukan kadang disini tuuu parah dan harus segera dibawa ke rumah sakit</i></p>	<p>penurunan kesadaran, pendaharahan pada otaknya</p>			
P6	<p><i>kalau pasien ngerujuk pasien mungkin, kalau untuk pasien yang bisa ditangani</i></p>	CKB			

	<p>sendiri, kita berangkat sendiri, kalau pasien nya khusus seperti mengamuk atau CKB, kan biasanya dia ga stabil,, kadang mengamuk, narik-narik ini atau yang pendarahannya aktif kita berdua berangkat..bisa jadi kalau kena kasus misalnya ada anak tenggelam gitu kan, perjalannya jauh, berapa jam dari sana sampai sini sudah ga ada, terus pasien yang tiba-tiba kecelakaan lalu lintas, masih ada penanganannya, seperti yaaa disinipun kita oksigen pun regulator..rusak,, waktu itu paling kita bantu ya pernafasan pake ambubag atau gimana, sebisa kita yang bisa kita lakukan..masih butuh penangan khusus, kita rujuk, telp dokter diagnosanya apa, kita telpon rumah sakitnya, rumah sakitnya acc kita langsung berangkat..</p>				
P7	<p>paling sering ya kita rujuk kalau disini gak bisa ditangani kaya kecelakaan lalu lintas yang parah sih ya, kaya cedera kepala gitu terus yang biasanya fraktur terus kaya stroke itu pasti kita langsung ee...konsul kedokter baru nanti dokter saranin mau dirujuk aja nii pasien ini gituu sih</p>	<p>kecelakaan lalu lintas yang parah sih ya, kaya cedera kepala</p>			