

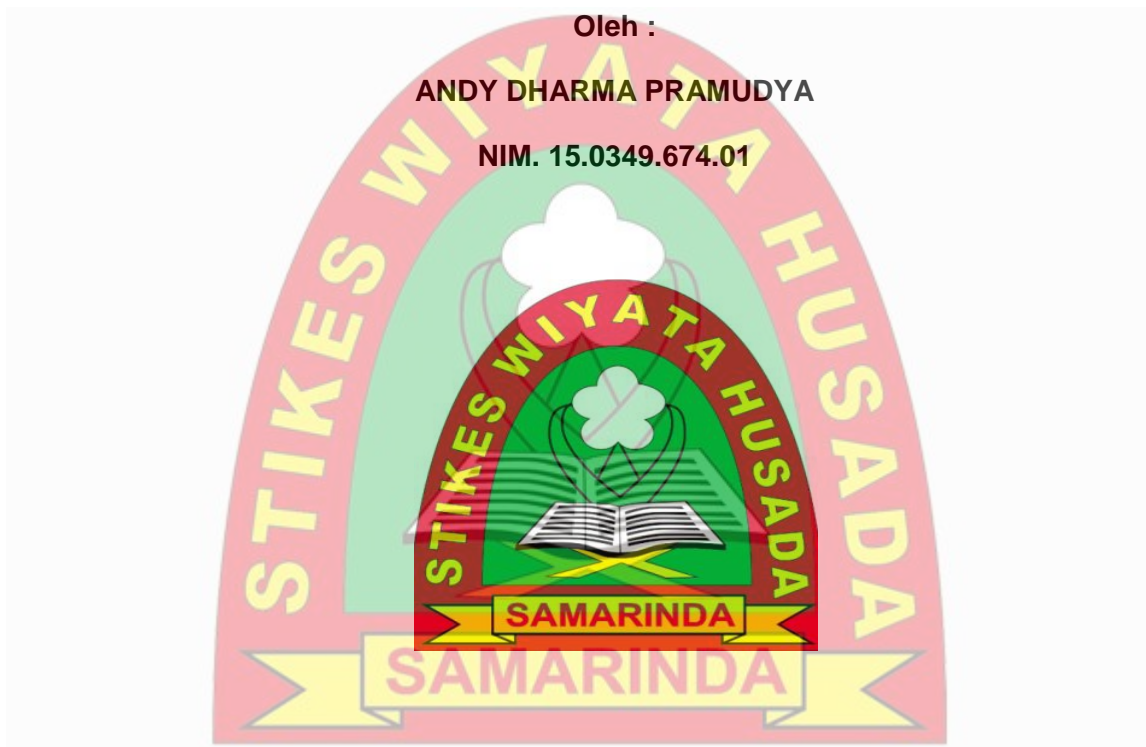
**HUBUNGAN PENERAPAN TRIAGE DENGAN *RESPONSE TIME* PERAWAT
DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT PERTAMINA
BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Oleh :

ANDY DHARMA PRAMUDYA

NIM. 15.0349.674.01



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

2017

**HUBUNGAN PENERAPAN TRIAGE DENGAN *RESPONSE TIME* PERAWAT
DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT PERTAMINA
BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan
(S.Kep) Pada Program Studi S.1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



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

2017

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andy Dharma Pramudya
NIM : 15.0349.674.01
Program Studi : Program Studi S.1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul Skripsi Penelitian : Hubungan Penerapan *Triage* Dengan *Response Time* Perawat di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 08 Maret 2017

Yang membuat pernyataan,

Andy Dharma Pramudya
NIM. 15.0349.674.01

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya jugalah sehingga Skripsi yang berjudul “Hubungan Penerapan *Triage* dengan *Response Time* Perawat di ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan” dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu keperawatan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Mujito Hadi, selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Dr. Syamsul selaku Pimpinan Rumah Sakit Pertamina Balikpapan yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Edi Mulyono, S.Pd, M. Kep selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Rusdi, M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep, M. Kep selaku pembimbing I yang penuh semangat dan sabar dalam membimbing dan mengarahkan serta memberikan masukan-masukan selama proses penyusunan Skripsi ini.
6. Ns. Amin Huda Nurarif, S. Kep., selaku pembimbing 2 yang telah banyak memberikan masukan-masukan dan ide-ide yang sangat membantu serta dengan ketelitian beliau sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Kepala Ruang *Emergency* di rumah sakit yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.
8. Teristimewa kedua orangtuaku Bapak Soedarminto dan Ibu Anik Listyani yang telah mendoakan dan memberi dukungan sehingga Skripsi ini dapat berjalan dengan baik.

9. Teman-teman seperjuangan program regular transfer angkatan ke-6 Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah banyak membantu dan mendukung selama menyelesaikan Skripsi ini.
10. Rekan-rekan kerja di Ruang Instalasi Gawat Darurat di rumah Sakit Pertamina Balikpapan, atas pengertian dan rasa tanggung rasa serta dukungan selama menyelesaikan Skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun material dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti membuka diri untuk segala saran dan kritik yang sifatnya membangun sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk pencapaian hasil yang baik. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah diperbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Balikpapan, 8 Maret 2017

Andy Dharma Pramudya



ABSTRAK

HUBUNGAN PENERAPAN TRIAGE DENGAN RESPONSE TIME PERAWAT DIRUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT PERTAMINA BALIKPAPAN

Andy Dharma pramudya¹, Chrisylen Damanik,² Amin Huda³

Latar Belakang : Peningkatan jumlah kunjungan setiap tahunnya sangat dipengaruhi oleh mutu layanan asuhan keperawatan yang baik dan komperhensif. Dengan melakukan manajemen *trriage* pasien dengan tingkat kegawatan yang mengancam nyawa dapat segera mendapat penanganan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan penerapan *trriage* dengan *response time* diruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan.

Metode : Penelitian menggunakan jenis penelitian *kuantitaif* dengan bentuk rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *total sampling*, dengan jumlah sampel 20 responden. Tekhnik pengumpulan data menggunakan lembar observasional. Analisis data menggunakan uji *person*.

Hasil Penelitian : hasil penelitian menunjukkan nilai p 0.01($p < 0.05$) yang berarti ada pengaruh penerapan triage merah dengan response time dan pada penerapan triage kuning nilai p 0.75($p > 0.05$) dengan demikian tidak terdapat hubungan penerapan triage kuning dengan response time .

Kesimpulan : Hasil penelitian pada triage merah H_a diterima maka terdapat hubungan antara penerapan triage dengan response timesedangkan pada triage kuning H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penerapan triage kuning dengan response time perawat. Disarankan untuk menerapkan triage berdasar kategori kondisi pasien agar resiko kematian dapat terhindarkan.

Kata Kunci : *Triage* dan *Response Time*

¹ Program Studi keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

² Program Studi keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

³ Program Studi keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN THE APPLICATION OF TRIAGE AND RESPONSE TIME OF THE NURSES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF PERTAMINA HOSPITAL BALIKPAPAN

Andy Dharma pramudya¹, Chrisylen Damanik,² Amin Huda³

andydharmapramudya@gmail.com

Background: The increasing number of hospital visitors every year is extremely influenced by the quality of comprehensive and good nurse care. By applying triage management, the patients with a life-threatening emergency level can be immediately handled. This research aimed to identify the correlation between the application of triage and the response time of nurses in the emergency department of Pertamina Hospital Balikpapan.

Method: This research applied quantitative method with cross sectional design. The sample was taken by using total sampling technique with the total of 20 respondents. The data were collected by using observation sheet and analyzed by using Pearson test.

Research Findings: The research findings showed that the p value was 0.01 ($p < 0.05$) which indicated that there was a correlation between the application of red triage and the response time. The p value of yellow triage on the response time was 0.75 ($p > 0.05$), which indicated that there was no correlation between the application of yellow triage and the response time.

Conclusion: The research findings showed that in the application of red triage, H_a was accepted, indicating that there was a correlation between the application of red triage and response time. On the contrary, in the application of yellow triage, H_0 was accepted, indicating that there was no any significant correlation between the application of yellow triage and the response time of the nurses. It is suggested to apply triage based on the category of patients' condition so the risk of death can be prevented.

Keywords: *Triage and Response Time*

¹ Study Program of Nursing Science, Wiyata Husada College of Health Science Samarinda.

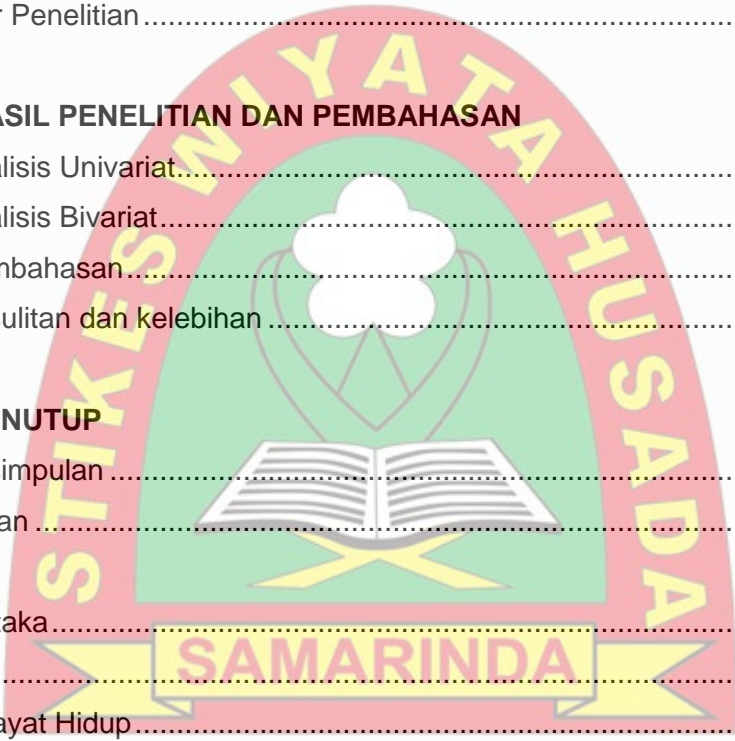
² Study Program of Nursing Science, Wiyata Husada College of Health Science Samarinda

³ Study Program of Nursing Science, Wiyata Husada College of Health Science Samarinda

DAFTAR ISI

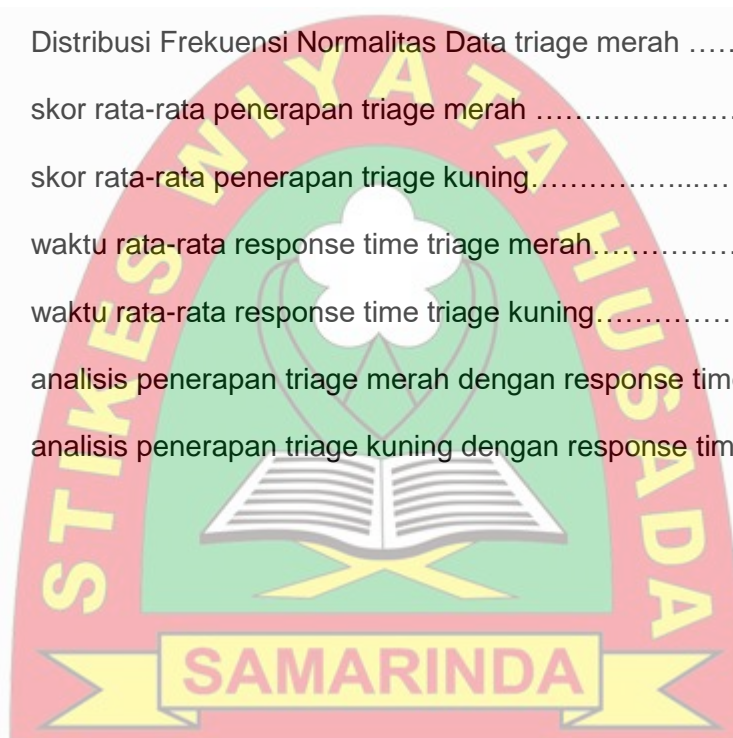
	Halaman
Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan Keaslian Tulisan.....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak	iv
Daftar Isi	v
Daftar Tabel.....	vii
Daftar gambar.....	viii
Daftar Skema.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Manfaat teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis	6
E. Keaslian Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori.....	10
B. Tinjauan Umum Instalasi Gawat Darurat.....	11
C. Konsep Triage.....	17
D. Konsep Response time	37
E. Kerangka Teori Penelitian	41
F. Kerangka Konsep Penelitian	42
G. Hipotesis atau Pernyataan Penelitian.....	42
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Kerangka Penelitian	43

B. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
C. Populasi dan Sampel/Subjek Penelitian dan unit Analisa	43
D. Teknik Pengambilan Sampel.....	44
E. Variable Penelitian dan Defenisi Operasional.....	45
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	46
G. Uji Validitas dan Reabilitas	47
H. Pengolahan data	47
I. Analisa Data.....	48
J. Etika Penelitian	50
K. Alur Penelitian	52
 BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Analisis Univariat.....	54
B. Analisis Bivariat.....	57
C. Pembahasan	58
D. Kesulitan dan kelebihan	63
 BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	65
B. Saran	66
Daftar Pustaka.....	
Lampiran	
Daftar Riwayat Hidup.....	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Color Tag (Pedoman BTCLS & BCLS,2012).....	21
Tabel 2.2 Skala <i>Triage</i> Australia.....	36
Tabel 2.3 Skala <i>Triage</i> Kanada.....	37
Tabel 2.4 Skala <i>Triage</i>	38
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Normalitas Data triage merah.....	53
Tabel 4.2 : Distribusi Frekuensi Normalitas Data triage merah	54
Tabel 4.3 : skor rata-rata penerapan triage merah	55
Tabel 4.4 : skor rata-rata penerapan triage kuning.....	55
Tabel 4.5 waktu rata-rata response time triage merah.....	56
Tabel 4.6 waktu rata-rata response time triage kuning.....	56
Tabel 4.7 analisis penerapan triage merah dengan response time.....	57
Tabel 4.8 analisis penerapan triage kuning dengan response time.....	57



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. triage metode START	21
Skema 2.3. Kerangka Teori Penelitian.....	41
Skema 2.4. Kerangka Konsep Penelitian.....	42
Skema 3.1. Alur Penelitian.....	52



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian.....	A -1
Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian.....	B -1
Lampiran 3. Lembar observasi Penelitian.....	C -1



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit menurut WHO (2010) adalah sebuah organisasi kesehatan yang berfungsi dalam bidang pelayanan yang ditujukan kepada masyarakat meliputi pelayanan paripurna (komperhensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan juga sebagai tempat mencegah penularan penyakit (preventif), pengertian tersebut sejalan dengan Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan dengan kualitas yang baik dan tepat waktu (*leading practice in emergency department 2010*). Pasien yang masuk ke rumah sakit sebagian besar melalui pintu instalasi gawat darurat baik yang dirawat jalan atau yang akan dirawat inap.

Instalasi gawat darurat merupakan sebuah unit pelayanan di rumah sakit yang memiliki peran dalam memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan masuknya pasien saat dalam kondisi gawat darurat. Keadaan gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa dan mengurangi ataupun mencegah tingkat kecacatan lebih lanjut (DepKes RI, 2009). Kecepatan dan ketepatan merupakan prinsip dasar instalasi gawat darurat sebagai pintu terdepan dalam sebuah rumah sakit.

Respon yang baik dalam memberikan layanan kegawatdaruratan menjadi sebuah indikator suatu mutu layanan dirumah sakit. Hasil studi dari *National Health Service* di Inggris, Australia, Amerika dan Kanada bahwa pelayanan perawatan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien (*Leading Practices in Emergency Departement, 2010*). Tingkat kepuasan pasien dalam pelayanan di instalasi gawat darurat meliputi pelayanan yang cepat, tanggap, sopan, ramah, pelayanan yang optimal dan interaksi yang baik. Namun demikian pasien atau masyarakat sering menilai kinerja perawat kurang mandiri dan kurang cepat dalam menangani pasien di instalasi gawat darurat (Igede, 2012).

Kurangnya respon perawat terkait penanganan pasien gawatdarurat di ruang instalasi gawat darurat berpengaruh terhadap kepuasan (Qureshi, 2008). Kondisi lingkungan instalasi gawat darurat yang yang dalam keseharian selalu

dipenuhi pasien dengan berbagai macam keluhan menambah tingkat ketidakpuasan pasien terhadap waktu tunggu. Banyaknya pasien yang datang di instalasi gawat darurat membuat perawat harus memilah dan memilih pasien dengan cepat dan tepat sesuai prioritasnya bukan berdasarkan nomor antrian kedatangan mereka. Tindakan perawat dalam melakukan perawatan pasien harus sesuai prioritas, sehingga mengutamakan pasien yang lebih diprioritaskan dan memberikan waktu tunggu untuk pasien dengan kebutuhan perawatan yang kurang mendesak (Igede ,2012).

Triage adalah sebuah tindakan pengelompokan pasien berdasarkan berat cideranya yang harus di prioritaskan ada tidaknya gangguan *airway, breathing,* dan *circulation* sesuai dengan sarana, sumberdaya manusia dan apa yang terjadi pada pasien (Siswo, 2015). Tujuan *triage* adalah bahwa dengan sumber daya yang minimal dapat menyelamatkan korban sebanyak mungkin. Pada jumlah korban puluhan atau mungkin ratusan dimana penolong baik jumlah, sarana, kemampuan, dan prasarana belum mencukupi. *Triage* mulai digunakan di unit gawat darurat pada awal tahun 1960.

Penggunaan *triage* di unit gawat darurat disebabkan oleh peningkatan jumlah pasien di unit gawat darurat yang dapat mengarah pada lamanya waktu tunggu penderita dan keterlambatan didalam penanganan kasus-kasus kegawatan. Untuk memberikan layanan yang baik terkait dengan pemberian tindakan *triage* terhadap pasien yang memiliki kondisi gawatdarurat dibutuhkan sumber daya perawat yang memadai. Dengan sumber daya perawat yang memadai akan sangat berkontribusi dalam meningkatkan mutu layanan dan tingkat kepuasan pasien di instalasi gawat darurat.

Instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit pertamina di Balikpapan sendiri setiap hari disesaki oleh pasien gawat atau darurat dan pasien rujukan dari puskesmas wilayah balikpapan atau dari rumah sakit lain. Bedasarkan data di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan setiap hari ada total 80 sampai 100 pasien di hari biasa sedangkan di hari libur atau hari hari besar lainnya bisa meningkat hingga 2 kali lipat. Sedangkan pasien yang diketahui memiliki status gawat darurat baik kasus bedah ataupun non bedah dalam satu hari mencapai rata-rata 5 hingga 10 pasien.

Dengan memprioritaskan pasien yang sedang dalam kondisi gawatdarurat untuk dilakukan pertolongan segera demi mengurangi tingkat kematian dan kecacatan yang diderita, maka peran perawat adalah menjalankan tindakan *triage* sesuai dengan prosedur yang berlaku. Ini berarti perawat dituntut memiliki keterampilan dan tingkat pengetahuan yang cukup baik guna mengambil langkah yang efisien dalam mengejar waktu yang menjadi indikator baik dari segi kehidupan dan dari segi mutu layanan asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit tersebut. Tindakan yang tepat dan cepat akan meningkatkan angka kehidupan dan mengurangi angka mortalitas.

Ketepatan dan kecepatan dalam mengelola pasien sesuai tingkat kegawatannya akan berdampak pada mutu layanan rumah sakit. Oleh karena itu Wilde (2009) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*response time*) bahkan pada pasien selain penderita penyakit jantung. Mekanisme *response time*, disamping menentukan keluasan rusaknya organ-organ dalam, juga dapat mengurangi beban pembiayaan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke instalasi gawat darurat memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen instalasi gawat darurat Rumah Sakit sesuai standar. (Kepmenkes, 2009).

Rumah sakit Pertamina Balikpapan memiliki jumlah perawat yang bertugas di instalasi gawat darurat sebanyak 20 perawat. Dan yang memiliki pendidikan Diploma III keperawatan sebanyak 17 orang dan sisanya yang 3 orang memiliki pendidikan Sarjana keperawatan. Seluruh perawat yang bekerja di rumah sakit Pertamina Balikpapan memiliki sertifikasi dari 118 berupa sertifikat BTCLS dan PPGD dan dari keseluruhan perawat yang ada di ruang instalasi gawat darurat tersebut ada 4 orang perawat yang memiliki sertifikat ATCLS sedangkan yang lainnya belum mendapatkan sertifikat tersebut. Pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan *Emergency* sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilahan saat *triage* dilakukan sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih

optimal dan terarah (Oman, 2008).

Rumah sakit Pertamina Balikpapan setiap tahunnya memiliki target pencapaian kunjungan dalam menjalankan produksinya dibidang pelayanan kesehatan. Pada tahun 2015 angka kunjungan sebesar 78% dan menurun ditahun 2016 sebesar 65%, sedangkan rumah sakit Pertamina Balikpapan menargetkan tingkat kunjungan sebesar 75% setiap tahunnya. Ini menunjukkan tingkat kunjungan di instalasi gawat darurat mengalami penurunan secara signifikan menurut Ka. Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan, 2017. Menurunnya angka kunjungan di instalasi gawat darurat terkait dengan mutu pelayanan yang dinilai kurang cepat dalam menangani kasus kegawatdaruratan (*leading practice in emergency department 2010*). Hal tersebut dibuktikan oleh adanya keluhan melalui surat yang disampaikan oleh pasien melalui kotak saran. Dimana pasien beranggapan pada kasus gawat darurat pelayanan yang diberikan masih berselang sekitar diatas 5 menit karena keperluan administrasi. Pada penelitian ilmiah banyak disebutkan bahwa terdapat hasil yang menggambarkan bahwa mutu layanan sebuah rumah sakit sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor yang menunjukkan ketepatan dan kecepatan perawat dalam mengambil suatu keputusan.

Penanganan yang baik menurut Oman, 2008, dalam melakukan prosedur *triage* yang tepat di instalasi gawat darurat sangat bergantung pada pendidikan yang didapat melalui pelatihan ataupun latar belakang sertifikasi dan juga pengalaman perawat tersebut. Dalam wawancara dan observasi singkat oleh peneliti di instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina masih didapatkan tidak semua perawat diberikan pembekalan materi ataupun pelatihan tentang *triage*. Kesenjangan ini menarik untuk diteliti karena berbagai penelitian masih mengkaitkan adanya penerapan *triage* dengan *response time* perawat itu sendiri.

Jurnal penelitian Wa Ode Nur Isnah Sabriyati dkk, 2012 yaitu "Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan Waktu tanggap penanganan kasus pada *response time* di Instalasi gawat darurat bedah dan non-bedah RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo" didapatkan hasil bahwa, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola penempatan staf dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di instalasi gawat darurat Bedah dan Non-Bedah. Dan terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan petugas kesehatan instalasi gawat

darurat terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas dan ada hubungan antara sikap petugas kesehatan instalasi gawat darurat terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas sehingga pengetahuan tentang *response time* untuk petugas kesehatan sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang bermakna.

Dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian tentang penerapan tindakan *triage* dengan *response time* perawat dimana Wa Ode, 2012 sebutkan terdapat hubungan penerapan triage dengan *response time* perawat. Oleh karena itu penting penerapan tindakan *triage* sejalan dengan kecepatan dan juga ketepatan dalam setiap langkah didalam penanganan kasus gawatdarurat. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih mendalam demi mendapatkan hipotesis atau teori baru yang relevan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Penerapan triage memegang peranan penting dalam *response time* perawat. Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik mengambil penelitian bagaimana hubungan penerapan *triage* dengan *response time* perawat dalam penanganan gawat darurat di ruang Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

B. RUMUSAN MASALAH

Peningkatan jumlah kunjungan setiap tahunnya sangat dipengaruhi oleh mutu layanan asuhan keperawatan yang baik dan komperhensif. Dengan melakukan manajemen *triage* pasien dengan tingkat kegawatan yang mengancam nyawa dapat segera mendapat penanganan. Penerapan *triage* terhadap kasus gawatdarurat berbanding lurus terhadap *response time* perawat. Pada penelitian yang sudah dilakukan masih terdapat kesenjangan persepsi terhadap penerapan triage dengan *response time perawat*. Pentingnya penelitian tentang *triage* ini diharapkan dapat membantu perawat menghadapi *problem* dalam kehidupan sehari-hari sehingga perawat dalam melakukan tindakan *triage* dapat memberikan angka kehidupan yang signifikan dan dapat mengurangi dampak yang tidak diinginkan. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti Bagaimanakah hubungan penerapan *triage* dengan *response time* perawat dalam penanganan gawat darurat di ruang Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan pada penelitian ini mencakup:

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan penerapan *triage* dengan *response time* perawat dalam penanganan gawat darurat di ruang Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi skor rata-rata penerapan tindakan *triage* perawat di instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.
- b. Untuk mengidentifikasi skor rata-rata *response time* perawat terhadap tindakan *triage* di instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.
- c. Untuk menganalisa hubungan penerapan *triage* dengan *response time* perawat di instalasi gawat darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

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

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen Rumah Sakit Pertamina Balikpapan agar bisa mengembangkan metode *triage* dalam penanganan pasien sehingga pasien mendapat penanganan yang tepat dan efisien dan menurunkan angka mortalitas yang bisa disebabkan karena keterlambatan penanganan keadaan *emergency*. Dan dari hasil penelitian ini diharapkan rumah sakit mengadakan pelatihan dan penyegaran terhadap perawat

tentang *triage*.

b. Bagi Profesi Keperawatan

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

c. Bagi Responden

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

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

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

E. Keaslian Penelitian

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

1. Jurnal penelitian Wa Ode Nur Isnah Sabriyati dkk, 2012 yaitu “Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan Waktu tanggap penanganan kasus pada *response time* di Instalasi gawat darurat bedah dan non-bedah RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo” didapatkan hasil bahwa, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola penempatan staf dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di instalasi gawat darurat Bedah dan Non-Bedah. Dan terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan petugas kesehatan instalasi gawat darurat terhadap tindakan triage desain menggunakan observasional analitik dengan rancangan cross sectional. Perbedaan penelitian ini terhadap penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah desain penelitiannya dimana peneliti menggunakan desain

penelitian analitik korelasi, penggunaan variabel dimana peneliti menggunakan variable penerapan triage instalasi gawat darurat dengan *response time* perawat, lokasi penelitian yang dilakukan di rumah sakit pertamina di Balikpapan dan persamaan penelitian ini adalah sampel penelitian adalah perawat di ruang instalasi gawat darurat serta rancangan penelitian yang menggunakan rancangan cross sectional.

2. Vitrise Maatilu (2014) yang melakukan penelitian dengan judul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Instalasi gawat darurat Rsup Prof. Dr . R. D. Kandou Manado. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode survey analitik. Dari penelitian ini didapat *response time* perawat dalam penanganan kasus gawat darurat di instalasi gawat darurat RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado rata-rata lambat yaitu lebih dari 5 menit. Dan didapatkan hasil tidak adanya hubungan antara pendidikan perawat, pengetahuan perawat, lama kerja perawat, pelatihan perawat dengan *response time* perawat pada penanganan pasien gawat darurat. Perbedaan penelitian ini terhadap penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah desain penelitiannya dimana peneliti menggunakan desain penelitian analitik korelasi, penggunaan variabel dimana peneliti menggunakan variable penerapan triage dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat, lokasi penelitian yang dilakukan di rumah sakit pertamina di Balikpapan dan persamaan penelitian ini adalah jenis penelitian yang digunakan kuantitatif, sampel penelitian adalah perawat di ruang instalasi gawat darurat serta rancangan penelitian yang menggunakan rancangan cross sectional.
3. Sabriyati, Islam & Gaus (2013) yang melakukan penelitian dengan judul Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Pada Response Time di Instalasi gawat darurat Bedah Dan Non-Bedah Rsup Dr.Wahidin Sudirohusodo penelitian menggunakan metode observasi dengan design cross sectional. Dan didapatkan hasil waktu tanggap penanganan kasus instalasi gawat darurat bedah yang tepat

sebanyak 67,9% dan tidak tepat 32,1%. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola penempatan staf , waktu tiba pasien dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di instalasi gawat darurat. Terdapat hubungan yang bermakna antara ketersediaan stretcher, petugas triase dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus instalasi gawat darurat bedah. Perbedaan penelitian ini terhadap penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah desain penelitiannya dimana peneliti menggunakan desain penelitian analitik korelasi, penggunaan variabel dimana peneliti menggunakan variable penerapan triage dengan *response time* perawat diinstalasi gawat darurat, lokasi penelitian yang dilakukan di rumah sakit pertamina di Balikpapan dan persamaan penelitian ini adalah sampel penelitian adalah perawat di ruang instalasi gawat darurat serta rancangan penelitian yang menggunakan rancangan cross sectional.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Pengertian Rumah Sakit

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

Woper dan pena dalam Azwar (2010) mengemukakan rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan. Adapun menurut Newman dalam Nurfadli (2012) rumah sakit adalah suatu institusi yang sesuai dari segi lokasi, kontruksi, organisasi, pengolahan dan personalia untuk menyediakan secara ilmiah, ekonomis, efisien dan tidak menghambat semua atau sebagai kebutuhan kompleks untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan, aspek fisik, mental dan medis pasien dengan fasilitas yang berfungsi untuk pelatihan pekerja baru dalam berbagai bidang spesialis professional, bidang tekhnis dan ekonomis penting untuk pelaksanaan fungsi yang semestinya dan dengan kontak-kontak yang memadai dengan para dokter, rumah sakit lain, fakultas kedokteran dan semua biro kesehatan sah yang tersangkut dalam progam kesehatan yang lebih baik.

2. Fungsi Rumah Sakit

Menurut undang-undang RI No. 44 tahun 2009, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangna melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

B. Tinjauan Umum Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Azrul mengatakan (2010) yang dimaksud gawat darurat/*emergency care* adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*). Instalasi gawat darurat atau igd, adalah layanan yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan darurat yang cepat. System pelayanan menggunakan system *triage*, dimana pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan darurat (*emergency*) bukan berdasarkan antrian. Tujuan instalasi gawat darurat adalah tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan kegawatdaruratan sehingga mampu mencegah resiko kecacatan dan kematian.

2. Pelayanan yang diberikan di instalasi gawat darurat adalah:
 - a Ambulace 24 jam harus selalu tersedia dan siap dalam memberikan kontribusi didalam transport pasien baik saat penjemputan ataupun saat pemindahan pasien / rujuk kerumah sakit lain.
 - b Bedah minor yakni tindakan pembedahan sederhana meliputi penjahitan luka kecil yang atau luka yang tidak mengancam nyawa.
 - c Ruang *triage* tempat dimana pasien dapat digolongkan sesuai dengan kriteria kegawat daruratannya baik kategori merah di ruang resusitasi ataupun kategori kuning diruang observasi dan hijau di ruang *non urgent*.
 - d Ruang tindakan yakni ruang dimana dapat melakukan tindakan bedah minor ataupun penanganan baik pada kasus bedah ataupun non bedah.
 - e Ruang observasi yakni ruang yang diperuntukkan baik pada pasiuen dengan kondisi kategori kuning atau merah yang membutuhkan observasi.
 - f Tim penanggulangan bencana yakni tim disaster yang selalu siap saat terjadi korban massal.
3. Pelayanan yang dapat dilayani instalasi gawat darurat adalah:
 - a Pasien gawat darurat, gawat tidak darurat, darurat tidak gawat, dan pasien tidak gawat tidak darurat oleh penyakit tertentu.
 - b Pasien akibat kecelakaan (accident) yang menimbulkan cedera fisik, mental, sosial, gangguan pernafasan, susunan saraf pusat, system kardiovaskuler, trauma, berbagai luka, patah tulang, infeksi, gangguan metabolisme, keracunan, kerusakan organ, dan lain sebagainya.
 - c Penanganan kejadian sehari-hari, korban musibah masal dan bencana.
4. Standart manajemen instalasi gawat darurat
Instalasi gawat darurat harus dikelola dan di integrasikan dengan unit lainnya di rumah sakit. Dimana standar manajemen instalasi gawat darurat meliputi administrasi dan pengelolaan dengan criteria pengelolaan sebagai berikut :

- a. Ada dokter terlatih sebagai kepala instalasi gawat darurat yang bertanggung jawab atas pelayanan instalasi gawat darurat.
- b. Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan gawat darurat.
- c. Semua tenaga dokter dan perawat mampu melakukan tehnik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
- d. Ada program penanggulangan korban massa, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian didalam rumah sakit ataupun diluar rumah sakit.
- e. Semua staf/pegawai harus menyadri dan mengetahui kebijakan dan tujuan dari unit. Meliputi kesadaran sopan santun, keleluasaan pribadi (*privacy*), waktu tunggu, bahasa, perbedaan rasial, kepentingan konsultasi.
- f. Ada ketentuan tertulis tentang ,manajemen informasi medis (prosedur) rekam medic.
- g. Semua pasien yang masuk harus melalui *triage*. Bila perlu *triage* dilakukan sebelum identifikasi.
- h. *Triage* harus dilakukan oleh dokter atau perawat senior yang berijazah / berpengalaman.
- i. *Triage* sangat penting untuk penilaian kegawat daruratan pasien dan pemberian pertolongan aatau terapi sesuai dengan derajat kegawat daruratan yang dhadapi.
- j. Petugas *triage* juga juga bertanggung jawab dalam organisasi dan pengawasan penerimaan pasien dan daerah ruang tunggu.
- k. Rumah sakit hanya dapat member pelayanan terbatas pada pasien gawat darurat harus dapat mengatur untuk rujukan kerumah sakit lainnya.

Adapun criteria administrasi sebagai berikut :

- a. Ada ketentuan tertulis indikasi tentang pasien yang dirujuk rumah sakit lainnya.
- b. Ada ketentuan tertulis tentang pendamping pasien yang ditransportasi.
- c. Pasien dengan kegawatan yang mengancam nyawa harus selalu

diobservasi dan dipantau oleh tenaga terampil dan mampu. Pemantauan terus dilakukan sewaktu transportasi kebagian lain dari rumah sakit atau rumah sakit satu kerumah sakit yang lainya dan pasien harus didampingi oleh tenaga yang terampil dan mampu memberikan pertolongan bila timbul kesulitan.

5. Kriteria tenaga yang bekerja di instalasi gawat darurat adalah: Bersertifikat ATLS (Advanced Trauma Life Support) yaitu pelatihan tentang penanganan terhadap pasien korban kecelakaan, BTCLS (*Basic Trauma and Cardiac Life Support*) yaitu pelatihan kegawatdaruratan tentang penanganan kasus kardiovaskuler, dan PPGD (Pertolongan pertama Gawat Darurat) yaitu pelatihan yang di khususkan untuk menangani kasus gawat darurat.
6. Tenaga cadangan untuk unit harus diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a. Ada jadwal jaga harian bagi konsulen, dokter dan perawat serta petugas non medis yang bertugas di instalasi gawat darurat.
 - b. Pelayanan radiologi, hematologi, kimia, mikrobiologi, dan patologi harus diorganisir/diatur sesuai kemampuan pelayanan rumah sakit.
 - c. Ada pelayanan tranfusi darah selama 2 jam.
 - d. Ada ketentuan tentang pengadaan peralatan obat-obatan *life saving*, cairan infus sesuai dengan standart dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat depkes yang berlaku.
 - e. Pasien yang dipulangkan harus dapat petunjuk dan penerangan yang jelas mengenai penyakit dan pengobatan selanjutnya.
 - f. Rekam medic harus disediakan untuk setiap kunjungan. System yang optimum adalah bila rekam medic unit gawat darurat menyatu dengan rekam medic rumah sakit.
 - g. Ada bagan atau struktur organisasi tertulis disertai uraian tugas semua petugas lengkap dan sudah dilaksanakan dengan baik.
7. Standart ketenagaan
Instalasi gawat darurat harus dipimpin oleh dokter, dibantu oleh tenaga medis keperawatan dan tenaga lainnya yang telah mendapat pelatihan penanggulangan gawat darurat (PPGD) dengan criteria sebagai berikut :

- a. Jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga yang tersedia di instalasi gawat darurat harus sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
 - b. Unit harus mempunyai bagan organisasi yang dapat menunjukkan hubungan antara staff medis, keperawatan, dan penunjang medis serta garis otoritas dan tanggung jawab.
 - c. Instalasi gawat darurat harus ada bukti tertulis tentang pertemuan staff yang dilakukan secara tetap dan teratur membahas masalah pelayanan gawat dan langkah pemecahannya.
 - d. Rincian tugas tertulis sejak penugasan harus selalu ada bagi tiap petugas pada saat mulai diterima sebagai tenaga kerja.
 - e. Harus ada program penilaian untuk kerja sebagai umpan balik untuk seluruh staff.
 - f. Harus ada daftar nama petugas, nomor telpon serta alamat.
8. Standart sarana prasarana
- Sarana dan prasarana yang disediakan di instalasi gawat darurat harus menjamin efektivitas dan efisiensi bagi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam, 7 hari seminggu secara terus menerus. Dengan criteria sebagai berikut :
- a. Instalasi gawat darurat harus ada petunjuk dan informasi yang jelas bagi masyarakat dan ketertiban dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
 - b. Letak unit/instalasi harus diberi petunjuk jelas sehingga dapat dilihat dari jalan didalam maupun diluar rumah sakit.
 - c. Ada kemudahan bagi kendaraan roda empat dari luar untuk mencapai lokasi instalasi gawat darurat di rumah sakit, dan kemudahan transportasi pasien dari dan ke instalasi gawat darurat dari arah dalam rumah sakit.
 - d. Ada pemisahan tempat pemeriksaan dan tindakan sesuai dengan kondisi penyakitnya.
 - e. Daerah yang tenang agar disediakan untuk keluarga yang berduka atau gelisah.
 - f. Besarnya rumah sakit memerlukan perlu tidaknya :
 - 1) Ruang penyimpanan alat steril, obat cairan infuse, alat

kedokteran serta penyimpanan lain.

- 2) Ruang kantor untuk kepala staff, perawat dan lain-lain.
 - 3) Ruang pembersihan dan ruang pembuangan.
 - 4) Ruang rapat dan ruang istirahat
 - 5) Kamar mandi
- g. Ada system komunikasi untuk menjamin kelancaran hubungan antara unit gawat darurat dengan :
- 1) Unit lain didalam dan diluar rumah sakit terkait
 - 2) Rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya
- h. Pelayanan ambulance
- i. Unit pemadam kebakaran
- j. Harus ada pelayanan radiologi yang diorganisasi dengan baik serta lokasinya berdekatan dengan unit gawat darurat. Pelayanan radiologi harus dapat dilakukan diluar jam kerja. Pelayanan di radiologi sangat penting dan dalam unit yang besar harus terletak didalam unit. Harus tersedia untuk membaca fotountuk akomodasi staf radiologi.
- k. Tersedianya alat dan obat untuk *life saving* sesuai dengan standart pada buku pedoman pelayan gawat darurat yang berlaku.
9. Standart pengembangan staff dan program pendidikan
- Instalasi gawat darurat dapat dimanfaatkan untuk pendidikan dan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi petugas. Dengan criteria sebagai berikut :
- a. Ada program orientasi / pelatihan bagi petugas baru yang bekerja di instalasi gawat darurat.
 - b. Ada program tertulis tiap tahun tentang peningkatan keterampilan bagi tenaga di instalasi gawat darurat.'
 - c. Ada latihan secara teratur bagi petugas instalasi gawat darurat dalam keadaan menghadapi berbagai bencana (disaster).
 - d. Ada program tertulis setiap tahun bagi peningkatan keterampilan dalam bidang gawat darurat untuk pegawai rumah sakitb dan masyarakat.

10. Standart evaluasi dan pengendalian mutu

Ada upaya secara terus menerus menilai kemampuan dan hasil pelayanan instalasi gawat darurat. Dengan criteria sebagai berikut :

- a. Ada data dan informasi mengenai :
 - 1) Jumlah kunjungan
 - 2) Kecepatan pelayanan dan response time
 - 3) Pola penyakit/kecelakaan
 - 4) Angka kematian
- b. instalasi gawat darurat harus menyelenggarakan evaluasi terhadap pelayanan kasus gawat darurat sedikitnya satu kali dalam setahun. instalasi gawat darurat juga harus menyelenggarakan evaluasi terhadap kasus-kasus tertentu sedikitnya satu kali selama setahun.

C. Konsep *Triage*

1. Pengertian *triage*

Triage diambil dari bahasa Perancis “Trier” artinya mengelompokkan atau memilih (Ignatavicius, 2006 dalam Krisanty, 2009). *Triage* mempunyai tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya menurut Oman, 2008. *Triage* memiliki fungsi penting di instalasi gawat darurat terutama apabila banyak pasien datang pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan agar pasien ditangani berdasarkan urutan kegawatannya untuk keperluan intervensi. *Triage* juga diperlukan untuk penempatan pasien ke area penilaian dan penanganan yang tepat serta membantu untuk menggambarkan keragaman kasus di instalasi gawat darurat. kesimpulan Gilboy, 2010.

Triage adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya dari Zimmermann dan Herr, 2008. *Triage* juga diartikan sebagai suatu tindakan pengelompokkan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan Airway (A), Breathing (B), dan Circulation (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita.

Triage di instalasi gawat darurat Rumah Sakit harus selesai dilakukan dalam 15-20 detik oleh staf medis atau paramedis (melalui training) sesegera mungkin setelah pasien datang begitu tanda kegawatdaruratan teridentifikasi, penatalaksanaan dapat segera diberikan untuk menstabilkan kondisi pasien. Dimana *triage* dilakukan berdasarkan pada ABCDE, beratnya cedera, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien menurut Puspongoro, 2010.

Sistem klasifikasi *triage* mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan. Prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia, dan situasi terbaru yang ada. Huruf atau angka yang sering digunakan antara lain sebagai berikut.

- 1) Prioritas 1 atau emergency.
- 2) Prioritas 2 atau urgent.
- 3) Prioritas 3 atau nonurgent.

2. Prinsip *Triage*

Di Rumah Sakit, didalam *triage* 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, deformitas kotor dan 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-pasien ini mungkin memiliki kesulitan bernapas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam kehidupan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Bagus, 2007)

Menurut Brooker, (2008). Dalam prinsip *triage* diberlakukan sistem prioritas, prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat

ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan:

- a Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit,
- b Dapat mati dalam hitungan jam,
- c Trauma ringan,
- d Sudah meninggal.

3. Tujuan *Triage*

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

4. Factor-faktor yang mempengaruhi penerapan *triage*

Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain factor kinerja (*performance*), factor pasien, factor perlengkapan *triage*, factor ketenagaan dan factor *model of caring* yang digunakan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review, 2011*). Penelitian lain yang dilakukan oleh Andersson, A.K., M. Omberg, dan M. Svedlund (2007) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien. Jika faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Pelaksanaan *triage* sangat penting dilaksanakan dalam kondisi kegawatdaruratan, sehingga faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* perlu diidentifikasi serta diperlukan rekomendasi

tindak lanjut untuk memperbaikinya, khususnya masalah peningkatan mutu dan jumlah tenaga perawat, serta melengkapi dan mengoptimalkan penggunaan perlengkapan *triage*. Melalui pelaksanaan *triage*, kepuasan pasien di rumah sakit akan dapat tercapai serta kematian dan kecacatan pada kasus kegawatdaruratan dapat diminimalkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penerapan *triage* faktor yang berhubungan dengan response time perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

5. Tipe *Triage*

a. *Single Patient Triage*

1) *Emergent/immediate/priority 1*

Pasien dalam kategori ini harus mendapat prioritas pertama. Tindakan sudah dilakukan pada fase pra rumah sakit atau didalam ambulancesetiba di instalasi gawat darurat. Yang masuk kelompok ini adalah cedera berat, *infark miokard akut*, gangguan *airway*, *syok*, *anafilaksisme*.

2) *Urgent/priority 2*

Pasien dalam kategori ini harus sudah ditanggulangi dalam beberapa jam. Termasuk pasien yang secara fisiologik stabil tetapi dapat memburuk bila tidak ditanggulangi dalam beberapa jam : cedera Spinal, Stroke, Apendiciscitis, cholelitiiasis.

3) *Non urgent/delayed/priority 3*





Dalam kategori ini termasuk pasien-pasien yang dapat *Walking Wounded*. Mereka termasuk pasien yang secara haemodinamik stabil tetapi dengan cedera nyata : laserasi kulit, Kontusio, Abrasi & luka lain (fraktur tulang).

4) *Mati/non salvageable*

Sudah tidak ada nafas meskipun telah dibebaskan jalan nafas, atau cedera berat, perdarahan massif, luka bakar > 90% dikategorikan merah. Area yang tidak jelas dapat bertahan hidup

atau tidak meskipun setelah diulakukan resusitasi dan tindakan maksimum.

Table 2.1 color Tag (Pedoman BTCLS & BCLS, 2012)

Kode	Kategori
	Gawat darurat (prioritas utama) cedera berat, infark miokard akut, gangguan airway, syok, anafilaksis
	Gawat tidak darurat (prioritas kedua) cedera spinal, stroke, atau cerebral vascular accident, appendicitis.
	Tidak gawat tidak darurat (prioritas ketiga) laserasi kulit, kontusi, dan luka lainnya, seperti fraktur tulang pendek dan sendi serta demam.
	meninggal

b. *Rount multiple casualty triage*

Simple Triage & Rapid Treatment (start) The start plan dikembangkan oleh rumah sakit Hoag dan New Port Beach Fire Departement Amerika Serikat. START memungkinkan seseorang pasien dalam waktu 60 detik atau lebih dengan mengevaluasi : Respirasi, Perfusi, status Mental.

System ini ideal untuk *incident* korban massal tetapi tidak terjadi fungsional collaps rumah sakit. Ini memungkinkan paramedic untuk memilah pasien mana yang oerlu dievaluasi lebih dahulu ke rumah sakit. Salah satu cara adalah dengan berteriak “siapa yang ingin segera ditanggulangi, ikut saya,” yang mengikuti ajakan itu berarti perfusi dan oksigenasi otak baik dan berarti *Airway, Breathing, Circulation* baik, yang tidak mengikuti berarti ada masalah dengan *Airway, Breathing, Circulation, Disability, exposure nya*.

Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan massif arteri. START

dapat dengan cepat dan akurat mengklasifikasikan pasien kedalam empat kelompok terapi :

1) Hijau

Pasien sadar dan dapat berjalan dipisahkan dari pasien yang lain (termasuk pasien yang histeria) dan tinggal pasien yang tidak sadar/cedera berat (biasanya berjumlah 10%-20% dari semua pasien). Pasien hijau dapat ditransport dengan ambulans atau dengan bus/truk ke rumah sakit gedung umum, gereja, masjid, rumah sakit kecil. Pasien tetap diawasi oleh paramedic/perawat, lalu *triage* ulang.

2) Kuning

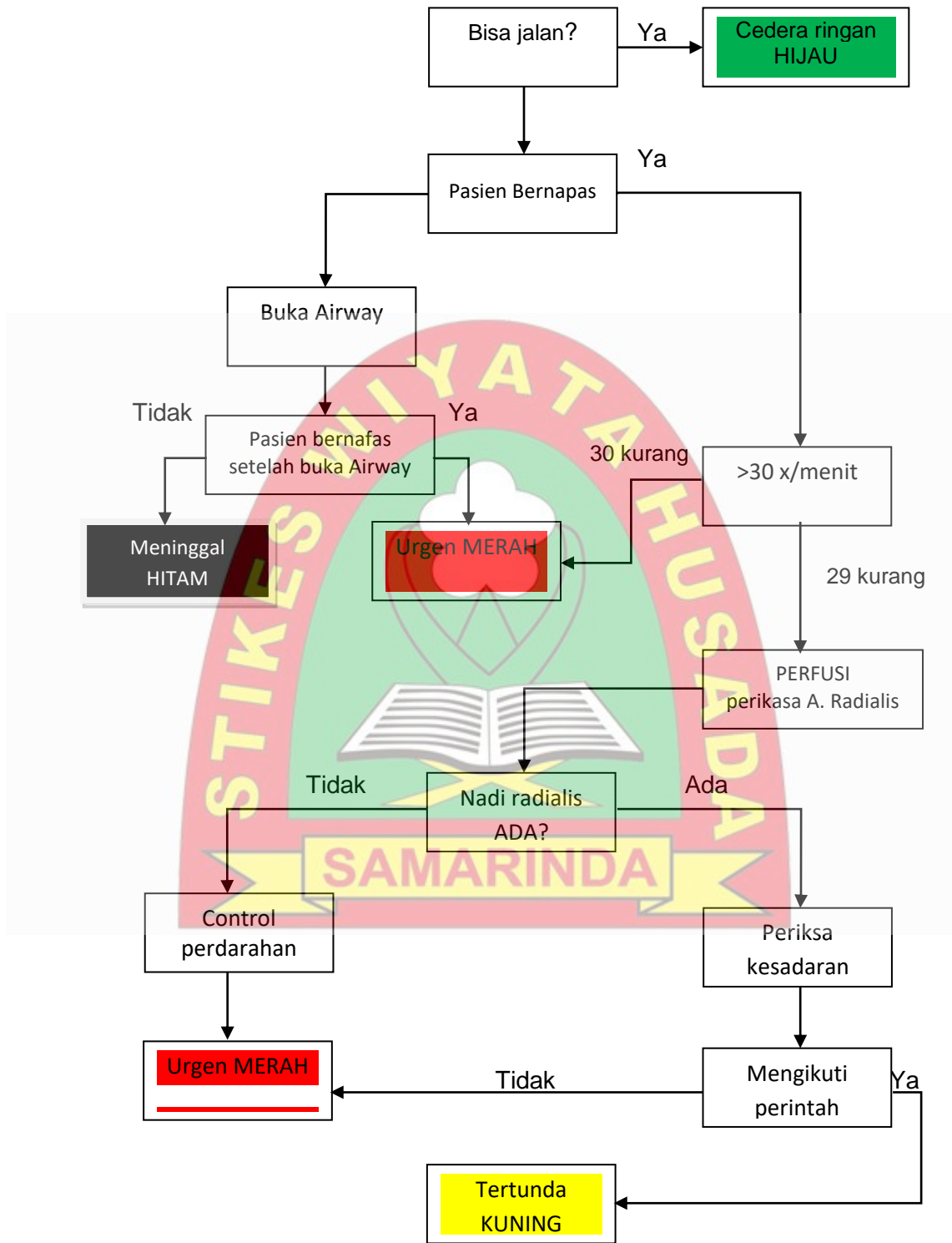
Semua pasien yang tidak termasuk golongan merah dan golongan hijau. Kelompok ini termasuk luka-luka tidak berbahaya seperti fraktur tulang pendek. Dan mereka dapat ditransport ke rumah sakit yang mampu menanggulangnya.

3) Merah

Semua pasien yang ada gangguan Airway, Breathing, Circulation, Disability & Exposure termasuk ke dalam golongan merah. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah Airwaynya dibebaskan. Pernafasan > 30/ menit, Capillary refill > 2 detik, juga pasien-pasien yang kesadarannya menurun/tidak ikut dengan golongan hijau atau kuning.

Pada fase ini tindakan hanya mengamankan Airway (suction, Oropharyngeal Airway – OPA , intubasi ETT, Laryngeal Airway - LMA). Breathing (O2 Bag & Mask, Ventilator), Circulation (balut tekan, infuse kaki diangkat), disability (Neck collar, bidai, spine Board) dan Exposure (selimut) proses START tidak lebih dari 60 detik/pasien.

Cara kerja START: evaluasi pasien kedalam 4 kategori



Skema 2.1 *Triage* metode START (Pedoman BTCLS & BCLS, 2012)

a) Respirasi

Respirasi/menit dan Adequacy of ventilations. Bebaskan jalan nafas (gigi, kotoran), Neck Collar, bila tidak bernafas Tag Hitam, bila bernafas > 30x/menit Tag merah. Bila bernafas < 30x menit evaluasi circulation perfusi.

b) Perfusi

Cara yang terbaik dan mudah, cepat untuk menilai perfusi adalah dengan melakukan *capillary naibed refill*, kalau refill terjadi dalam lebih dari 2 detik, berarti perfusi tidak adekuat pasang tag merah. Bila capillary refill kembali dalam 2 detik jangan dipasang tag dulu, tetapi evaluasi dulu keadaan Disability. Bila capillary refill tidak dapat dinilai, periksa nadi di radialis. Bila tidak teraba biasanya tekanan darah sama dengan 80 mmHg. Perlu diperhatikan bahwa keadaan ini juga diikuti oleh vasokonstriksi pembuluh darah dan daerah kulit, otot dan terpenting daerah splanknik juga terjadi vasokonstriksi terutama pada hati dan usus sudah iskemia bahkan nekrosis. Bila dalam keadaan ini dilakukan resusitasi dapat terjadi referfusin injury yang kemudian akan menyebabkan multiple organ failure – gagal organ multiple.

c) Kesadaran (status mental)

Pemeriksaan status mental dilakuakn pada pasien dengan pernafasan dan sirkulasi yang adekuat. Perintah seperti “buka mata” atau “remas tangan saya”, kalau pasien tidak mampu melakukan perintah ini tag merah dan jika pasien mampu melakukan perintah tersebut tag kuning. Pada fase ini jangan lupa untuk melakukan triage ulang golongan hijau.

4) Survey primery dan resusitasi

Sebelum memegang pasien trauma harus selalu proteksi diri terlebih dahulu. Pada tahap ini harus dicari keadaan yang mengancam nyawa :

a) Airway dengan control servikal

Pertama harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas, seiring usaha memperbaiki jalan nafas akan menyebabkan gerakan pada leher. Karena itu apabila ada kemungkinan fraktur servikal dengan mempertahankan posisi kepala, pasang kolar servikal dan pasang diatas long spine board.

b) Breathing dan ventilasi

Jalan naas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas adalah mutlak pertukaran antara oksigen dan karbondioksida dari tubuh. Tiga hal yang harus dilakukan dalam breathing : (1) nilai apakah breathing baik (look,listen,feel : pernafasan yang baik adalah pernafasan yang : frekuensi normal (dewasa rata-rata sekitar 20, anak 30, bayi 40). Tidak ada gejala dan tanda sesak. Pemeriksaan fisik baik. (2) ventilasi tambahan, apabila pernafasan tidak adekuat harus dilakukan bantuan pernafasan (assisted ventilation). Di instalasi gawat darurat sebaiknya membantu pernafasan adalah dengan memakai bag-valve-mask (ambu bag) ataupun memakai ventilator. (3) Oksigen, berikan oksigen apabila diperlukan konsentrasi oksigen yang tinggi dengan memakai re-breathing atau non-reabritring mask atau dengan kanul (berikan 5-6 LPM)

c) Circulation dengan control perdarahan

Perdarahan merupakan sebab utama kemarin pasca bedah yang mungkin dapat diatasi dengan terapi yang cepat dan tepat dirumah sakit. Syok pada penderita trauma harus dianggap disebabkan oleh hipovolemia sampai terbukti sebaliknya.

Dengan demikian diperlukan penilaian yang cepat dari status hemodinamik penderita. (1) pengenalan syok, ada dua pemeriksaan dalam hitungan detik dapat memberikan informasi mengenai keadaan haemodinamik, yakni keadaan

kulit akril yaitu apabila warna kulit dapat membantu diagnosis hipovolemia. Penderita trauma yang kulitnya kemerahan terutama pada wajah dan ekstremitas jarang yang dalam kondisi hipovolemia. Sebaliknya jika wajah pucat ke abu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat serta dingin merupakan tanda syok. (2) perbaikan volume kehilangan darah sebaiknya diganti dengan darah namun penyediaan darah memerlukan waktu karena itu pada awalnya akan diberikan cairan kristaloid 1-2 liter untuk mengatasi syok haemoragik melalui dua jalur dengan jarum intravena yang besar. Cairan kristaloid sebaiknya ringer laktat walaupun cairan natrium clorida fisiologis juga dapat digunakan.

Saat dikenali syok (penderita trauma) harus dianggap sebagai syok emoragik. Sambil dipasang infuse dilakukan penekanan pada perdarahan luar (bila ada). Bila tidak ada perdarahan luar dilakukan pencarian akan adanya perdarahan internal (5 tempat : toraks, abdomen, pelvis, tulang panjang dan retroperitonal). Sambil mencari sumber perdarahan, dilakukan evaluasi respon penderita terhadap pemberian cairan. Kemungkinan adalah respon baik setelah di guyur, tetesan diperlahan, tanda-tanda perfusi baik (kulit menjadi hangat, nadi menjadi besar dan melambat, tensi naik dan sebagainya) ini pertanda perdarahan sudah berhenti. Respon sementara adalah respon setelah tetesan dipelankan ternyata penderita masuk syok lagi. Ini mungkin disebabkan resusitasi cairan masih kurang atau perdarahan berlanjut. Respon tidak ada adalah apabila tidak ada sama sekali terhadap pemberian cairan, maka harus dipikirkan perdarahan hebat atau syok non haemoragik.

d) Disability : status neurologis dan nilai GCS

Perdarahan intracranial dapat menyebabkan kematian dengan sangat cepat, sehingga diperlukan evaluasi keadaan neurologis secara tepat. Yang dinilai disini adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil. (1) GCS (Glasgow Coma Scale) adalah system scoring yang sederhana dan dapat maramal kesudahan (outcome) penderita. Penurunan dapat disebabkan penurunan oksigenasi atau dan penurunan perfusi ke otak, atau disebabkan perlukaan pada otak sendiri. Perubahan kesadaran akan dapat mengganggu airway serta breathing yang seharusnya sudah diatasi terlebih dahulu. Penurunan tingkat GCS yang lebih dari satu, dua atau lebih harus sangat diwaspadai. (2) pupil nilai adakah perubahan pupil. Pupil yang sama tidak sama besar (anisokor) kemungkinan menandakan adanya suatu lesi mata Intra Kranial (perdarahan). Perlu diingat bahwa lesi biasanya (tidak selalu) akan terjadi pada sisi pupil yang melebar (3) Resusitasi terhadap kelainan primernya diotak tidak banyak yang dapat dilakukan, namun tugas sangat penting dari dokter yang menerima penderita trauma kapitis di instalasi gawat darurat adalah denganm menghindari cedera otak sekunder tersebut.

e) Exposure

Dirumah sakit penderita harus dibuka keseluruhan pakainnya untuk evaluasi kelainan atau injuri secara cepat pada tubuh penderita. Setelah pakaian dibuka perhatikan injury/jejas pada tubuh penderita. Harus tetap menggunakan selimut hangat pada tubuh, ruangan haruslah cukup hangat dan diberikan cairan intra vena yang sudah dihangatkan. Apabila pada primery survey dicurigai ada perdarahan dari belakang tubuh maka dilakukan log roll untuk mengetahui sumber perdarahan.

f) Folley Catheter

Pemakaian kateter urine dan lambung harus dipertimbangkan. Jangan lupa mengambil sampel urine untuk pemeriksaan. Produksi urine merupakan indicator yang peka untuk menilai keadaan hemodinamik penderita. Catatan : urin dewasa $\frac{1}{2}$ cc/kg/jam, bayi 2 cc/kg/jam. Kateter urine jangan dipakai ada dugaan rupture uretra yang ditandai oleh adanya darah dilubang uretra bagian luar (OUE/Orifisium Uretra Externa) haematoma di skrotome pada colok dubur letak prostat tidak teraba. Dengan demikian maka pemasangan urine tidak boleh dilakukan.

g) Gastric tube

Kateter lambung dipakai untuk mengurangi distensi lambung dan mencegah muntah. Isi lambung yang pekat akan mengakibatkan muntah. Darah dalam lambung dapat disebabkan adanya darah yang tertelan.

h) Heart monitoring

Monitoring hasil resusitasi didasarkan oleh ABC penderita, airway seharusnya sudah teratasi, breathing pemantauan laju nafas dan kalau ada pulse oxymetri, circulation : nadi, tekanan darah, suhu tubuh dan jumlah urin tiap jam. Bila ada sebaiknya terpasang monitor EKG, diaability : nilai tingkat kesadaran penderita dan akan perubahan pupil.

i) Foto rontgen

Pemakaian foto rontgen harus selektif dan jangan mengganggu proses resusitasi. Pada penderita dengan trauma tumpul dilakukan tiga foto rutin : servikal, toraks, (AP), Pelvis (AP). Foto servikal AP harus terlihat ke-7 ruas tulang servikal, apabila tidak terlihat harus dengan menarik kedua bahu kearah kaudal ataupun dengan swimmer view.

5) Secondary survey

Suvei sekunder adalah pemeriksaan teliti yang dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki dari depan sampai belakang dan setiap lubang dimasukkan jari (tube finger in every orifice). Sedikit mengenai pengertian stabil : penderita stabil berarti bahwa keadaan penderita yang sudah tidak menurun. Mungkin masih ada tanda syok, namun tidak bertambah berat ini berbeda dengan keadaan normal. Survey sekunder juga harus meliputi pemeriksaan yang teliti akan setiap lubang alami.

a) Anamnesis

Anamnesis harus lengkap karena akan memberikan gambaran mengenai cedera yang mungkin diderita. Anamnesis juga harus meliputi: A atau alergi, M atau Medikasi, P atau penyakit sebelumnya yang diderita, L atau Last meal dan E atau Event. dapatkan riwayat AMPLE dari penderita, keluarga atau petugas pra rumah sakit.

b) Pemeriksaan fisik

Meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

(1) Kulit kepala

Seluruh kulit kepala diperiksa. Cukup sering terjadi bahwa penderita yang nampaknya cedera ringan tiba-tiba ada darah dilantai yang berasal dari tetesan luka dibelakang kepala. Lakukan inspeksi dan palpasi seluruh kepala dan wajah untuk adanya laserasi, konusi, fraktur dan luka termal.

(2) Wajah

Ingat prinsip look, listen an feel. Apabila ada cedera sekitar mata jangan lalai memeriksa mata, karena pembengkakan dimata akan meyebabkan pemeriksaan mata selanjutnya menjadi sulit. Re evaluasi tingkat kesadaran dengan skor GCS. Pada pemeriksaan mata, periksa kornea ada cedera atau tidak, pupil isokor seta reflek cahaya, aciess visus dan aciess campus,

pemeriksaan hidung yakni apabila ada pembengkakan lakukan palpasi akan kemungkinan kepitasi dari suatu fraktur. Zygoma apabila mengalami pembengkakan jangan lupa mencari krepitasi akan adanya fracture zygoma. Telinga yaitu periksa dengan senter mengenai keutuhan membrane timpani atau adanya hemotimpanum. Lalu rahang atas yaitu periksa stabilitas rahang atas.

(3) Vertebra servikalis leher

Pada saat pemeriksaan leher, kolar terpaksa dilepas. Jangan lupa seseorang tetap lakukan fiksasi pada kepala. Periksa adanya cedera tumpul atau tajam deviasi trakea dan pemakaian otot tambahan. Palpasi akan adanya nyeri deformitas, pembengkakan, emfisema subkutan, deviasi trakea, dan simetris pulsasi. Tetap jaga imobilisasi segaris dengan proteksi servikal. Jaga airway pernafasan dan oksigenasi kontrol perdarahan cegah kerusakan otak sekunder dan lepaskan lensa kontak.

(4) Toraks

Pemeriksaan dilakukan look, listen and fee. Inspeksi dada bagian depan, samping dan belakang untuk adanya trauma tumpul atau tajam, pemakaian otot tambahan pernafasan dan ekspansi toraks bilateral. Auskultasi pada bagian depan untuk bising napas (bilateral) atau bunyi jantung. Palpasi seluruh dinding dada untuk adanya trauma tajam atau tumpul, emfisema subkutan, nyeri tekan dan krepitasi. Perkusi untuk adanya hipersonar dan keredupan. Ingat bahwa setiap cedera dibawah putting susu ada kemungkinan cedera intra abdomen pula.

(5) Abdomen

Cidera intra abdomen kadang-kadang luput terdiagnosa, misalnya pada keadaan cidera kepala dengan penurunan kesadaran, fracture verterbra dengan kelumpuhan (penderita tidak sadar akan nyeri perutnya dan gejala defans otot dan nyeri tekan/lepas tidak ada). Inspeksi depan dan belakang untuk adanya trauma tajam tumpul dan adanya perdarahan interna. Auskultasi bising usus, perkusi abdomen untuk mendapatkan nyeri lepas (ringan). Palpasi abdomen untuk nyeri tekan, defans muskuler nyeri lepas yang jelas atau uterus yang hamil. Bila ragu-ragu akan adanya perdarahan dapat dilakukan pemeriksaan DPL(Diagnostik Peritoneal Lavage) ataupun USG.

(6) Pelvis

Cidera pada pelvis yang berat akan nampak pada pemeriksaan fisik (pelvis menjadi tidak stabil). Pada cidera berat ini kemungkinan penderita akan masuk dalam keadaan syok, yang harus segera diatasi. Bila ada indikasi pasang (PASG)/gurita untuk control perdarahan dari fraktur pelvis.

(7) Ekstremitas

Pemeriksaat mengedepankan look listen and feel, pada saat inspeksi jangan lupa untuk memeriksa adanya luka dekat daerah fraktur (jika fraktur terbuka). Pada saat palpasi jangan lupa untuk memeriksa denyut nadi distal dari fraktur pada saat menggerakkan jangan dipaksakan jika jelas fraktur.

(8) Bagian punggung

Memeriksa bagian punggung dengan melakukan log roll (memiringkan penderita dengan tetap menjaga

kesegaran tubuh). Pada saat ini dapat dilakukan pemeriksaan punggung.

6) Reevaluasi penderita

Penilaian ulang penderita dengan mencatat, melaporkan setiap perubahan pada kondisi penderita dan respon terhadap resusitasi. Monitoring dari tanda vital dan jumlah urine mutlak dilakukan.

7) Transfer ke pelayanan defenitif

Tentukan indikasi rujukan, prosedur rujukan, kebutuhan penderita selama diperjalanan dan cara komunikasi dengan dokter yang akan dirujuk.

6. Proses *Triage* Keperawatan

Proses *triage* menurut (Rutenberg, 2009) mengikuti langkah-langkah proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

1) Pengkajian

Ketika komunikasi dilakukan, perawat melihat keadaan pasien secara umum. Perawat mendengarkan apa yang dikatakan pasien, dan mewaspadai isyarat oral. Riwayat penyakit yang diberikan oleh pasien sebagai informasi subjektif. Tujuan informasi dapat dikumpulkan dengan mendengarkan nafas pasien, kejelasan berbicara, dan kesesuaian wacana. Temuan seperti mengi, takipnea, batuk produktif (kering), bicara cadel, kebingungan, dan disorientasi adalah contoh data objektif yang dapat langsung dinilai. Informasi tambahan lain dapat diperoleh dengan pengamatan langsung oleh pasien. Lakukan pengukuran objektif seperti suhu, tekanan darah, berat badan, gula darah, dan sirkulasi darah. Aturan praktis yang baik untuk diingat adalah bahwa perawatan apapun dapat dilakukan dengan mata, tangan, atau hidung dengan arahan yang cukup dari perawat .

2) Diagnosa

Dalam *triage* diagnosa dinyatakan sebagai ukuran yang

mendesak. Apakah masalah termasuk ke dalam kondisi *Emergency* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan). *Urgent* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan) atau nonurgen. Diagnosa juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan, dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien untuk mencari perawatan.

3) Perencanaan

Dalam *triage* rencana harus bersifat kolaboratif. Perawat harus dengan seksama menyelidiki keadaan yang berlaku dengan pasien, mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang penting, dan mengembangkan rencana perawatan yang diterima pasien. Hal ini sering membutuhkan proses negosiasi, didukung dengan pendidikan pasien. Adalah tugas perawat untuk bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan kemungkinan pasien dapat mengikuti. Kolaborasi juga mungkin perlu dengan anggota tim kesehatan lain juga.

4) Intervensi

Dalam analisis akhir, bisa memungkinkan bahwa perawat tidak dapat melakukan apa-apa untuk pasien. Oleh karena itu harus ada pendukung lain yang tersedia, misalnya dokter untuk menentukan tindakan yang diinginkan. Untuk itu, perawat *triage* harus mengidentifikasi sumber daya untuk mengangkut pasien dengan tepat. Oleh karena itu perawat *triage* juga memiliki peran penting dalam kesinambungan perawatan pasien. Protokol *triage* atau protap tindakan juga dapat dipilih dalam pelaksanaan *triage*.

5) Evaluasi

Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi. Dalam konteks organisasi keperawatan, evaluasi adalah ukuran dari apakah tindakan yang diambil tersebut efektif atau tidak. Jika pasien tidak membaik, perawat memiliki tanggung jawab untuk menilai kembali pasien, mengkonfirmasi diagnose *urgent*, merevisi rencana perawatan jika diperlukan, merencanakan, dan kemudian

mengevaluasi kembali. Pertemuan ini bukan yang terakhir, sampai perawat memiliki keyakinan bahwa pasien akan kembali atau mencari perawatan yang tepat jika kondisi mereka memburuk atau gagal untuk meningkatkan seperti yang diharapkan. Sebagai catatan akhir, adalah penting bahwa perawat *triage* harus bertindak hati-hati, Jika ada keraguan tentang penilaian yang sudah dibuat, kolaborasi dengan medis, perlu diingat perawat *triage* harus selalu bersandar pada arah keselamatan pasien.

7. Standar Prosedur Operasional TRIAGE rumah sakit pertamina

Triage adalah Proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat serta transportasi selanjutnya. Tujuannya yakni sebagai acuan petugas triase melakukan triase terhadap pasien yang berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat. Berdasarkan kebijakan SK Menkes RI No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standart Instalasi Gawat Darurat, Keputusan Menteri Kesehatan No.106/Menkes/SK/I/2004 tentang Tim Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan Pelatihan PPGD/GELS, SK Direktur No. tentang Kebijakan Umum Pelayanan Rumah Sakit Pertamina, SK Direktur No. tentang Kebijakan. Pedoman Pelayanan Dan Pedoman Pengorganisasian Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

PROSEDUR Triase sehari - hari

1. Petugas triase melakukan identifikasi dan mengucapkan salam
2. Petugas menjaga privasi pasien
3. Petugas melakukan kebersihan tangan.
4. Petugas melakukan triase kepada pasien yang datang kurang dari 60 detik.
 - a. Pemeriksaan jalan nafas : adakah sumbatan ?
 - 1) Bila ada sumbatan masuk kategori merah.
 - 2) Bila tidak ada sumbatan masuk kategori kuning / hijau.

- b. Pemeriksaan pernafasan :
- 1) Bila henti nafas atau pernafasan kurang dari 10 kali per menit atau lebih dari 32 kali per menit masuk kategori merah.
 - 2) Bila pernafasan antara 24 sampai 32 kali per menit masuk kategori kuning
 - 3) Bila pernafasan antara 12 sampai 24 kali per menit masuk kategori hijau.
- c. Pemeriksaan sirkulasi :
- 1) Bila henti jantung atau nadi teraba lemah atau nadi kurang dari 50 kali per menit atau lebih dari 150 kali per menit atau akral dingin atau CRT (capiler refill test) lebih dari 2 detik masuk kategori merah.
 - 2) Bila nadi antara 120 sampai 150 kali per menit atau CRT kurang dari 2 detik masuk kategori kuning.
 - 3) Bila nadi antara 60 sampai dengan 100 kali per menit atau CRT kurang dari 2 detik masuk kategori hijau.
- d. Melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran.
- 1) Bila GCS (glasgow coma scale) kurang dari 12 atau kejang masuk kategori merah
 - 2) Bila GCS lebih dari 12 atau nyeri dada masuk kategori kuning.
 - 3) Bila GCS 15 masuk kategori hijau.
- e. Bila henti nafas, henti jantung dan EKG flat masuk kategori hitam.
5. Petugas triase melakukan dokumentasi di formulir pengkajian IGD di kolom triase.
6. Petugas triase menempatkan pasien sesuai kategori triase.
- a. Bila kategori merah ditempatkan di ruang resusitasi, pelayanan harus segera diberikan kurang dari 5 menit.
 - b. Bila kategori kuning ditempatkan di ruang observasi, pelayanan diberikan kurang dari 10 menit.
 - c. Bila kategori hijau diarahkan ke poli klinik IGD / unit rawat jalan, pelayanan diberikan antara 15 – 30 menit.
 - d. Bila kategori hitam petugas IGD menelpon ke kamar jenazah untuk membawa pasien ke kamar jenazah.

7. Petugas triase melakukan serah terima kepada perawat yang bertugas sesuai dengan kategori triase tersebut.
8. Petugas melakukan kebersihan tangan.

Triase pada kejadian luar biasa

1. Petugas triase melakukan identifikasi pasien dan mengucapkan salam.
2. Petugas triase menjaga privasi pasien.
3. Petugas triase melakukan kebersihan tangan.
4. Petugas melakukan triase kepada pasien yang datang kurang dari 60 detik.

a. Pemeriksaan jalan nafas

- 1) Bila ada sumbatan masuk kategori merah.
- 2) Bila tidak ada sumbatan masuk kategori kuning / hijau.

b. Pemeriksaan pernafasan

- 1) Bila henti nafas, pernafasan kurang dari 10 kali per menit atau lebih dari 32 kali per menit masuk kategori merah.
- 2) Bila pernafasan antara 24 sampai 32 kali per menit masuk kategori kuning
- 3) Bila pernafasan antara 12 sampai 24 kali per menit masuk kategori hijau.

c. Pemeriksaan sirkulasi.

- 1) Bila henti jantung atau nadi teraba lemah atau nadi kurang dari 50 kali per menit atau lebih dari 150 kali per menit, akral dingin, CRT lebih dari 2 detik masuk kategori merah.
- 2) Bila nadi antara 120 sampai 150 kali per menit atau CRT kurang dari 2 detik masuk kategori kuning.
- 3) Bila nadi antara 60 sampai dengan 100 kali per menit atau CRT kurang dari 2 detik masuk kategori hijau.

d. Melakukan pemeriksaan tingkat kesadaran.

- 1) Bila GCS kurang dari 12 atau kejang masuk kategori merah
- 2) Bila GCS lebih dari 12 atau nyeri dada masuk kategori kuning.
- 3) Bila GCS 15 masuk kategori hijau.

e. Bila henti nafas, henti jantung dan EKG flat masuk kategori hitam.

5. Petugas triase melakukan pendokumentasikan di kartu triase.
6. Petugas triase memasang kartu triase di pergelangan tangan pasien dan melipat kartu triase sesuai dengan kategori triasenya.
7. Perawat Instalasi Gawat Darurat menempatkan pasien sesuai kategori triase.
 - a. Kategori merah ditempatkan di ruang resusitasi.
 - b. Kategori kuning ditempatkan di ruang Koridor Instalasi Gawat Darurat.
 - c. Kategori hijau ditempatkan di ruang tunggu Instalasi Gawat Darurat dan koridor radiologi.
8. Petugas Instalasi Gawat Darurat yang lain melakukan pertolongan sesuai prioritas kebutuhan pasien.
 - a. Prioritas tertinggi : kategori merah.
 - b. Prioritas tinggi : kategori kuning.
 - c. Prioritas sedang : kategori hijau.
 - d. Prioritas akhir : kategori hitam.
9. Petugas melakukan dokumentasi tindakan di kartu triase
10. Petugas melakukan kebersihan tangan.

D. Konsep *response time*

1. Pengertian *response time*

Response time yaitu suatu kemampuan untuk pelayanan yang cepat (responsif). Pelayanan adalah suatu bagian atau urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain, sedangkan melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang. Pelayanan cepat menentukan kepuasan pasien. Berapa lama pasien harus menunggu di loket pendaftaran hingga dia mendapatkan kartu, demikian hal ketika menunggu untuk diperiksa dokter, di apotik, dan di laboratorium. Kecepatan Pelayanan yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan menurut Kepmen, 2003.

Kecepatan pelayanan dalam hal ini adalah pelaksanaan tindakan atau pemeriksaan oleh dokter dan perawat dalam waktu kurang dari 5 menit dari pertama kedatangan pasien di instalasi gawat darurat, Waktu tanggap pada sistem *realtime*, didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi pertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi, disebut dengan event *response time*. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap angka keterlambatan pelayanan *pertama gawat darurat/emergency response time rate* data yang diambil dari WHO,2007.

Yoon *et al* (2003) mengemukakan terdapat dua factor yang mempengaruhi *response time*, factor internal dan eksternal yaitu ketersediaan *stretcher*, ketersediaan alat atau obat-obatan, beban kerja perawat, karakter pasien, penempatan staf, waktu tiba pasien, pelaksanaan manajemen strategi pemeriksaan dan penanganan yang dipilih. Hal ini bisa menjadi pertimbangan dalam menentukan konsep tentang *response time* penanganan kasus di instalasi gawat darurat rumah sakit.

2. Kategori *response time* dalam triage

a. Skala Triage Australia

Skala triage Australia ini banyak digunakan di instalasi gawat darurat rumah sakit di Australia. Penghitungan waktu dimulai sejak pasien pertama kali tiba di instalasi gawat darurat, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan triage. Selain itu, proses triage meliputi pemeriksaan kondisi kegawat daruratan pasien secara menyeluruh.

Tabel 2.2. Skala Triage Australia

Tingkat	Waktu Perawatan
Sangat mengancam hidup	Langsung
Sedikit mengancam hidup	10 menit
Beresiko mengancam hidup	30 menit
Darurat	60 menit
Biasa	120 menit

b. Skala Triage Kanada

Sekelompok dokter dan perawat di Kanada mengembangkan skala akuitas dan triage lima tingkat. Setiap tingkat triage mewakili beberapa keluhan dari pasien. Pada triage tingkat 1, contoh kasusnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas akut, dan lain-lain. Sementara itu, triage tingkat 5, contohnya pasien terkilir, luka ringan, dan sebagainya. Triage yang dilakukan oleh perawat harus berdasarkan ilmu dan pengalaman tentang proses pemilihan pasien berdasarkan tingkat kedaruratannya.

Dalam melakukan proses triage, perawat mengambil keputusan tentang: seberapa lama pasien dapat menunggu tindakan sebelum perawat melakukan pengkajian secara komprehensif dan seberapa lama pasien dapat menunggu untuk selanjutnya diperiksa dokter yang akan merawatnya. Jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan tersebut membantu menentukan tingkat kedaruratan pasien di mana respons pasien pada setiap levelnya dapat berbeda-beda.

Tabel 2.3. Skala Triage Kanada

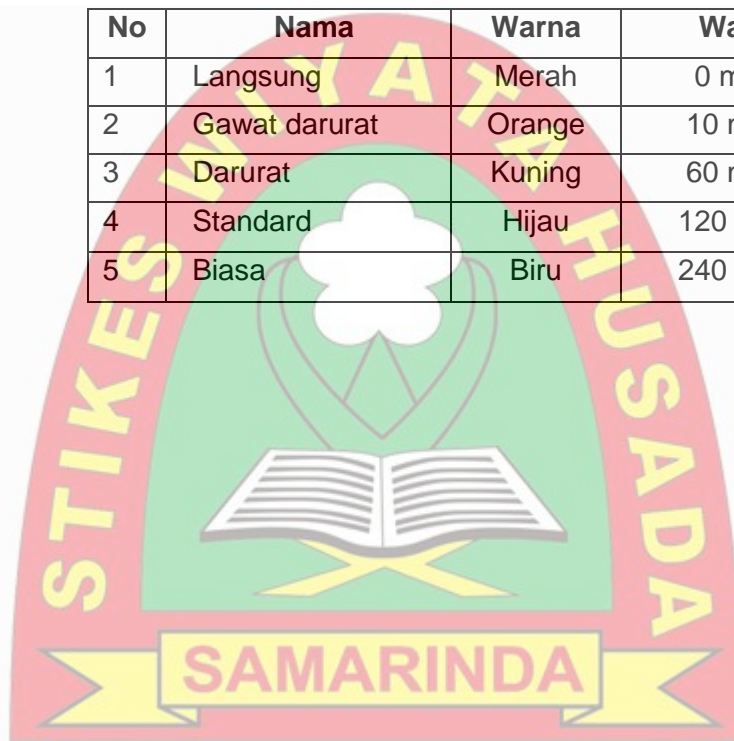
Tingkat	Waktu untuk Perawat
Resusitasi	Langsung
Gawat Darurat	Langsung
Darurat	<30 menit
Biasa	<60 menit
Tidak Gawat	<120 menit

c. Skala Triage Manchester

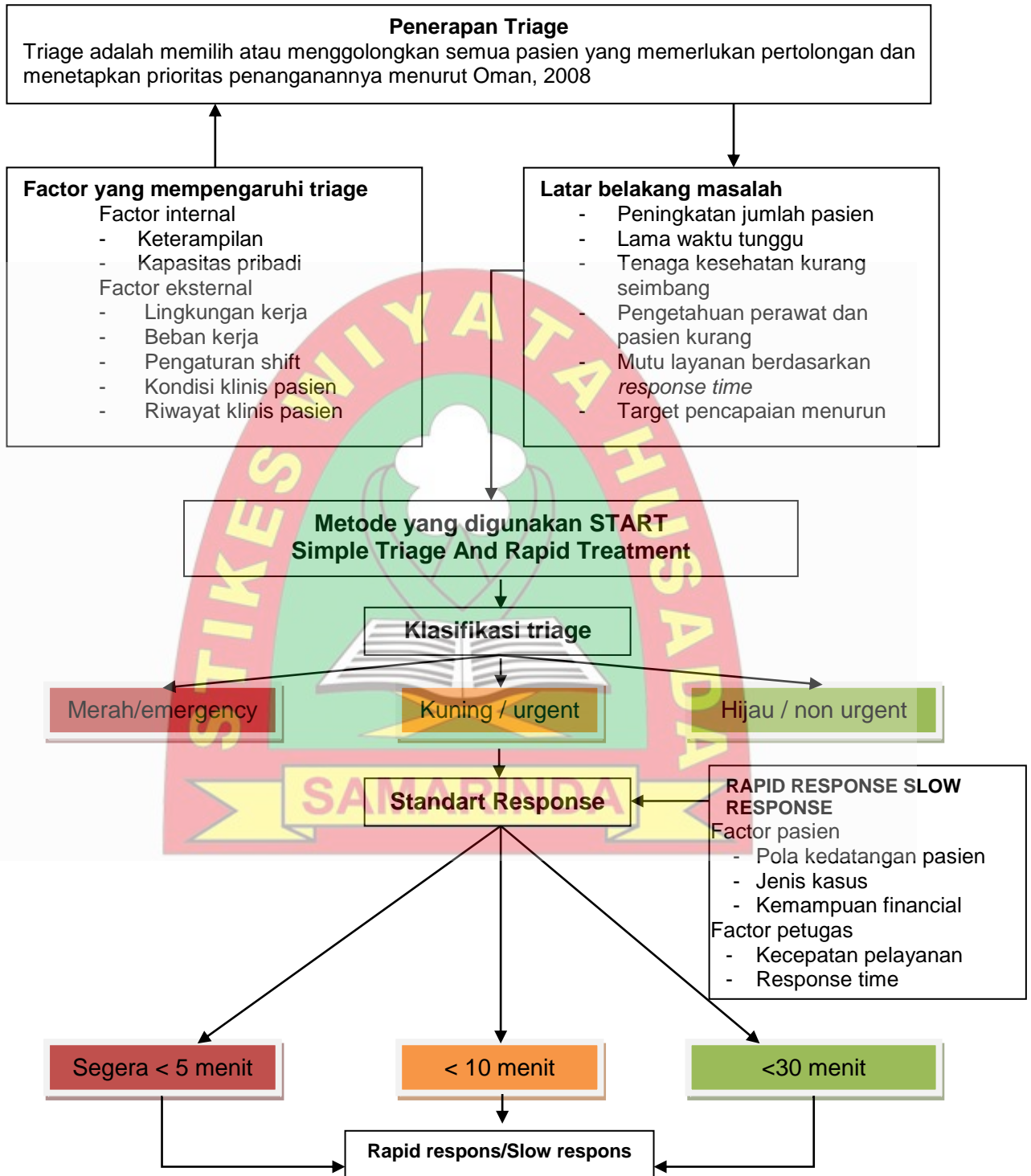
Skala triage Manchester dikembangkan di Inggris oleh kelompok perawat dan dokter gawat darurat. Setiap tingkatan pada triage ini diberi nama, nomor, dan warna sebagai pedoman perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien. Perawat menanyakan tanda dan gejala kepada pasien, jawaban iya dari pasien menunjukkan tingkat kedaruratan pasien.

Tabel 2.3. 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



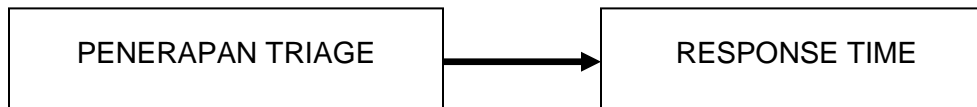
E. Kerangka Teori Penelitian



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian Andersson,A.K., M. Omberg, dan M.Svedlund (2007)

F. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2010). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Adapun kerangka teori dari penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

G. Hipotesis atau Pernyataan Penelitian

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihannya secara empiris (Nursalam, 2008). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan.

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan antara penerapan *triage* merah dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan dan tidak ada hubungan antara penerapan *triage* kuning dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Arikunto, 2010). Penelitian ini menggunakan desain penelitian potong lintang/*cross sectional*. Arikunto (2010), mendefinisikan *cross sectional* (pendekatan silang) sebagai pengambilan data yang dilakukan dalam waktu yang bersamaan. Nursalam (2011), mendefinisikan *cross sectional* (hubungan dan asosiasi) adalah jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali atau pada satu saat.

Penelitian potong lintang/*cross sectional* dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran dan keterangan-keterangan mengenai penerapan *triage* dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan tahun 2017.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian ini adalah di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan yang memenuhi kriteria inklusi.
2. Waktu penelitian.

Penelitian dilakukan pada tanggal 01 Juni sampai dengan 30 Juli 2017.

C. Populasi dan Sampel/Subjek Penelitian.

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang berada di instalasi gawat darurat di rumah sakit pertamina Balikpapan dengan jumlah sebanyak 20 perawat. Penelitian menggunakan lembar observasi baik di

penerapan *triage* dan juga *response time* pada pasien dengan kategori merah dan kuning.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang berada di instalasi gawat darurat di rumah sakit pertamina Balikpapan.

D. Teknik Pengambilan Sampel dan Kriteria inklusi dan eksklusi

1. Teknik pengambilan sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah Total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2009). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2009) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya. Karena jumlah perawat instalasi gawat darurat terbatas, maka peneliti mengambil seluruh perawat yang bekerja di instalasi gawat darurat menjadi responden, yaitu 20 responden.

2. Kriteria Pemilihan Subyek penelitian

Teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria pemilihan yang telah ditetapkan, kriteria pemilihan subjek tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi (Nursalam, 2008). Karakteristik sampel yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi Perawat bekerja di instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan yakni perawat yang berjaga shift pagi, siang dan malam, minimal selama 3 tahun, berpendidikan minimal D3 keperawatan, sudah mendapat pelatihan BTCLS dan PPGD, bersedia menjadi informan, berusia 25-45 tahun, tidak sedang cuti. Adapun Kriteria eksklusi pada penelitian ini meliputi perawat yang belum bekerja lebih dari 3 tahun,

perawat yang sedang sakit atau mengalami kelemahan, dan yang tidak bersedia memberi informasi dan perawat yang bekerja diluar instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan. Dengan criteria pasien yang menjadi subyek penelitian yakni pasien dalam kategori merah dan kuning, dengan menggunakan lembar observasi.

E. Variabel penelitian dan Defenisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati (diukur), memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2011). Definisi operasional dalam penelitian ini adalah

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel Independen	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Penerapan triage	Segala sesuatu dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan triage sesuai SPO pada pasien gawat darurat kategori merah dan kuning di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan	Menggunakan lembar observasi dengan 15 butir pernyataan yang akan dilakukan oleh perawat dengan pasien kategori merah dan kuning	Hasil ukur penerapan triage merah Skor 0-10 = 1 responden Skor11-15= 7 responden triage kuning Skor 0-10 = 2 responden Skor11-15=10 responden (Rs.Pertamina Balikpapan 2015)	Ratio
Response time perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan	Perilaku perawat yang menunjukkan kecepatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan	Lembar observasi dengan 5 kriteria yang diukur berdasarkan pasien dengan kategori merah dan kuning	0 menit 1 menit 2 menit 3 menit 4 menit 5 menit <u>Triage merah</u> Skor 0- 5 menit = 7 responden Skor 6-10 menit = 1 responden	Interval

Triage kuning

Skor 0- 10 menit = 12
responden

Skor 10-30 menit = 0
responden

(Depkes RI,2012)

F. Sumber Data dan instrument penelitian

1. Sumber data

Sumber data adalah salah satu pertimbangan dalam memilih masalah penelitian. Yang dimaksud sumber data dalam penelitian adalah subyek dari mana data dapat diperoleh. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua sumber data yaitu

- a. Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri atau dirinya sendiri. Ini adalah data yang belum pernah dikumpulkan sebelumnya, baik dengan cara tertentu atau pada periode waktu tertentu. Adapun yang menjadi sumber data primer dalam penelitian ini adalah perawat yang berada di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan.
- b. Data sekunder adalah data yang dikumpulkan oleh orang lain, bukan peneliti itu sendiri. Data ini biasanya berasal dari penelitian lain yang dilakukan oleh lembaga-lembaga atau organisasi seperti BPS dan lain-lain. Dalam penelitian ini sumber data sekunder didapatkan melalui lembar observasi Hal ini bertujuan agar hasil penelitian yang didapatkan oleh peneliti akurat.

2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian (Indrawan dan Yaniawati, 2014). Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yaitu dengan menggunakan modifikasi lembar observasi. Lembar observasi penerapan triage di ruang instalasi gawat darurat dengan modifikasi sesuai dengan SPO di ruang instalasi gawat

darurat rumah sakit pertamina Balikpapan. Lembar observasi terdiri dari 15 item tindakan yang dilakukan oleh perawat instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan dalam menangani kasus *triage* merah dan juga *triage* kuning. Lembar observasi terdiri dari 15 pernyataan yang sudah sesuai dengan SPO dengan klasifikasi penilaian skor penerapan 0-15 (RS.Pertamina Balikpapan, 2015). .

Lembar observasi merupakan lembar observasional yang berhubungan dengan *response time* perawat dalam melakukan *triage* secara cepat dengan criteria pembagian yakni 0-5 menit pada *triage* merah dan criteria pembagian yakni 0-10 menit pada *triage* kuning (Depkes RI, 2012). Lembar observasi ini hasil modifikasi dari lembar observasi yang sudah ada dengan mengacu pada SPO dan tidak perlu melakukan uji validitas dan reabilitas.

G. Uji Validitas dan Reabilitas Pemeriksaan Keabsahan Data

Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reabilitas dikarenakan instrument yang digunakan adalah lembar observasi/pengamatan secara langsung terhadap tindakan penerapan *triage* dan *response time* perawat baik pada kategori merah dan kategori kuning.

H. Pengolahan Data

1. Pengolahan Data

Menurut Mundir (2013) setelah lembar observasi diisi maka data diolah melalui tahapan sebagai berikut:

- a. *Editing* yaitu meneliti kembali apakah isian dalam lembar observasi sudah lengkap dan diisi, editing dilakukan ditempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dikonfirmasi pada responden. Dengan demikian diharapkan akan diperoleh data yang valid dan dapat dipertanggung jawabkan, yang perlu dicek adalah:
 - 1) Kelengkapan pengisian.
 - 2) Keserasian (*consistency*).
 - 3) Lengkap yaitu semua pernyataan sudah terisi.

- b. *Coding* adalah usaha pengklasifikasian jawaban dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan coding, jawaban responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka.
- c. *Tabulating* yaitu langkah memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel-tabel sesuai kriteria yang telah ditentukan. Pada saat memasukkan data peneliti harus tetap teliti karena salah sekali dalam memasukkan data, maka hasil yang yang didapatkan tidak sesuai.
- d. *Entry data* yaitu memasukkan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data dengan menggunakan bantuan program komputer
- e. *Cleaning* yaitu mengecek kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak, membuang data yang sudah tidak dipakai.

I. Analisa Data

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

1. Uji Normalitas

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

Pengujian distribusi normal dapat dilakukan dengan dua alat statistic yaitu dengan metode *Kolmogorov smirnov* dan *Shapiro wilk*. Uji normalitas *kolmogorov-smirno* digunakan jika sampel (> 50) dengan nilai kemaknaan $p > 0,05$, sedangkan *shapiro wilk* digunakan jika sampel (< 50) dengan nilai kemaknaan $p > 0,05$. Untuk penyajian data, bila distribusi normal menggunakan mean atau standar deviasi, jika distrubusi data tidak normal

diajarkan menggunakan median dan data minimum-maksimum. Untuk uji hipotesis, jika distribusi normal, menggunakan uji parametrik, sebaliknya jika data distribusinya tidak normal menggunakan uji non parametrik (Sugiyono, 2010).

2. Analisa Univariat

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

3. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara penerapan *triage* dengan *response time* perawat diruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat penelitian ini menggunakan uji pearson jika distribusi sebaran data normal. Adapun rumus yang digunakan dengan data berskala rasio adalah sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{(N)(SDx)(SDy)}$$

keterangan :

r_{xy} : korelasi x dan y

$\sum xy$: jumlah keseluruhan dari x dikali dengan y

N : jumlah subyek penelitian

SDx : standar deviasi x

SDy : standar deviasi y

Pada hasil uji statistic menggunakan uji pearson untuk triage merah diperoleh hasil nilai p value : 0.012 yang menunjukkan bahwa korelasi antara penerapan triage dan response time bermakna, sehingga H_a diterima. Nilai korelasi pearson sebesar -0.825 menunjukkan korelasi negative dengan

kekuatan korelasi sangat lemah. Dan untuk triage kuning diperoleh hasil nilai p value : 0.75 yang menunjukkan bahwa korelasi antara penerapan triage dan response time tidak bermakna, sehingga H_0 diterima. Nilai korelasi pearson sebesar -0.12 menunjukkan korelasi negative dengan kekuatan korelasi sangat lemah.

J. Etika Penelitian

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

1. *Informed Consent*

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

2. *Anonimitas*

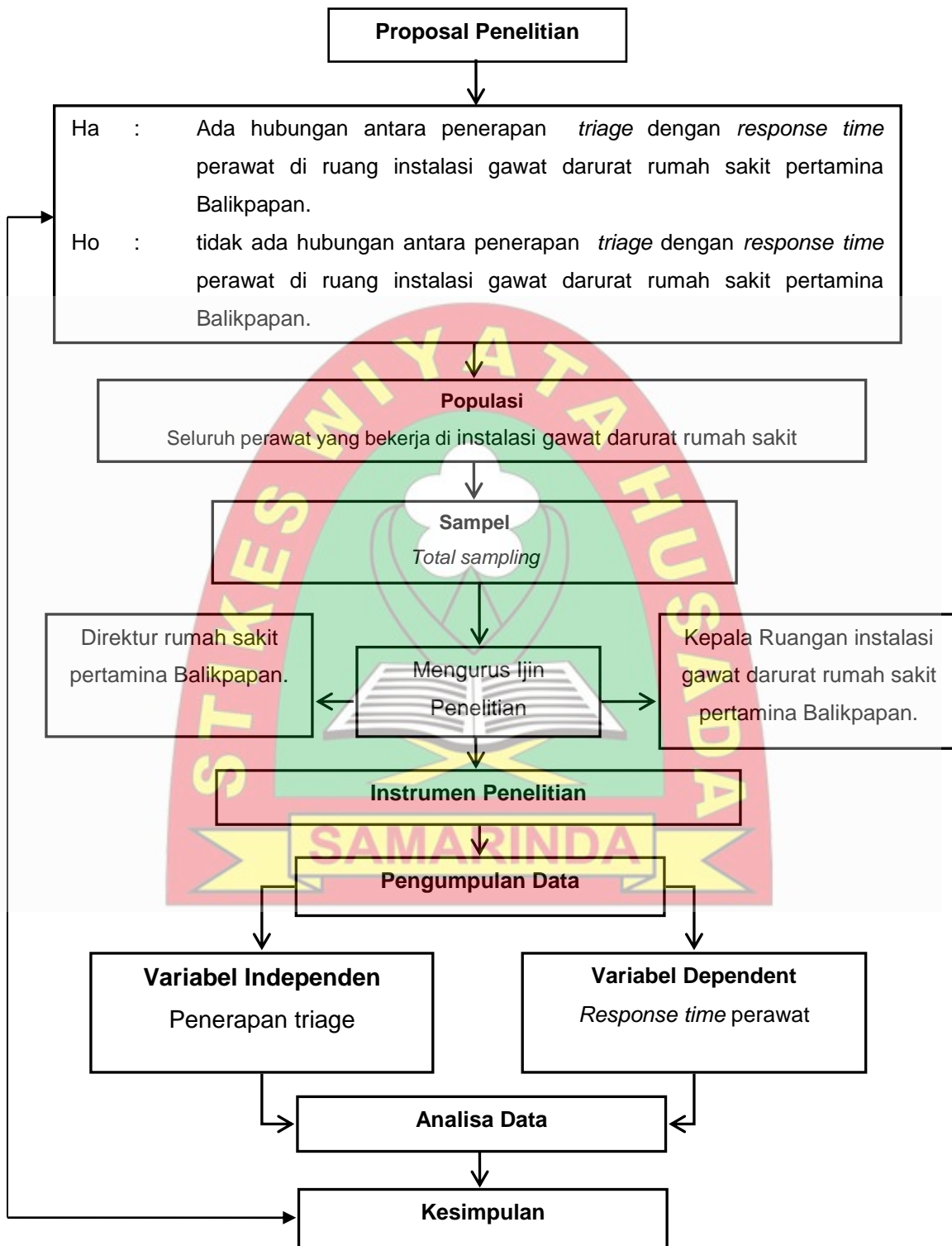
Yaitu untuk menjaga kerahasiaan responden, tetapi lembar persetujuan diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti

3. *Confidentiality*

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

4. *Respect for persons* (Prinsip menghormati harkat martabat manusia)
Merupakan bentuk penghormatan terhadap harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya sendiri. Penelitian yang dilakukan harus menghormati otonomi responden dan melindungi responden terhadap otonominya yang terganggu atau kurang. Peneliti menghormati hak subjek penelitian, apakah subjek tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak, dengan memberikan Informed Consent (lembar persetujuan) pada subjek penelitian.
5. *Beneficence* (Prinsip etik berbuat baik)
Penelitian yang dilakukan dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan kerugian minimal, resiko penelitian harus wajar dibanding manfaat yang diharapkan, memenuhi persyaratan ilmiah, peneliti mampu melaksanakan penelitian dan sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian serta tidak mencelakakan atau melakukan hal-hal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) subjek penelitian.
6. *Justice* (Prinsip etik keadilan)
Penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta distribusi seimbang dan adil dalam hal beban dan manfaat keikutsertaan dalam penelitian.
7. *Balancing harms and benefits* (memperhatikan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan). Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficen*) Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan (*nonmaleficence*), apabila intervensi penelitian berpotensi penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stress, maupun kematian subjek penelitian

K. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilaksanakan pada tanggal 01 Mei sampai dengan 10 Juli 2017 di rumah sakit Pertamina Balikpapan. Lembar observasi diisi sesuai dengan jumlah perawat yang sesuai kriteria inklusi dengan jumlah 20 orang. Adapun penelitian dilakukan di ruang instalasi gawat darurat dan rumah sakit Pertamina Balikpapan. Selama penelitian tidak ada responden yang *drop out*. Responden dilakukan observasi oleh peneliti dan hasil observasi dicantumkan pada lembar observasi yang telah tersedia. Sebelum dilakukan analisis data dengan uji *spearman* harus memenuhi syarat uji normalitas, dan linearitas, yang dijelaskan sebagai berikut :

A. Hasil Uji Normalitas Data

Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan *shapiro wilk* karena jumlah sampel kurang dari 50, dimana data dikatakan berdistribusi normal jika nilai signifikannya $> 0,05$ dan berdistribusi tidak normal jika nilai signifikannya $< 0,05$. Hasil uji normalitas pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Normalitas Data Triage Merah

	Mean	Median	SD	Min-mak	95% CI	Shapiro-wilk
Skor triage	12.87	13.50	1.73	10-15	11.43-14.32	0.43
Skor response time	2.93	1.89	2.30	1.4-7.5	1-4.9	.005

Berdasarkan Uji *Shapiro-wilk*test diperoleh *p value* untuk variable penerapan *triage* didapatkan hasil signifikansi sebesar : $0.43 > \alpha = 0,05$ sehingga data memenuhi syarat dan berdistribusi normal dan nilai signifikansi *response time* perawat hasil signifikansi sebesar : $0.005 < \alpha = 0,05$, sehingga data tidak memenuhi syarat dan berdistribusi tidak normal.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Normalitas Data Triage Kuning

	Mean	Median	SD	Min-mak	95% CI	Shapiro-wilk
Skor triage	12.67	12.50	1.61	10-15	11.6-13.7	0.14
Skor response time	5.2	5.5	1.09	3.1-6.4	4.5-5.9	.04

Berdasarkan *Uji Shapiro-wilktest* diperoleh *p value* untuk variable penerapan *trriage* didapatkan hasil signifikansi sebesar : $0.14 > \alpha = 0,05$ sehingga data memenuhi syarat dan berdistribusi normal dan nilai signifikansi *response time* perawat hasil signifikansi sebesar : $0.04 < \alpha = 0,05$, sehingga data tidak memenuhi syarat dan berdistribusi tidak normal.

B. Uji Linearitas

Uji linearitas pada penelitian yaitu menggambarkan sebaran data dengan menggunakan *graphic scatter*. Dengan syarat hubungan antara variable penerapan triage dengan *response time* perawat bersifat linear maka uji pearson dapat dilakukan. Hasil uji linearitas pada penelitian ini dapat dilihat pada lampiran 8. Berdasarkan grafik *scatter* (tebar), hubungan antara penerapan triage dan *response time* perawat bersifat linear. Dengan demikian, kita dapat melakukan uji pearson.

C. Hasil Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini yaitu mengidentifikasiskor rata-rata penerapan triage dan *response time* perawat diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan.

1. Skor rata-rata penerapan triage diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Tabel 4.3 :Skor rata-rata penerapan triage merah diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Skor Penerapan Triage merah	N	Mean	Median	SD	Min-Max
11-15	7	11.26	11.81	1.51	8.75-13.13
0-10	1	1.61	1.68	0.22	1.25-1.875
Σn	8	12.87	13.50	1.73	10-15

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh gambaran bahwa dari 8 perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini paling banyak melakukan penerapan tindakan triage merah dengan baik yaitu berjumlah 7 responden (87.5%), sedangkan penerapan tindakan triage merah yang tidak baik adalah 1 responden (12.5%).

Tabel 4.4 :Skor rata-rata penerapan triage kuning diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Skor Penerapan <i>Triage</i> kuning	N	Mean	Median	SD	Min-Max
11-15	10	10.56	10.42	1.34	8.3-12.5
0-10	2	2.11	2.08	0.27	1.67-2.5
Σn	12	12.67	12.50	1.61	10-15

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh gambaran bahwa dari 12 perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini paling banyak melakukan penerapan tindakan triage kuning dengan baik yaitu berjumlah 10 responden (83.3%), sedangkan penerapan tindakan triage kuning yang tidak baik adalah 2 responden (16.7%). Hal ini menunjukkan baik pada penerapan triage merah dan triage kuning perawat diruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan telah menerapkan triage dengan baik dan sesuai SPO yang ada.

2. Waktu rata-rata *response time* diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Tabel 4.5 :Waktu rata-rata *response time Triage* merah diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Skor <i>response time Triage</i> merah	Frekuensi	Mean	Median	SD	Min-Max
0-5 menit	6	2.2	1.42	1.73	1.05-5.63
6-10 menit	2	0.73	0.48	0.58	0.35-1.88
Σn	8	2.93	1.89	2.30	1.4-7.5

Berdasarkan tabel 4.5 diperoleh gambaran bahwa dari 8 perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini pada *trriage* merah paling cepat *response time* nya yaitu berjumlah 6 responden (75%), sedangkan yang tidak cepat *response time* nya yaitu berjumlah 2 responden (25%).

Tabel 4.6 : Waktu rata-rata *response time Triage* kuning diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan 2017

Waktu Response Time kuning	Frekuensi	Mean	Median	SD	Min-Max
0-10 menit	12	5.2	5.5	1.09	3.1-6.4
11-30 menit	0	0	0	0	0
Σn	12	5.2	5.5	1.09	3.1-6.4

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh gambaran bahwa dari 12 perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini semua respondennya memiliki waktu rata-rata *response time* yang cepat. Hal ini menunjukkan bahwa perawat yang bekerja dirumah sakit pertamina rata-rata memiliki waktu tanggap yang baik dimana kedatangan pasien yang membutuhkan penanganan segera dapat dilayani atau diberi pertolongan sesuai indikasi dengan rentang waktu 3 hingga 6 menit.

D. Hasil Analisa Bivariat

Hasil analisa bivariat pada penelitian ini akan menguraikan hubungan variable penerapan *triage* dengan *response time* perawat di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan. Analisa bivariat menggunakan uji korelasi *pearsons*, karena salah satu data berdistribusi normal dan uji linearitas terpenuhi maka uji statistik dapat dilakukan. Penyajian hasil akan menganalisis masing-masing variabel lalu menghubungkan variable - variabel tersebut yang dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.7 : Hasil Analisis Hubungan penerapan *triage* merah dengan *response time* perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit pertamina Balikpapan Tahun 2017

Variabel	n	P value	r <0.05
Penerapan <i>triage</i> merah <i>response time</i>	8	0.01	-0.83

Hasil uji korelasi *Pearson* yang ditunjukkan oleh tabel 4.7 di atas dengan nilai $p = 0.01$ hal ini menunjukkan korelasi antara penerapan *triage* kategori merah dan *response time* terdapat hubungan, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi sangat lemah. maka H_a diterima, artinya ada hubungan penerapan *triage* kategori merah dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan.

Tabel 4.8 : Hasil Analisis Hubungan penerapan triage kuning dengan response time perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit pertama Balikpapan Tahun 2017

Variabel	n	P value	r
Penerapan triage kuning response time	12	0.75	-0.1

Hasil uji korelasi *Pearson* yang ditunjukkan oleh tabel 4.8 di atas dengan nilai $p = 0.75$ hal ini menunjukkan korelasi antara penerapan triage kuning dan response time tidak bermakna, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi sangat lemah. maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan penerapan triage kategori kuning dengan response time perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertama Balikpapan.

E. Pembahasan

Hasil pengolahan data pada penelitian ini akan dibahas dan dijabarkan sampai dengan tujuan pada penelitian ini data yang diperoleh telah dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat untuk melihat hubungan penerapan triage dengan response time perawat diruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertama.

1. Mengidentifikasi skor rata-rata Penerapan Triage

Diperoleh gambaran bahwa dari 20 perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertama Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini paling banyak memberikan penerapan triage dengan kategori merah sebanyak 7 responden (87.5%) dengan skor rata-rata 13, dikategorikan baik sesuai acuan SPO rumah sakit yang berlaku sedangkan penerapan triage dengan kategori merah yang kurang baik yaitu berjumlah 1 perawat (12.5%) dengan skor rata-rata 10, hal ini menunjukkan bahwa perawat diruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertama Balikpapan sudah menerapkan triage kategori merah dengan baik sesuai SPO yang berlaku.

Dan Diperoleh gambaran bahwa dari 20 perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertama Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini paling banyak memberikan penerapan triage dengan kategori kuning sebanyak 10 responden (83.3%) dengan skor rata-rata 13, dikategorikan baik sesuai acuan SPO rumah sakit yang berlaku sedangkan penerapan triage dengan kategori kuning yang kurang baik yaitu berjumlah 2

perawat (16.7%) dengan skor rata-rata 10, hal ini menunjukkan bahwa perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan sudah menerapkan triage kategori kuning dengan baik sesuai SPO yang berlaku.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang telah dilakukan oleh Wa Ode (2012) dimana penerapan triage memegang peranan besar dalam memberikan angka kehidupan dan mengurangi kecacatan yang dapat dialami karena keterlambatan pertolongan. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan besar dalam melakukan triage dimana sudah lebih dari 50 % perawat di ruang instalasi tersebut telah melakukan tindakan triage.

Salah satu manfaat yang didapat dalam melakukan penerapan triage di ruang instalasi gawat darurat adalah pasien dalam kategori merah atau emergency dapat segera mendapat pelayanan dan pertolongan tidak berdasar pada waktu kedatangan mereka. Manfaat lainnya adalah efisiensi waktu yang sangat memegang peran dalam angka kehidupan pasien. Oleh karena itu peran perawat sangat penting karena sebagai ujung tombak di instalasi gawat darurat, peran perawat sangat menentukan tingkat kelangsungan hidup pasien. Pelatihan dan pengalaman memegang kunci dalam penerapan triage di rumah sakit Pertamina Balikpapan.

Penerapan triage di rumah sakit Pertamina Balikpapan sudah sesuai dengan standart akreditasi yang berlaku dan dari penelitian ini dapat disimpulkan 80% perawat yang bekerja di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan telah menunjukkan hasil yang baik dimana SPO yang berlaku di terima dan dilaksanakan dengan baik. Peneliti tidak menemukan perbedaan yang berarti diantara penerapan triage baik dikategori kuning maupun kategori merah. Hal ini pula menunjukkan bahwa perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan tidak membedakan pasien baik yang bersifat emergency ataupun yang bersifat urgent.

2. Mengidentifikasi *Response Time*

Diperoleh gambaran bahwa dari 20 perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini

paling banyak memberikan response time yang baik dengan kategori triage merah sebanyak 6 responden (75%) dengan waktu rata-rata 1-4 menit, dikategorikan baik sesuai acuan SPO rumah sakit yang berlaku sedangkan response time dengan kategori merah yang kurang baik yaitu berjumlah 2 perawat (25%) dengan waktu rata-rata 5-6 menit, hal ini menunjukkan bahwa perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan response time pada triage kategori merah baik sesuai SPO yang berlaku namun terdapat 2 perawat yang belum cukup baik dalam memberikan waktu response time yang baik dimana standart akreditasi pada pasien dengan kategori merah haruslah dibawah 5 menit.

Dan Diperoleh gambaran bahwa dari 20 perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan yang terlibat dalam penelitian ini paling banyak memberikan waktu tanggap atau response time dengan kategori kuning kesemuanya sudah sangat baik karena waktu yang diberikan pada pasien dengan kondisi triage kuning dibawah 10 menit, hal ini menunjukkan bahwa perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan pencapaian response time pada triage kategori kuning sangat baik dan sesuai SPO yang berlaku.

Menurut moewardi (2007) salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap atau *response time* sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat.

Hasil penelitian ini menggambarkan hal yang serupa dengan Sabriyanti (2012) dalam penelitiannya tentang factor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus *response time* di instalasi gawat darurat bedah dan non bedah RSUP DR. Wahidin sudirohusodo, yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketepatan waktu tanggap dan angka kehidupan pasien gawat darurat yang datang ke ruang instalasi gawat darurat. Factor lain yang menyebabkan *response time*

perawat di instalasi gawat darurat di RSUD GIMM kalooran Amurang tepat < 5 menit, yaitu karena jumlah perawat memenuhi dan sarana prasarana rumah sakit yang memadai sesuai dengan jumlah pasien yang masuk.

Peneliti berasumsi bahwa tercapainya *response time* di Instalasi gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Balikpapan karena sumber daya perawat yang bekerja diruangan tersebut sudah menerapkan prinsip triage dengan baik guna mempercepat tindakan dalam pertolongan gawat darurat. Waktu menjadi sangat penting dalam penatalaksanaan keadaan gawat darurat, penting agar dapat mengikuti urutan yang sesuai dengan mendesaknya keadaan yang ada. Pada hasil penelitian ini peneliti juga berasumsi bahwa surat saran yang diberikan oleh pasien untuk ruang instalasi gawat darurat akan lambatnya penanganan pada korban yang memerlukan tindakan sudah tidak terbukti. Namun demikian rumah sakit Pertamina Balikpapan tetap akan mempertahankan kualitas pelayanan dan juga membenahi beberapa fasilitas yang menunjang kecepatan pelayanan.

3. Mengidentifikasi hubungan penerapan *triage* dengan *response time* perawat

Hasil uji korelasi *Pearson* yang ditunjukkan oleh tabel 4.7 di atas dengan nilai $p = 0.01$ hal ini menunjukkan korelasi antara penerapan triage kategori merah dan *response time* bermakna, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi sangat lemah. maka H_0 diterima, artinya ada hubungan penerapan triage kategori merah dengan *response time* perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit Pertamina Balikpapan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Sudrajat (2014) dimana terdapat hubungan yang bermakna pada tindakan triage kategori merah dengan *response time* di IGD RSCM Jakarta. Hal ini menunjukkan bahwa dengan memberikan tindakan yang tepat pada pasien yang tepat maka akan meningkatkan angka kehidupan dan mengurangi angka mortalitas yang ada.

Hasil uji korelasi *Pearson* yang ditunjukkan oleh tabel 4.8 di atas dengan nilai $p = 0.75$ hal ini menunjukkan korelasi antara penerapan triage kuning dan *response time* tidak bermakna, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi sangat lemah. maka H_0

diterima, artinya tidak ada hubungan penerapan triage kategori kuning dengan response time perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Vitrisse Matillu (2014) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan tingkat pengetahuan dan penerapan *trriage* dengan *response time* perawat di ruang Instalasi gawat darurat bedah dan non-bedah RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo. Dimana penelitian Wa Ode juga berpendapat sama bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penempatan staf dengan waktu tanggap penanganan kasus gawat darurat. Namun demikian masih terdapat perbedaan yang ada pada penelitian sebelumnya yakni waktu tanggap rata-rata pada penelitian lain adalah ≥ 5 menit dimana pada pasien kategori merah sejongjanya penanganan atau pertolongan harus segera atau mendapat pertolongan dibawah 5 menit.

Pada hasil penelitian diatas masing-masing kategori baik merah maupun kuning memiliki kebutuhan yang berbeda dalam memberikan asuhan keperawatan yang diperlukan. Namun demikian terdapat kesamaan tujuan dimana meningkatkan derajat kesehatan dan mengurangi dampak kematian atau kecacatan adalah dasar dari tindakan tersebut. Response time dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata satandart yang ada menurut mulyaningsih (2013). Salah satu indicator keberhasilan penanggulangan medic penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin maupun dalam keadaan bencana. Keberhasilan *response time* sangat bergantung pada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak ditempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit. Factor internal dan eksternal yang mempengaruhi keterlambatan penanganan kasus gawat darurat antara lain karakter pasien, penempatan staf, ketersediaan stretcher dan petugas kesehatan, waktu ketibaan pasien, pelaksanaan manajemen, strategi

pemeriksaan dan penanganan yang dipilih. Hal ini bisa menjadi pertimbangan dalam menentukan konsep tentang *response time* penanganan kasus di instalasi gawat darurat rumah sakit (Haryatun dan Sudaryanto,2008)

Menurut Long (2008) intervensi keperawatan yang diberikan di ruang instalasi gawat darurat dalam menyelamatkan jiwa dilakukan ketika keadaan fisiologis pasien terancam, tindakan seperti ini termasuk memnberikan medikasi darurat, melakukan resusitasi kardiopulmonal. Maka *response time* sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori *triage merah* karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ-organ dalam, dimana *response time* dipengaruhi oleh kecepatan dan kualitas pemberi pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak ditempat kejadian dalam perjalanan hingga ketempat kejadian.

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

F. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian

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

1. Research Assistant

Penelitian ini tidak memiliki asisten penelitian. Sehingga apabila terdapat lebih dari satu responden yang menangani kasus gawat darurat saat bersamaan maka responden yang lain tidak dapat dilakukan observasi

secara bersamaan dan akan dilakukan pengulangan hingga responden tersebut dapat diobservasi.

2. Desain Penelitian

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

3. Pengambilan Data

Pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada pengisian lembar observasi, dimungkinkan adanya ketidakakuratan dalam melakukan observasi yang bersifat subyektif. Jika ditambahkan alat observasi lain seperti CCTV maka pergerakan responden akan lebih alami dan tidak dibuat-buat.

4. Sampel Penelitian

Penelitian melibatkan subyek penelitian dalam jumlah terbatas, yakni sebanyak 20 orang yang berarti sampel dalam penelitian ini relatif sedikit dengan jumlah periode pengamatan atau sesi yang cukup pendek, sehingga hasil kesimpulan yang dihasilkan kurang dapat digeneralisasikan untuk sampel yang lebih besar.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penerapan *triage* kategori merah di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina balikpapan, mayoritas baik yaitu berjumlah 7 responden memiliki skor penerapan baik (11-15) dan 1 responden skor kurang baik yakni (0-10) sedangkan pada *triage* kategori kuning skor penerapan *triage* mayoritas baik yakni 10 responden dengan skor penerapan baik (11-15) dan 2 responden dengan skor kurang baik (0-10). Dari kedua data tersebut peneliti menyimpulkan bahwa penerapan *triage* baik kategori merah dan kuning sudah baik dan sesuai SPO.
2. Response time kategori merah di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina balikpapan, mayoritas baik yaitu berjumlah 6 responden memiliki waktu rata-rata (0-5) menit dan 2 responden kurang baik dengan waktu rata-ratanya yakni (6-10) sedangkan pada response time kategori kuning skor penerapan *triage* mayoritas semua baik yakni 12 responden dengan waktu rata-rata baik (0-10) dan 0 responden dengan wakturata-rata kurang baik. Dari kedua data tersebut peneliti menyimpulkan bahwa response time baik kategori merah dan kuning sudah baik dan sesuai SPO
3. Hasil uji korelasi *Pearson* menunjukkan nilai $p = 0.01$ artinya korelasi antara penerapan *triage* kategori merah dan response time bermakna, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi sangat lemah. maka H_0 diterima, artinya ada hubungan penerapan *triage* kategori merah dengan response time perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan.

Hasil uji korelasi *Pearson* menunjukkan nilai $p = 0.75$ hal ini menunjukkan korelasi antara penerapan *triage* kuning dan response time tidak bermakna, arah korelasi menunjukkan kearah negatif yang menandakan bahwa korelasi

sangat lemah. maka H0 diterima, artinya tidak ada hubungan penerapan triage kategori kuning dengan response time perawat di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan. Hasil tersebut oleh peneliti tidak digeneralisir karena triage merah maupun kuning memiliki perbedaan dalam berbagai aspek pelayanan maupun tingkat kebutuhan pertolongan.

B. Saran

Setelah penelitian menyimpulkan hasil penelitian ini, maka penelitian memberikan beberapa saran untuk pelaksanaan keperawatan dan peneliti selanjutnya sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat bekerjasama dengan Instansi kesehatan yang berada di wilayahnya untuk mewujudkan pelatihan tentang peran triage dalam ketepatan waktu tanggap perawat pada penanganan kasus gawat darurat.

2. Peneliti Lain

Peneliti lain dapat melakukan penelitian dengan mengubah metode kuantitatif menjadi kualitatif dan menambahkan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi tidak hanya terbatas pada sekali pengukuran.

3. Perawat di instalasi gawat darurat rumah sakit pertamina Balikpapan

Perawat hendaknya aktif mencari informasi dan materi tambahan tentang triage baik pada pendidikan formal maupun nonformal

4. Bagi rumah sakit pertamina Balikpapan

Rumah sakit sebaiknya meningkatkan sarana dan prasarana yang mendukung dan menambah personel di ruang instalasi gawat darurat guna mengimbangi jumlah kedatangan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ace, Sudrajat 2014. *Hubungan pengetahuan dan pengalaman perawat dengan keterampilan triase pasien di IGD RSCM*. Jurnal Fakultas Poltekes kemenkes Jakarta III.
- Agung, A. 2010. Kepuasan Pasien. <http://eprints.undip.ac.id/%28jurnalpdf>. Diakses pada tanggal 2 februari 2017.
- Ahmad, Baequni 2016. *Gambaran pengetahuan dan penerapan triage oleh perawat di instalasi gawat darurat di RSUD dr. Soedirman Kebumen*. Jurnal Fakultas STIKES Muhammadiyah Gombong.
- Basoeki, dkk. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergency*. EGC. Jakarta
- Dahlan, M. Sopiudin. 2014. *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Depkes RI. 2003 *Pedoman penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit*. Dirjen Bina Pelayanan MEDik Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes RI. 2006. *Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Dirjen Bina Pelayanan MEDik Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Kerja Perawat Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Depkes RI. 2011. *Rilis Berita Kementerian Kesehatan 2009*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Gartinah, T. 2008 *Handout Keperawatan Medikal Bedah : Emergency Care*. FIK-UI. Jakarta
- Haryatun, Nunuk dan Sudaryanto. 2008. *Perbedaan Waktu TAnggap Tindakan Keperawatan Pasien Cidera Kepala Kategori I-V di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Moewardi*. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan.
- Heru, Setyawan 2015. *Gambaran pengetahuan peran perawat dalam ketepatan waktu tanggap penanganan kasus gawat darurat di instalasi gawat darurat di rumah sakit umum daerah karanganyar*. Jurnal Fakultas STIKES kusuma Husada Surakarta.
- Hosnaniah, J 2014. *Pelaksanaan Triase di unit gawat darurat rumah sakit reksa waluya kota Mojokerto*, skripsi pada S1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Mojokerto

- Indra, Prasetyantoro 2013. *Hubungan penilaian Triasedengan tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala di IGD RSUD PKU Muhammadiyah Bantul*. Naskah publikasi Fakultas STIKES Aisyiah Yogyakarta.
- Kamsi. 2009. *Peran Dan Fungsi Dan Tugas Perawat di Unit Gawat Darurat*. Depkes RI. Jakarta.
- Kompas. 2017. *Laporan penduduk WNI berdasarkan jenis kelamin*. Database SIAK Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Balikpapan.
- Kushayati, N 2013. *Analisis metode triase prehospital pada korban masal (Mas Casualty Insidens)*
- NurHasim, S 2015. *Pengetahuan perawat tentang response time dalam penanganan gawat darurat diruang triase RSUD Karanganyar*. Skripsi pada S1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada Surakarta
- Prasetyantoro, I 2013. *Hubungan ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala di IGD RSUD PKU Muhammadiyah Bantul*, skripsi pada S1 Keperawatan Stikes Aisyiah Yogyakarta
- Purba, Dewi. 2015. *Hubungan Response Time dengan Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat Pada Triase Merah di IGD RSUP Prof.DR.R.D.Kandao Manado*. Jurnal Keperawatan Volume 2 nomor 2.
- Ridho, H 2010. *Hubungan status kegawat daruratan dengan penilaian terhadap pelayanan IGD di RSUD Ibnu Sina kabupaten Gresik*, skripsi pada Kesehatan Masyarakat universitas airlangga Surabaya
- Sova, Evie. 2016. *Analisis factor yang berhubungan dengan pelaksanaan triage perawat pelaksana diruang IGD rumah sakit tipe C Malang*. Jurnal Fakultas universitas brawijaya.
- Sudrajat Ace, 2012. *Hubungan pengetahuan dan pengalaman perawat dengan keterampilan triase pasien di IGD RSCM*, skripsi pada jurusan keperawatan poltekes Jakarta III
- Tan Tock Seng. 2012. *Emergency Department, SingaporeComparing triage evaluation of adultdyspneic patients between emergency nursesand doctors using simulated scenarios. journal homepage : www.elsevierhealth.com/journals/aaen*.
Singapore
- Tumbuan, Akrian. 2015. *Hubungan Response Time Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning di IGD RSUD GMIM Kalooran Amurang*. Jurnal Keperawatan Volume 3 Nomor 2

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN
HUBUNGAN PENERAPAN TRIAGE DENGAN RESPONSE TIME
PERAWAT DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT PERTAMINA BALIKPAPAN

A. Identitas Responden

1. Nomor responden : (diisi oleh peneliti)
2. Nama responden :

B. LEMBAR OBSERVASI Penerapan Triage Oleh Perawat

Apabila perawat melakukan kegiatan sesuai dengan aspek yang diamati, maka peneliti melingkari jawaban "Ya", apabila tidak dilakukan maka peneliti melingkari jawaban "Tidak"

NO	KEGIATAN	YA	TIDAK
1	Pasien datang diterima petugas/paramedis instalasi gawat darurat untuk dilakukan identifikasi		
2	Petugas menjaga privasi pasien dan melakukan kebersihan tangan		
3	Diruang triage dilakukan anamnesa dan pemeriksaan Penentuan derajat kegawatannya oleh perawat. Dalam waktu 60 detik.		
4	Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna dan memindahkan pasien sesuai kebutuhannya merah diruang resusitasi dan kuning di ruang urgent/observasi		
5	Melakukan pemeriksaan jalan napas, bila ada sumbatan kategori merah dan bila tidak ada kategori kuning		
6	Pemeriksaan pernafasan, <ul style="list-style-type: none"> - bila henti nafas/kurang dari 10x/menit atau \geq 32x kategori merah - bila pernafasan 24 – 32x/menit masuk kategori kuning 		

7	<p>pemeriksaan sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - bila jantung berhenti/nadi lemah/nadi < 50x/menit atau > 150x/menit atau akral dingin atau CRT(capillary refill time) > 2 detik masuk kategori merah - bila nadi antara 120 sampai 150x/menit atau CRT(capillary refill time) > 2 detik masuk kategori kuning 		
8	<p>pemeriksaan tingkat kesadaran</p> <ul style="list-style-type: none"> - bila GCS (Glasgow coma scale) < 12 atau kejang masuk kategori merah - bila GCS (Glasgow coma scale) > 12 atau nyeri dada kategori kuning 		
9	Penderita/korban kategori triage merah dapat langsung diberikan pengobatan di ruang tindakan instalasi gawat darurat		
10	Warna merah mendapat prioritas pelayanan pertama Warna kuning mendapat prioritas pelayanan kedua		
11	Penderita/korban kategori triage merah jika memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/korban langsung dipindahkan ke ruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain		
12	Penderita dengan kategori triage kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi		
13	Penderita dengan kategori triage kuning ditangani setelah pasien dengan kategori triage merah selesai ditangani.		
14	Petugas triage melakukan dokumentasi di formulir pengkajian instalasi gawat darurat		
15	Petugas melakukan kebersihan tangan		

LEMBAR OBSERVASI *RESPONSE TIME*

No	<i>RESPONSE TIME</i> Perawat	Waktu dalam menit					keterangan	
		0	1	2	3	4	merah	kuning



Kategori merah

Descriptives

		Statistic	Std. Error
skor_triage	Mean	12.8750	.61055
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 11.4313	
		Upper Bound 14.3187	
	5% Trimmed Mean	12.9167	
	Median	13.5000	
	Variance	2.982	
	Std. Deviation	1.72689	
	Minimum	10.00	
	Maximum	15.00	
	Range	5.00	
	Interquartile Range	2.75	
	Skewness	-.635	.752
	Kurtosis	-.796	1.481
	skor_response_time	Mean	2.9288
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound 1.0033	
		Upper Bound 4.8542	
5% Trimmed Mean		2.7614	
Median		1.8950	
Variance		5.304	
Std. Deviation		2.30313	
Minimum		1.38	
Maximum		7.49	
Range		6.11	
Interquartile Range		3.31	
Skewness		1.543	.752
Kurtosis		1.173	1.481

kategori merah

no	nama responden	response_time	skor_triage
1	Mr.r	1.53	15
2	Miss.m	5.53	11
3	Miss.m	1.42	12
4	Mr.i	1.38	14
5	Mr.a	2.26	14
6	Mr.H	2.36	14
7	Miss.S	1.46	13
8	Mr.M	7.49	10

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
skor_triage	.243	8	.184	.919	8	.425
skor_response_time	.348	8	.005	.727	8	.005

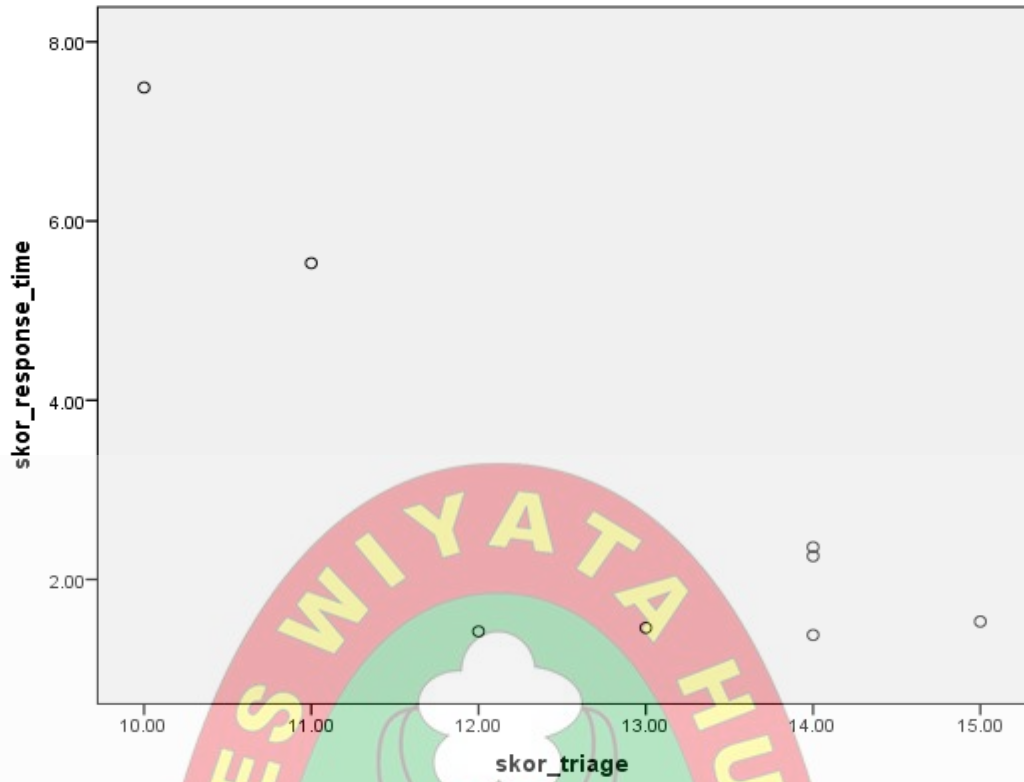
a. Lilliefors Significance Correction

Penerapan triage merah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak baik	1	8.3	12.5	12.5
	baik	7	58.3	87.5	100.0
	Total	8	66.7	100.0	
Missing	System	4	33.3		
Total		12	100.0		

Response time merah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	6	50.0	75.0	75.0
	tidak baik	2	16.7	25.0	100.0
	Total	8	66.7	100.0	
Missing	System	4	33.3		
Total		12	100.0		



		skor_triage	skor_response_time
skor_triage	Pearson Correlation	1	-.825*
	Sig. (2-tailed)		.012
	N	8	8
skor_response_time	Pearson Correlation	-.825*	1
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	8	8

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Kategori kuning

kategori kuning

no	nama responden	response_time	skor_triage
1	Mr.A	5.36	14
2	Miss.D	3.12	12
3	Miss.S	5.44	10
4	Mr.A	3.36	12
5	Miss.D	5.59	13
6	Miss.E	6.32	12
7	Mr.S	4.24	15
8	Mr.P	5.25	14
9	Mr.e	5.55	14
10	Miss.T	6.36	10
11	Mr.D	6.33	14
12	Mr.B	5.58	12

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sk_triage_kuning	.212	12	.142	.896	12	.143
sk_rt_kuning	.265	12	.019	.851	12	.037

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

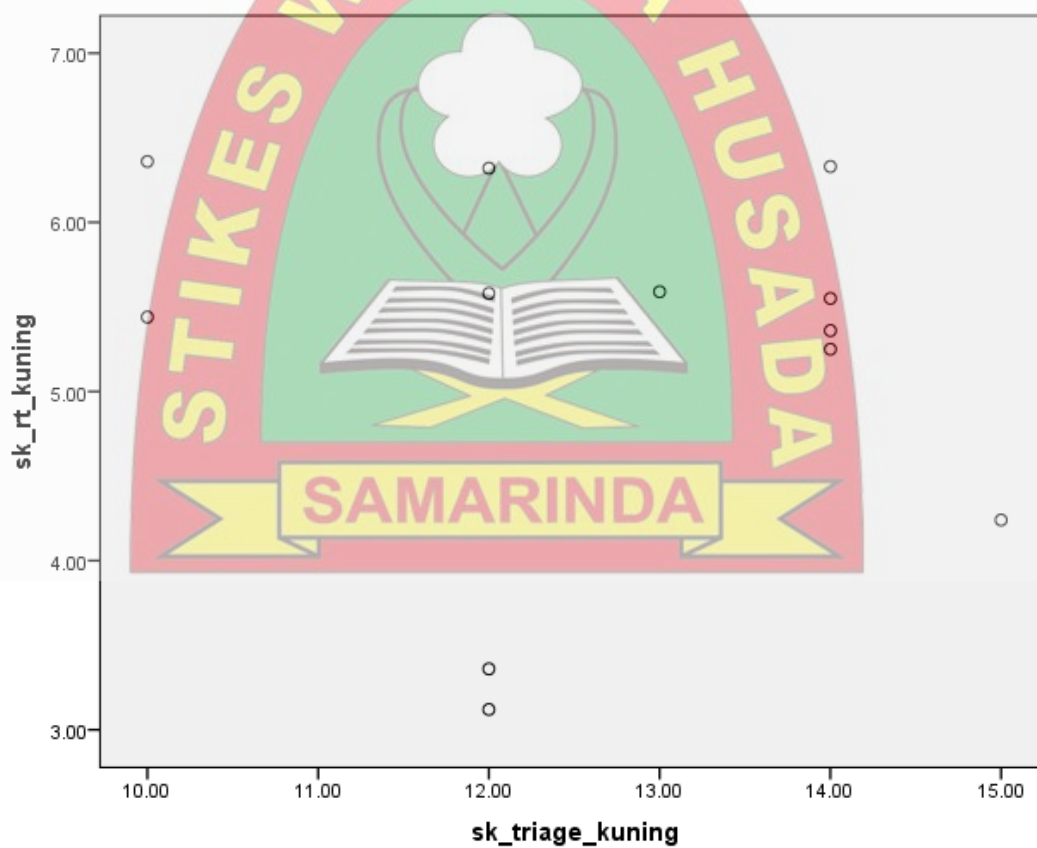
		Statistic	Std. Error	
sk_triage_kuning	Mean	12.6667	.46602	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	11.6410	
		Upper Bound	13.6924	
	5% Trimmed Mean	12.6852		
	Median	12.5000		
	Variance	2.606		
	Std. Deviation	1.61433		
	Minimum	10.00		
	Maximum	15.00		
	Range	5.00		
	Interquartile Range	2.00		
	Skewness	-.438	.637	
	Kurtosis	-.687	1.232	
	sk_rt_kuning	Mean	5.2083	.31400
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.5172	
		Upper Bound	5.8994	
5% Trimmed Mean		5.2604		
Median		5.4950		
Variance		1.183		
Std. Deviation		1.08772		
Minimum		3.12		
Maximum		6.36		
Range		3.24		
Interquartile Range		1.65		
Skewness		-1.005	.637	
Kurtosis		.075	1.232	

Penerapan triage kuning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak baik	2	16.7	16.7	16.7
	baik	10	83.3	83.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Response time kuning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	12	100.0	100.0	100.0



Correlations

		sk_triage_kuning	sk_rt_kuning
sk_triage_kuning	Pearson Correlation	1	-.102
	Sig. (2-tailed)		.752
	N	12	12
sk_rt_kuning	Pearson Correlation	-.102	1
	Sig. (2-tailed)	.752	
	N	12	12



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Andy Dharma Pramudya
Tempat Tanggal Lahir : Samarinda, 08 Maret 1990
Jenis Kelamin : Laki laki
Alamat Rumah : Jl. Aji Suryanata GG. Sakti RT. 20, Loa Janan
Alamat Institusi : Jl. Kadrie Oening Gg. Monalisa No. 77 Samarinda

Kalimantan Timur

Riwayat Pendidikan

Lulus SDN 022 Tahun 2002
Lulus SMP Negeri 15 Samarinda Tahun 2005
Lulus SMA Negeri 8 Samarinda tahun 2008
Lulus Akper Poltekes Samarinda Tahun 2011

Riwayat Pekerjaan

2012-Sekarang : Perawat di RS Pertamina Balikpapan

