

EVIDENCE BASED NURSING

Penerapan *Emergency Severity Index* (ESI) terhadap ketepatan prioritas dan respon time pasien di IGD



Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners State Gadar & Kritis

Oleh:

1. Lukman Hakim (21101053)
2. Lilin Fitria Eka W (21101051)
3. Megalita Rafandike U (21101055)
4. Meliana aprilia (21101057)
5. Nurul Faidah (21101075)
6. Reni Aprilia (21101077)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI**

2021/2022

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Evidence Base Nursing “ Penerapan Emergency Saverity Index (ESI) terhadap Ketepatan Prioritas dan Respon Time Pasien di IGD” Stase keperawatan Gadar Kritis Program Studi Profesi Ners Universitas dr.Soebandi Jember di Ruang IGD RSD dr.Soebandi Jember.

Jember,

2022

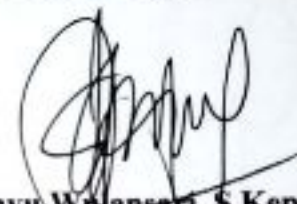
Pembimbing Klinik



(Sugito Tri Gunarto, S.Kep., Ns. MM. Kes)

NIP. 19730326 199603 1 002

Pembimbing Akademik



(Yunita Wahyu Wulansari, S.Kep., Ns., M. Kep)

NIDN.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Segala puji bagi ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan *Evidence Based Nursing* ini dapat diselesaikan. Karya ilmiah ini di susun guna memenuhi salah satu persyaratan Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners State Keperawatan Gadar Kritis. Program Studi Ners Universitas dr. Soebandi dengan judul “Penerapan *Emergency Severity Index* (ESI) terhadap ketepatan prioritas dan respon time pasien di IGD” Di Ruang IGD RSD Dr. Soebandi. Selama proses penyusunan proposal penelitian ini penulis di bimbing dan dibantu oleh pihak yang telah memberikan dukungan moral dan materi sehingga laporan ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. Drs. H. Said Mardijanto, S.Kep., Ns., MM selaku rektor Universitas dr. Soebandi.
2. Hella Meldy Tursina, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dekan Fakultas ilmu Kesehatan.
3. Ns. Guruh Wirasakti, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ners Universitas dr. Soebandi.
4. Sugito Tri Gunarto, S.Kep.,Ns.MM.,Kes Selaku Kepala Ruang IGD RSD dr. Soebandi Jember.
5. Yunita Wahyu Wulansari,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing akademik.

Dalam penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember,

2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	
HALAMAN JUDUL DALAM.....	
LEMBAR PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR	
ABSTRAK.....	
ABSTRACT	
DAFTAR ISI.....	
DAFTAR TABEL.....	
DAFTAR GAMBAR.	
BAB 1 PENDAHULUAN	
Latar Belakang	
Rumusan Masalah	
Tujuan Penelitian	
Tujuan Umum	
1.3.2 Tujuan Khusus	
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat Mahasiswa	
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan.....	
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Instansi Gawat Darurat.....	
2.1.1 Definisi.....	
2.1.2 Pelayanan Instansi Gawat Darurat	
2.2 Triase Sistem Emergency Severity Index (ESI)	

2.2.1 Definisi.....	.....
2.2.2 Skala Prioritas ESI.....	.....
2.2.3 Prinsip dan Proses Hemodialisis.....	.....
BAB 3 ANALISIS JURNAL.....	.....
3.1 Judul Jurnal.....	.....
3.1.1 Gambaran Umum Jurnal.....	.....
3.1.2 Desain Penelitian.....	.....
3.1.3 Isi Jurnal Dan Hasil Penelitian.....	.....
3.1.4 Kesimpulan.....	.....
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	.....
4.1 Desain Penelitian.....	.....
4.2 Populasi.....	.....
4.3 Sampel.....	.....
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian.....	.....
4.5 Cara Pengumpulan Data.....	.....
4.6 Instrumen Penelitian.....	.....
4.7 Variabel Penelitian.....	.....
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	.....
5.1 Hasil.....	.....
5.2 Ketetapan Triage Emergency Saverity Index (ESI).....	.....
5.3 Respon Time IGD.....	.....
5.4 Ketetapan (ESI) Terhadap Respon Time.....	.....
BAB 6 PENUTUP.....	.....
6.1 Kesimpulan.....	.....

6.2 Saran	
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN.....	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi Gawat darurat (Depkes RI, 2009). Menurut WHO (2012) Banyak pasien dengan kasus gawat darurat yang masuk ke rumah sakit memerlukan pertolongan segera. Kegawat daruratan dari penyakit menjadi masalah seluruh dunia termasuk di negara Asean (AFNCD, 2015).

Kunjungan pasien di Instalasi gawat darurat (IGD meningkat tiap tahunnya, Peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh IGD rumah sakit dunia. Berdasarkan data kunjungan pasien masuk ke IGD di Indonesia sebanyak 4.402.205 pasien (13,3% dari total kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan (Kemenkes RI, 2014). Data kunjungan pasien IGD di provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 berjumlah 8.201.606 kasus (Deviantony, Ahsan, & Setyoadi, 2019). Data kunjungan pasien di IGD RSUD dr. Soebandi Jember pada Tahun 2018 sejumlah 20828 pasien, yang mana tiap bulannya bertambah 5% - 10%, Rata-rata jumlah kunjungan per hari 60 – 80 pasien.

Salah satu Indikator Mutu pelayanan klinis di Instalasi Gawat Darurat adalah kemampuan menangani *life saving Response Time* <5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana triase pasien di IGD. *Triase* merupakan proses pengkategorian pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan yang memiliki dampak pada *Response Time* pelayanan petugas kesehatan di IGD (Kemenkes RI, 2011).

Rumah sakit di Indonesia belum memiliki standar *triase*, dimana masih menggunakan sistem *triase* klasik adopsi dari sistem triase bencana yang tidak cocok diterapkan di rumah sakit modern mempertimbangkan *evidence based medicine* atau kedokteran berbasis bukti (Australian Government, 2009), Saat ini *triase* di rumah sakit lebih menerapkan triase lima tingkat karena

dianggap valid dan reliabel. Triase lima tingkat tersebut antara lain CTAS, MTS, ATS, dan ESI (Christ et al., 2010).

Triase ESI adalah hasil algoritma stratifikasi yang cepat, dapat ditiru dan relevan secara klinis untuk pengelompokan pasien ke dalam lima tingkat berdasarkan keparahan, tindakan, dan sumber daya yang dibutuhkan pasien (Gilboy et al., 2011). *Triase* ESI merupakan sebuah *triase* yang valid dan reliabel jika dibandingkan dengan triase 3 tingkat yang diterapkan di Iran (Maleki et al., 2015).

ESI dalam konteks IGD rumah sakit di Indonesia cocok diterapkan karena menggunakan skala nyeri 1-10 yang biasa digunakan, ada tools sendiri untuk *triase* pasien pediatri, perawat *triase* lebih mudah melihat keparah dibanding bekerjasama dengan dokter dalam menegakan diagnosa. *Response time* ESI sesuai katagori, ESI 1 $\leq$ 0 menit, ESI 2 $\leq$ 15 menit, ESI 3 $\leq$ 30 menit, ESI 4 $\leq$ 60 menit, dan ESI 5 $\leq$ 120 menit. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien dijumpai dokter menambah daya pikat sistem triase ini (Gilboy et al., 2011).

1.2 Rumusan Masalah

- a. Bagaimanakah *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?
- b. Bagaimanakah *response time triage* sistem ESI (*Emergency Severity Index*) di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?
- c. Bagaimanakah keefektifan sistem triage ESI (*Emergency Severity Index*) terhadap *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi Efektifitas penggunaan sistem triage ESI (Emergency Severity Index) terhadap *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi *response time triage* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember
- b. Mengidentifikasi *response time* perawat instalasi gawat darurat di RSD dr soebandi Jember
- c. Menganalisis efektifitas penggunaan sistem triage ESI (Emergency Severity Index) terhadap *response time* di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Mahasiswa

Sebagai tambahan pengetahuan terkait ketepatan waktu tanggap (*response time*) dan lama triage tenaga kesehatan dalam dalam menangani pasien gawat darurat, sehingga diharapkan hasil

1.4.2 Bagi Intitusi Pendidikan Keperawatan

Dapat menjadi bahan masukan dalam proses pembelajaran dan sebagai sumber untuk menambah wawasan bagi mahasiswa kesehatan tentang triage di Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah Unit Rumah Sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien dengan memberikan pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat (Kepmenkes 856 thn 2011 standar IGD). Pelayanan di instalasi gawat darurat merupakan ujung tombak bagi masyarakat yang mengalami kondisi gawat darurat sehingga banyak harapan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terbaik dalam menanggulangi kondisi gawat darurat. Dasar rumah sakit dalam memberikan fasilitas pelayanan kesehatan yaitu dengan pelayanan prima pada setiap jenis pelayanan yang diberikan baik untuk pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, maupun pelayanan gawat darurat (Muninjaya, 2011).

Kementrian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2011 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia, perlu komitmen pemerintah daerah untuk membantu pemerintah pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD (Kepmenkes RI No. 856 tahun 2011).

Pelayanan di IGD sangat dipengaruhi oleh undang-undang

no. 36 tahun 2011 tentang kesehatan khususnya pada pasal 32 dan pasal 190. Undang-undang ini diberlakukan sebagai tanggapan terhadap laporan dari pasien yang ditolak oleh IGD atau dipindahkan ke fasilitas lain sebelum menerima pelayanan kegawatan yang tepat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit memainkan peran utama dalam penanggulangan gawat darurat untuk melakukan pemeriksaan awal kasus gawat darurat (Depkes, 2012).

2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

IGD rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (*response time*) (Depkes RI, 2010). Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) maupun di IGD untuk yang penyakit darurat/*emergency* dalam suatu prosedur pelayanan rumah sakit. Prosedur ini merupakan kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien secara baik atau tidaknya, dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2011).

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar. Disisi

lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat.

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit dari Depkes RI (2010):

- a. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).
- b. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- c. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- d. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
- g. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

B. Triase Sistem *Emergency Severity Index* (ESI)

1. Pengertian

Emergency Severity Index (ESI) merupakan konsep baru triase yang menggunakan lima skala dalam pengklasifikasian

pasien di IGD. Dalam pengaplikasiannya, saat perawat bertemu dengan pasien pertama kali, harus dapat segera melakukan penilaian kondisi pasien dan memberikan keputusan akhir perawatan, pemulangan atau pemindahan ke ruang perawatan (Bolk et al, 2011).

Emergency Severity Index (ESI) dikembangkan sejak akhir tahun sembilan puluhan di Amerika Serikat. Sistem ESI bersandar pada perawat dengan pelatihan triase secara spesifik. Pasien yang masuk digolongkan dalam ESI 1 sampai ESI 5 sesuai pada kondisi pasien dan sumber daya rumah sakit yang diperlukan oleh pasien (Christ, 2010).

ESI lebih mudah diterapkan di Indonesia karena tidak ada batas waktu spesifik yang ditentukan secara ketat untuk masing-masing level. Selain itu, ESI tidak secara spesifik mempertimbangkan diagnosis untuk penentuan level triase (Mace dan Mayer 2012). *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit-rumah sakit di Indonesia.

2. Skala Prioritas ESI

Emergency Severity Index (ESI) memiliki 5 skala prioritas yaitu (Hadi, 2014) :

- a. Prioritas 1 (label biru) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/ life threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD. Contoh prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, status epileptikus, koma hipoglikemik dan lain-lain.
- b. Prioritas 2 (label merah) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien

haemodinamik atau ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut, luka sengatan listrik dan lain-lain.

- c. Prioritas 3 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain, sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologis dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi dan lain-lain.
- d. Prioritas 4 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. Contoh prioritas 4 antarlain pasien BPH yang memerlukan kateter urine, *vulnus laceratum* yang membutuhkan *hecting* sederhana dan lain-lain.
- e. Prioritas 5 (label putih) merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain, *common cold*, *acne*, eksoriasi, dan lain- lain.

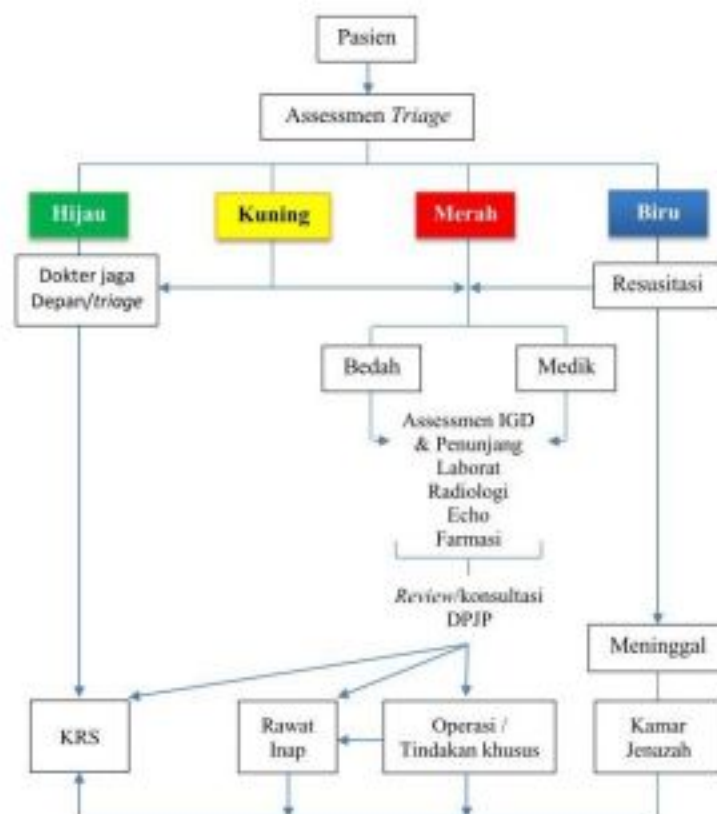
Triase ESI bersandar pada lima dasar (Gilboy et al, 2011)

1. Apabila pasien memerlukan intervensi penyelamatan jiwa maka pasien akan masuk dalam ESI 1. Apabila pasien tidak bisa menunggu karena resiko tinggi, perubahan kesadaran akut, atau nyeri hebat maka pasien akan masuk dalam ESI.
2. Apabila pasien memerlukan lebih satu sumber daya maka pasien masukdalam ESI.
3. Namun, apabila pasien memerlukan sumberdaya lebih hanya satu maka pasien masuk dalam ESI.
4. Dan apabila pasien bisa menunggu karena resiko tidak tinggi,

tidak terjadi perubahan kesadaran akut atau nyeri hebat maka pasien masuk ke dalam ESI.

5. Untuk kategori ESI 2 dan ESI 3 mensyaratkan perawat triase untuk mengetahui secara tepat berapa sumber daya yang diperlukan. Sumber daya yang dimaksud adalah utilisasi yang akan direncanakan dokter IGD terhadap pasien tersebut. Contoh sumber daya adalah pemeriksaan darah dan urine di laboratorium, pencitraan, pemberian cairan intravena, nebulisasi, pemasangan kateter urine, dan penjahitan luka laserasi. Pemeriksaan darah, urine, dan sputum yang dilakukan bersamaan hanya dihitung satu sumber daya. Demikian pula bila ada CT Scan kepala, foto polos thorax, dan foto polos ekstremitas yang dilakukan bersamaan dihitung sebagai satu sumber daya (Gilboy, 2011).

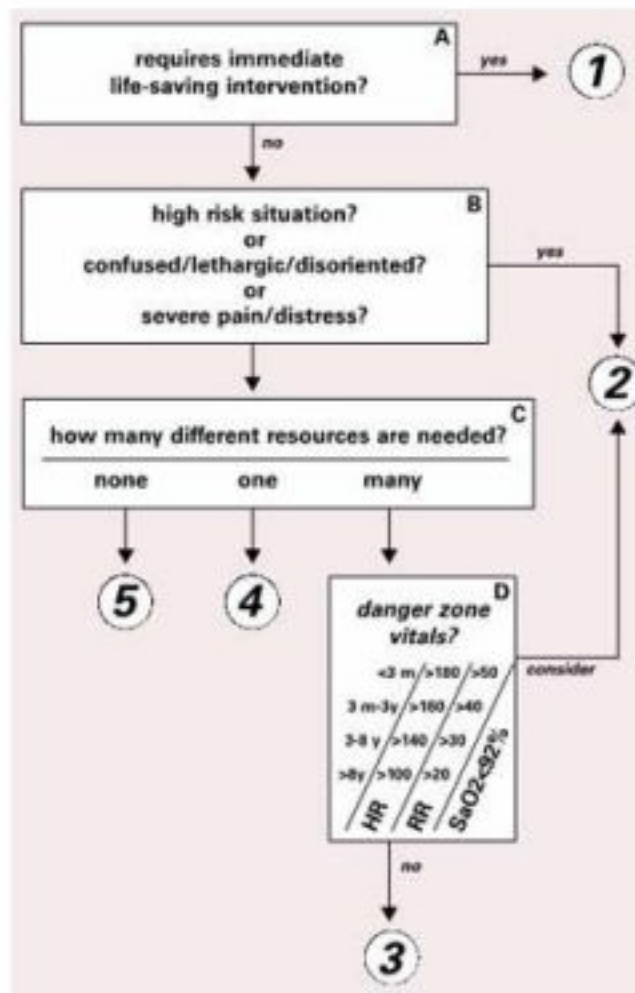
Selanjutnya pasien akan dilakukan *assessment* awal, intervensi dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi). Tahap selanjutnya adalah *review* oleh team spesialis/konsultasi hingga adanya disposisi untuk KRS, MRS, operasi atau tindakan khusus.



Sumber : (Gilboy,2011).

Penerapan ESI di Indonesia sangat cocok karena perawat triase lebih mudah melihat kondisi dan keparahan dibandingkan bekerja sama dengan dokter menegakkan diagnosis (Depkes RI, 2011). Perawat triase bersama dokter jaga akan lebih mudah melihat keparahan kondisi dan mempertimbangkan sumber daya apa saja yang akan digunakan untuk menangani pasien tersebut. Menghitung *response time* juga merupakan pekerjaan sederhana yang tidak mudah dilakukan di IGD. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien harus dijumpai oleh dokter menambah daya pikat sistem triase.

Sistem triase ESI mempergunakan skala nyeri 1-10 , sama dengan yang secara umum dipakai di Indonesia (Bolk,2011).



Gambar 1 Algoritme
Triase ESI (4)

Bila pada sistem yang lain belum jelas mengenai kriteria triase pasien pediatri, ESI mempunyai satu bagian tersendiri mengenai triase pada anak-anak. Bagian ini memberikan petunjuk yang jelas mengenai apa saja yang harus diperiksa ketika melakukan triase pasien anak-anak. Inilah yang tidak dijumpai pada sistem triase yang lain.

ESI dibuat dalam konteks IGD sebagai antar muka EMS dan pelayanan rumah sakit. Sebuah penelitian di Eropa juga menambahkan fakta menarik mengenai ESI pada pasien yang datang sendiri ke IGD, kondisi yang lebih mirip dengan Indonesia. Penelitian ini menemukan bahwa sistem triase ESI ini dapat dipercaya dan diandalkan pada pasien-pasien yang datang sendiri ke IGD. Tidak ada modifikasi yang perlu dilakukan pada algoritme sistem triase ESI untuk pasien-pasien yang datang sendiri ke IGD.

BAB III

ANALISIS JURNAL

4.1 Judul Jurnal

1. Penerapan ESI (Emergency Severity Index) Terhadap Response Time Pasien Di IGD PKU Muhammadiyah Gombong
2. Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triage Emergency Severity Index (Esi) Oleh Mahasiswa Ners Stikes Cahaya Bangsa Di IGD RSUD Ulin Banjarmasin
3. Aplikasi Metode Triage “Emergency Severity Index(Esi)” Terhadap Ketepatan Penentuan Tingkat Kegawatdaruratan Oleh Mahasiswa Program S1 Keperawatan

4.1.1 Gambaran Umum Jurnal

Jurnal 1

Instalasi Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi Gawat darurat (Depkes RI, 2009). Menurut WHO (2012) Banyak pasien dengan kasus gawat darurat yang masuk ke rumah sakit memerlukan pertolongan segera. Kegawat daruratan dari penyakit menjadi masalah seluruh dunia termasuk di negara Asean (AFNCD, 2015). Salah satu Indikator Mutu pelayanan klinis di Instalasi Gawat Darurat adalah kemampuan menangani life saving Response Time <5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana triase pasien di IGD. Triase merupakan proses pengkategorian pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan yang memiliki dampak pada Response Time pelayanan petugas kesehatan di IGD (Kemenkes RI, 2011). Triase ESI adalah hasil algoritma stratifikasi yang cepat, dapat ditiru dan relevan secara klinis untuk pengelompokan pasien ke dalam lima tingkat berdasarkan keparahan, tindakan, dan sumber daya yang dibutuhkan pasien (Gilboy et al., 2011). Triase ESI merupakan sebuah triase yang valid dan reliabel jika dibandingkan dengan triase 3 tingkat yang diterapkan di Iran (Maleki

et al., 2015). ESI dalam konteks IGD rumah sakit di Indonesia cocok diterapkan karena menggunakan skala nyeri 1-10 yang biasa digunakan, ada tools sendiri untuk triase pasien pediatri, perawat triase lebih mudah melihat keparah dibanding bekerjasama dengan dokter dalam menegakan diagnosa. Response time ESI sesuai katagori, ESI 1 $\leq$ 0 menit, ESI 2 $\leq$ 15 menit, ESI 3 $\leq$ 30 menit, ESI 4 $\leq$ 60 menit, dan ESI 5 $\leq$ 120 menit. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien dijumpai dokter menambah daya pikat sistem triase ini (Gilboy et al., 2011).

Jurnal 2

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan pasien dengan kondisi kegawat daruratan. Sebagian besar pasien yang masuk kerumah sakit melaui ruangan IGD. Pasien yang datang ke IGD pada kondisi gawat daruratmembutuhkan tindakan yang cepat dan tepat guna menyelamatkan jiwa pasien atau mencegah pasien dari resiko kecacatan sesuai dengan kondisi klinis yang di alaminya (Kemenkes RI, 2008).Triase merupakan proses penilaian awal pasien yang akan diklasifikasikan berdasarkan tingkat kegawat daruratannya sebagai dasar dalam menentukan prioritas penanganan atau tindakan.Triase merupakan proses yang sangat penting dalam manajemen pasien dengan kondisi kegawat daruratan di IGD terutama karena terjadi peningkatan drastis jumlah kunjungan pasien, maupun ketika terjadi korban masal yang masuk keruangan IGD secara bersamaan. Triase sangat membantu dalam ketepatan dan kecepatan penanganan pasien dengan kegawat dauratan yang didasarkan pada ketersediaansumber daya. Kecepatan dan ketepatan menentukan prioritas dalam triase sangat mendukung terhadap kualitas penanganan pasien yang datang ke IGD, menjaga sumber daya unit agar dapat fokus menangani kasus yang benar-benar gawat, dan mengalihkan kasus tidak gawat darurat ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tujuan utama dari triase adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bagi seluruh pasien yang masuk ke IGD (Garbez et al., 2011).

Kegawatdaruratan merupakan kondisi memerlukan tindakan segera dan pada umumnya diawali dengan tindakan *triage* yang bertujuan memilah tingkat kegawatan korban/ pasien. *Triage* merupakan kemampuan dasar yang penting dimiliki tenaga kesehatan dimana *triage* merupakan skill memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya (Ryan, 2008). *Triage* merupakan fokus awal penanganan kasus - kasus kegawat daruratan yang bertujuan memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya. *Emergency Severity Index (ESI)* dikembangkan pada akhir tahun sembilan puluhan di Amerika Serikat. Sistem *ESI* menggolongkan pasien dalam 5 golongan, dalam *ESI* 1 sampai *ESI* 5 penetapan kondisi pasien didasarkan pada kebutuhan sumber daya medis yang diperlukan pasien berdasarkan pengkajian tenaga medis pada ruang Instalasi Gawat Darurat (Christ, 2010). Penerapan *ESI* di Indonesia dapat di aplikasikan dengan lebih sederhana dengan memperhatikan sumber daya apa saja yang dibutuhkan oleh pasien dan segera dilakukan tindakan untuk penangan pasien dengan acuan semakin banyak kebutuhan sumberdaya medis yang diperlukan maka level gawatan pasien dikategorikan sebagai prioritas 1 (level 1) (Kurniasih, regina, 2016). pasien harus dirawat di IGD atau di pulangkan, setelah itu pasien yang dirawat di IGD akan ditentukan level kegawat daruratannya berdasarkan kebutuhan medis yang diperlukan dan dikategorikan level 1 sampai dengan level 5 (Bolk et al, 2007).

4.1.2. Desain penelitian

- Jurnal 1 : Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *quasi eksperimen*
- Jurnal 2 : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Penelitian ini hanya menggambarkan satu variabel yaitu ketepatan penulisan dokumentasi triase *ESI*

Jurnal 3 : Penelitian ini adalah penelitian eksperimental dengan pendekatan satu kelompok pretest dan posttest

4.1.3. Isi Jurnal dan Hasil penelitian

Jurnal 1 :

Popululasi penelitian adalah seluruh pasien IGD PKU Muhammadiyah Gombong 1329 pasien perbulan. Jumlah sampel 93 dengan rumus slovin, teknik pengambilan sampel yang digunakan *Non-Probability Sampling* dengan pendekatan *Accidental sampling*. Kriteria Sampel yang didapat berdasarkan kriteria inklusi; semua pasien yang datang ke IGD, dan kriteria eksklusi; pasien meninggal, pasien intranatal, dan pasien masuk ruang isolasi. Karakteristik Petugas Kesehatan di IGD PKU Muhammadiyah Gombong sejumlah 21 dominan berjenis kelamin Laki-Laki, Kategori Umur petugas paling dominan >45 tahun, kategori Pendidikan petugas kesehatan dominan D3. Lama bekerja petugas dominan >10 tahun dan Profesi dominan Perawat. Ketepatan Penerapan ESI (*Emergency Severity Index*) di IGD PKU Muhammadiyah Gombong menunjukkan kategori Tepat *time* yang cepat karena karakteristik petugas IGD yang sudah terlatih dan lama bekerja >10 tahun sehingga pengalaman dan pengetahuan terkait penilaian dan pengkategorian triase cepat.

Jurnal 2 :

Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triase ESI Mahasiswa Profesi Ners Pada Stase Keperawatan Gawat Darurat Di IGD Yang Dinilai Dengan Lembar Observasi Adopsi Sistem Triase ESI. Teknik Sampling Yang Digunakan Dalam Penelitian Ini Adalah *Accidental Sampling*. Sampel Dalam Penelitian Ini Adalah 50 Lembar Hasil Dokumentasi Triase ESI Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa Yang Sesuai Dengan Kriteria Inklusi Yaitu Hasil Triase Pasien Yang Masuk Dalam Prioritas 1, 2, Dan 3. Penulisan Dokumentasi Triase ESI Ini Dilaksanakan Selama 4 Minggu Dimulai Dari Tanggal 20 Agustus – 01 September 2018.

Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triase ESI Didominasi Oleh Penulisan Dokumentasi Triase ESI Dengan Kategori Tepat Sebanyak 38 Lembar Dokumentasi Triase Pasien Dengan Persentase 76 %, Dokumentasi Triase ESI Dengan Kategori Tidak Tepat Sebanyak 12 Lembar Dokumentasi Triase Pasien Dengan Persentase 24%.

Jurnal 3 :

Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Semester 8. Dengan kriteria inklusi bersedia menjadi responden dan telah menempuh mata kuliah keperawatan gawat darurat dimana telah mendapatkan materi triage. Pengukuran pemahaman tingkat kegawat daruratan sebelum di diberikan aplikasi metode triage "*emergency severity index (ESI)*" dilaksanakan pretest dengan memberikan 10 kasus kegawat daruratan kemudian responden diminta menentukan triage berdasarkan system triage tag warna dan kemudian dilaksanakan posttest setelah diajarkan aplikasi metode triage "*emergency severity index (ESI)*" dengan memberikan 10 kasus kegawat daruratan untuk di tentukan level triase menggunakan system ESI. Pengukuran pemahaman tingkat kegawat daruratan dilaksanakan dengan pemaparan kasus-kasus klinis yang telah disusun dan analisa oleh peneliti memenuhi syarat yang layak ditentukan tingkat kegawat daruratannya melalui metode triage.

4.1.4 Kesimpulan

Jurnal 1 :

Karakteristik Petugas Kesehatan di IGD PKU Muhammadiyah Gombong sejumlah 21 dominan berjenis kelamin Laki-Laki, Kategori Umur petugas paling dominan >45 tahun, kategori Pendidikan petugas kesehatan dominan D3. Lama bekerja petugas dominan >10 tahun dan Profesi dominan Perawat. Ketepatan Penerapan ESI (*Emergency Severity Index*) di IGD PKU Muhammadiyah Gombong menunjukan kategori Tepat *time* yang cepat karena karakteristik petugas IGD yang sudah

terlatih dan lama bekerja >10 tahun sehingga pengalaman dan pengetahuan terkait penilaian dan pengkategorian triase cepat.

Jurnal 2 :

Ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase adalah bagian yang sangat penting guna menunjang keberhasilan dalam manajemen pasien gawat darurat. Kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi triase berhubungan dengan banyak faktor, seperti; faktor pengalaman, pelatihan, pembimbingan, sehingga peneliti akan melakukan diskusi secara mendalam dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin terkait dengan peningkatan kualitas triase oleh perawat.

Jurnal 3 :

Terdapat perbedaan pemahaman prioritas kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pengenalan metode pengenalan metode Emergency Severity Index (ESI). Pengenalan berbagai metode triage sangat diperlukan untuk peserta didik keperawatan/perawat pemula serta mengaplikasikan metode pembelajaran triage yang menarik dan inovatif serta menganalisa efektifitasnya sebagai sarana pemahaman prioritas kasus-kasus kegawat daruratan sehingga perawat pemula memiliki kesiapan melaksanakan berbagai metode triage pada kondisi nyata di tempat pelayanan kesehatan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

(Sugiyono, 2017) Desain Penelitian Ini Yaitu Penelitian Kuantitatif Dengan Pendekatan Cross Over Quasi Eksperimental. Terdapat Dua Kelompok, Kelompok Kontrol Adalah Pasien Dengan Pengkajian Menggunakan Triase Empat Tingkat Modifikasi ATS Sedangkan Kelompok Intervensi Adalah Pasien Dengan Pengkajian Menggunakan Metode Triase Lima Tingkat ESI.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Penelitian ini hanya menggambarkan satu variabel yaitu ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI mahasiswa profesi ners pada stase keperawatan gawat darurat di IGD yang dinilai dengan lembar observasi adopsi sistem triase ESI.

3.2 Populasi

Menurut Nursalam (2017) Populasi penelitian adalah seluruh pasien IGD PKU Muhammadiyah Gombong 1329 pasien perbulan.

3.3 Sampel

Jumlah sampel 93 dengan rumus slovin, teknik pengambilan sampel yang digunakan Non- Probability Sampling dengan pendekatan Accidental sampling. Kriteria Sampel yang didapat berdasarkan kriteria inklusi; semua pasien yang datang ke IGD, dan kriteria ; pasien meninggal, pasien intranatal, dan pasien masuk ruang isolasi

3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di IGD rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong dan waktu penelitian dilaksanakan Tanggal 13- 15 juni 2019. Metode pengumpulan data diperoleh dari pasien datang di IGD dinilai ketepatan triase dan Response Time dengan Instrumen penelitian Lembar

observasi Triase ESI untuk mengukur ketepatan triase, sedangkan Response Time

3.5 Tempat penelitian

Merupakan lokasi penelitian dilaksanakan dan atau sumber data penelitian diambil (Nursalam, 2017). Tempat penelitian pada penelitian ini adalah IGD rumah sakit PKU Muhammadiyah.

3.6 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama tiga minggu pada 13-15 juni 2019.

3.7 Cara Meumpulan Data

Teknik Pengumpulan data terdiri dari Tahap pertama administratif pengurusan surat ijin; studi pendahuluan IGD dan rekam medis, surat etik, surat ijin penelitian, dan surat ijin pengantar penelitian IGD. Tahap kedua pelaksanaan; Diskusi terkait sistem dan prosedur triase ESI dengan dibantu aplikasi ESI Gombong dan virtual IGD dalam penjelasan kepada Dokter, kepala ruang, dan katim, penelitian dilakukan 3 hari dari tanggal 13-15 juni pada shift pagi dan siang, penilaian dimulai saat pasien tiba di depan pintu utama IGD dihitung response time dengan lembar observasi dan Stopwatch, dan melihat ketepatan triase menggunakan lembar triase Esi sesuai pengkategorian. Tahap ketiga Penilaian dengan SPSS V.17 dan dianalisa..

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian Lembar observasi Triase ESI untuk mengukur ketepatan triase, sedangkan Response Time menggunakan Lembar Observasi Response Time. Alat ukur lain berupa stopwatch swan, SOP triase ESI dan Aplikasi ESI Gombong.

3.9 Variabel Penelitian

Variabel independent pada penelitian adalah Triase ESI dengan hasil ukur tepat dan tidak tepat, skala ukur ordinal. Variabel dependent pada penelitian ini adalah response time dengan hasil ukur cepat, sedang, dan lambat, dan skala ukur ordinal. Variabel Moderat adalah karakteristik petugas kesehatan; umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dan

profesi. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini analisa univariat karakteristik petugas, Ketepatan triase, dan Response Time menggunakan tabel distribusi frekuensi, dan Analisa Bivariat Ketepatan Triase ESI terhadap Response Time dengan Uji Mann-Whitne.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil

Berdasarkan hasil review 5 artikel, didapatkan hasil bahwa metode penilaian menggunakan *Emergency Severity Index* (ESI) terhadap respon time pasien di IGD menunjukkan nilai $p\text{-value} < 0.05$ yang artinya menunjukkan ketetapan dan kecepatan penerapan ESI yang sangat efektif dan dapat mengurangi waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan petugas kesehatan. Metode *triage* ESI ini berbeda dengan metode *triage* yang lain. Dimana, dalam metode ESI memiliki klasifikasi 5 kategori dalam penentuan pasien dan menilai tidak berdasarkan kerangka waktu, tetapi dapat memperkirakan outcome pasien secara efektif karena pasien dengan resiko tinggi masuk ke dalam kategori ESI 1 dan 2. Berdasarkan hasil review 5 artikel menunjukkan bahwa metode penilaian menggunakan *Emergency Severity Index* (ESI) memiliki ketepatan dan kecepatan dikarenakan faktor kemudahan *triage* ESI dalam pengkategorian, metode *triage* ESI ini perawat tidak perlu bekerjasama sama dengan dokter diawal dalam penetapan *triage*, hanya dinilai berdasarkan sumberdaya yang dibutuhkan.

5.2 Ketetapan TRIAGE Emergency Severity Index (ESI)

Berdasarkan hasil analisa dari ke 3 artikel didapatkan hasil bahwa semua jurnal menyebutkan bahwa dalam dokumentasi *triage* dengan metode ESI sebagian besar masuk dalam kategori tepat dan sebagian kecil masuk kedalam kategori tidak tepat. Keberhasilan dalam pendokumentasian ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu Umur, pendidikan, lama kerja dan profesi (dokter, perawat/mahasiswa perawat)

Pada penelitian Bahari (2019) hasil menunjukkan bahwa dari 93 pasien level *triage* ESI lebih dominan pada kategori ESI 3 sebanyak 46 pasien(49,5%) dan *triage* ESI kategori tepat yaitu sebanyak 83 pasien 89,2 % dan kategori *triage* ESI yang tidak tepat sebanyak 10 pasien (10,8%) dengan jumlah ESI yang tidak tepat adalah ESI 2 sebanyak 2 pasien (2,2%) dengan kasus *triage* kasus pediatrik, indikator kesalahan Terjadi

pada penilaian TTV suhu $>39.0^{\circ}\text{C}$ anak usia 5 bulan dikategorikan ESI 2, padahal indikator triase TTV ESI 2 menyebutkan umur 0-28 hari dengan $T >38.0^{\circ}\text{C}$ dan Umur 1-3 bulan dengan $T >38.0^{\circ}\text{C}$, sedangkan anak umur 3 bulan - 3 tahun dengan $T >39.0^{\circ}\text{C}$ masuk kategori ESI 3. Tidak Tepat triase juga terjadi pada pengkategorian triase ESI 3 dengan jumlah 8 (8,7%) dengan kasus Luka terbuka dan keluhan nyeri, kesalahan terjadi pada indikator TTV dan penilaian nyeri. Pada kasus tersebut pasien dengan luka terbuka kaki, dengan keluhan nyeri hebat dan ada perubahan TTV takikardi dan tensi tinggi dikategorikan ESI 3, pada indikator triase 3 menyebutkan vital sign stabil sedangkan untuk Vital sign tidak stabil dan skala nyeri >6 masuk kategori ESI 2.

Ketetapan dalam penelitian tersebut didukung oleh Wibowo (2019) dimana, triage ESI dengan kategori tepat sebanyak 76% dan kategori tidak tepat sebanyak 24%. Menurut Gilboy (2011) triage ESI ini merupakan hasil algoritma stratifikasi yang cepat, dapat ditiru dan relevan secara klinis untuk pengelompokan pasien ke dalam lima tingkatan berdasarkan keparahan, tindakan dan sumber daya.

Penulisan dan pengkategorian triage pasien yang tidak tepat juga akan berdampak pada penurunan waktu tanggap darurat sehingga keadaan tersebut akan mengurangi waktu emas /golden period dalam penanganan sebuah kasus kegawat daruratan yang akan menyebabkan terjadinya penurunan dalam kualitas penanganan. Ketepatan penilaian ESI disebabkan karena faktor kemudahan sistem triage ESI, selain faktor tersebut faktor pengalaman dari petugas kesehatan juga dapat mempengaruhi ketepatan penilaian dikarenakan semakin banyak pengalaman dan lama kerja >10 tahun maka petugas akan lebih paham mengenai metode triage ESI seperti sumber daya yang dibutuhkan pasien (Bahari, 2019).

Pada penelitian Wibowo (2020) menunjukkan hasil bahwa ketetapan prioritas triage pasien dengan metode ESI lebih banyak yaitu sebesar 46 pasien (92%) dibandingkan ketetapan menggunakan metode CTAS yaitu sebesar 38 pasien (76%). Perbandingan ketetapan keberhasilan penilaian

prioritas pasien tersebut didukung dalam penelitian Gilboy (2012) yaitu perbandingan ketetapan tersebut dipengaruhi ketersediaan algoritma. Dimana metode ESI memiliki algoritma yang sangat jelas, detail, dan memiliki validitas tinggi dalam menentukan prioritas triase pasien. ESI juga memiliki standar klasifikasi dalam penggunaan sumber daya. Kebutuhan sumber daya sudah sangat jelas tertulis didalam algoritma bahwa kebutuhan sumber daya diklasifikasikan berdasarkan prioritas/level triase. Jenis – jenis sumber daya yang tertulis dalam sistem triase ESI sudah ditetapkan dan digunakan sesuai kondisi pasien.

Pengetahuan juga menjadi dasar dalam proses pelaksanaan triase. Pengalaman bekerja menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan yang dalam hal ini dapat ditunjukkan dengan kualitas dalam melakukan pelayanan keperawatan gawat darurat khususnya proses triase. Pengalaman yang cukup akan menjadikan seorang perawat lebih percaya diri, memiliki wawasan yang luas, kecepatan dan ketepatan dalam menghasilkan sebuah keputusan. Semakin lama bekerja, seorang perawat triase akan mendapatkan banyak pengetahuan dan kemampuannya dalam melakukan pengkajian, menganalisis masalah pasien berdasarkan patofisiologi, menganalisis kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan kondisi pasien sehingga hal tersebut akan berdampak pada ketepatan penulisan dokumentasi triase (Wibowo, 2019)

Pada penelitian Minggawati (2018) didapatkan hasil bahwa dalam kategori *under triage*, *expected triage*, penilaian dengan metode ESI lebih unggul dibandingkan dengan metode ATS. *Over triage* pada metode triage ESI sebanyak 10,5% sedangkan pada ATS sebanyak 7,9%, keputusan *overt triage* dapat menghasilkan waktu tunggu yang singkat untuk memperoleh intervensi medis. Hasil keputusan pada *Expected triage* dengan metode ESI sebesar 76,3% dan ATS sebesar 73,7%, hal ini menunjukkan bahwa metode triage ESI lebih banyak memberikan keputusan triage yang tepat.

Keputusan triage yang akurat memiliki dampak penanganan pasien. Pengambilan keputusan triage yang benar merupakan dasar dalam

penentuan prioritas untuk menyediakan perawatan kegawatdaruratan. Keakuratan dari penggunaan triage ESI tidak terlepas dari kemampuan dalam memutuskan kegawatan pasien. Hal tersebut didukung oleh penelitian Smith and Core (2010) dimana, dalam pengambilan keputusan triage didasarkan pada critical thinking, intuisi dan pengalaman, perawat yang memiliki lebih banyak pengalaman bertahun-tahun menjadi perawat triage akan meningkatkan konsistensi dalam ketepatan pengambilan keputusan hasil triage.

Berdasarkan pernyataan diatas peneliti beropini bahwa metode penilaian triage ESI memainkan peran penting untuk memfasilitasi prioritas pasien sesuai dengan situasi mendesak mereka dan penilaian berdasarkan pasien yang tepat untuk sumber daya yang tepat di tempat yang tepat dan pada waktu yang tepat dan bertindak lebih efektif.

5.3 Respon Time IGD

Berdasarkan hasil analisa dari 3 artikel didapatkan hasil bahwa metode penilaian triage ESI menunjukan bahwa seberapa besar respon time dalam kategori cepat yaitu kisaran 1sampai kurang dari 5 menit untuk prioritas 1 atau ESI level 1.

Pada penelitian Bahari (2019) didapatkan hasil bahwa Response Time pasien IGD berdasarkan level triase ESI dominan pada kategori Cepat yang berjumlah 77 pasien (82,8%). Response time pasien IGD pada kategori cepat 77 (82,8%), sedangkan triase pada kategori sedang terjadi pada ESI 1 jumlah 16 (17,2%) dengan response time satu menit. Rata-rata Response Time triase ESI adalah ESI 1 yaitu 1 menit, ESI 2 yaitu 4,3 menit, ESI 3 yaitu 4.7 menit, ESI 4 yaitu 5,5 menit, dan ESI 5 yaitu 6,1 menit. Hal tersebut Sejalan dengan penelitian widodo (2015). Response time perawat dalam memberikan pelayanan di IGD RS. Panti Waluyo Surakarta menunjukkan kategori "sangat cepat" sebanyak 70 pasien atau sekitar 73,7 %, dengan hasil rata-rata response time yaitu 1.58 menit. Hal tersebut didapatkan oleh karena RS. Panti Waluyo dalam meningkatkan

mutu pelayanan di IGD, mencanangkan standart pelayanan minimal (SPM) di IGD berupa response time < 3 menit

Respon time pada kategori cepat disebabkan faktor karektristik petugas mayoritas petugas laki-laki sehingga fisik dan kecepatan lebih dan mayoritas sudah lama bekerja >10 tahun sehingga sudah banyak pengalaman dalam penanganan kegawatdaruratan menyebabkan reponse time cepat dan indikator mutu yang digunakan standar Rumah sakit response time (Bahari,2019).

Pada penelitian Sari (2020) menunjukan bahwa response time pada triage ESI (Emergency Severity Index) dengan jumlah rata-rata responden 04 menit 30 detik. Nilai ini lebih cepat dari nilai standart response time yang di tentukan oleh Depkes yaitu < 5 menit. Semakin tinggi prioritas kegawatan maka semakin cepat response time yang didapatkan sehingga mempercepat pelayanan dan mengurangi tingkat mortalitas dan kecacatan lebih lanjut. response time triage ESI (Emergency Severity Index) dengan nilai rata-rata 04 menit 30 detik. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Erik verawati (2018) dengan menggunakan metode triage ESI (Emergency Severity Index) menunjukkan bahwa Response Time tenaga kesehatan di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Paru Jember selama 30 hari diperoleh rata-rata 64.56 waktu 1 menit 4 detik, yang mana Response Time diperoleh rata-rata 88.59 waktu 1 menit 28 detik yang mana lama Triage response time tenaga kesehatan di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Paru Jember sudah sesuai Standart.

Response time merupakan kecepatan melayani atau melakukan tindakan cepat ke pasien gawat darurat. (Mardalena I, 2018). Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (response time) yang memiliki standar maksimal 5 menit di tiap kasus (Depkes RI. 2006).

5.4 Ketetapan Emergency Severity Index (ESI) Terhadap Respon Time Berdasarkan hasil analisa dari ke 4 jurnal menunjukan bahwa ketetapan penerapan triage ESI terhadap respon time pasien di IGD menunjukan nilai *p-value* <0,05 dengan demikian hasil tersebut menunjukan adanya

pengaruh ketepatan penerapan triage ESI dan efektif terhadap respon time pasien di IGD.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Bahari (2019) menyebutkan bahwa pengaruh ketepatan penerapan triase ESI terhadap repone time di IGD PKU Muhammadiyah Gombong disebabkan karena triase ESI mudah dalam pengkategorian hanya melihat penilaian sumber daya yang digunakan dengan SDM tenaga kesehatan yang mampu menilai pasien dengan repone time yang cepat karena karakteristik petugas IGD yang sudah terlatih dan lama bekerja >10 tahun sehingga pengalaman dan pengetahuan terkait penilaian dan pengkategorian triase cepat. Di terapkanya triase ESI mampu meningkatkan response timeterhadap pasien IGDRS PKU muhammadiyah Gombongsehingga mengurangi waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan oleh petugas kesehatan.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Maleki, et al., (2015). Hasil penelitian ini adalah ada peningkatan 6,46-8,92 menit dalam waktu rata-rata dari kedatangan pasien untuk dikunjungi oleh seorang dokter ($P < 0,001$) dan peningkatan waktu rata-rata dari dokter kunjungan untuk menerima perawatan pertama 7,68-15,89 menit yang signifikan ($P < 0,001$). sehingga ada pengaruh penerapan triase ESI terhadap repone tme dokter di IGD.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Sari (2020) menunjukan bahwa penggunaan sistem triage ESI (Emergency Severity Index) efektif terhadap response time triagedi Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember dan di harapkan akan mempercepat penanganan di Instalasi gawat darurat sehingga akanmengurangi tingkat mortalitas dan kecacatan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Erik verawati (2018) dengan menggunakan metode triage ESI (Emergency Severity Index) menunjukkan bahwa bahwa Response Time tenaga kesehatan di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Paru Jember selama 30 hari diperoleh rata-rata 64.56 waktu 1 menit 4 detik, yang mana Response Timediperoleh rata-rata 88.59 waktu 1 menit 28 detik yang mana lama Triage response timetenaga

kesehatan di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Paru Jember sudah sesuai Standart.

Pada penelitian Wibowo (2020) menyebutkan bahwa ketepatan penulisan dokumentasi triase Emergency Severity Index lebih efektif terhadap ketepatan prioritas triase pasien dibanding dengan Canada Triage Acuity Scale. Menggunakan triage ESI menunjukkan pentingnya sebuah sistem dan dokumentasi triase sehingga berpengaruh pada ketepatan dalam menentukan prioritas triase pasien. Kecepatan dan ketepatan dalam sebuah pelayanan kegawat daruratan menjadi prinsip utama, tidak mentolerir sedikitpun adanya kesalahan dalam sebuah proses manajemen kegawat daruratan, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Prasetyantoro (2013) yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang cukup berarti antara ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan pasien dengan cedera kepala.

Triase Emergency Severity Index merupakan triase yang dikembangkan di Amerika Serikat. Triase ESI juga memiliki 5 level/prioritas keakutan yaitu level 1, resusitasi; level 2, darurat; level 3, mendesak; level 4, kurang mendesak; dan level 5, tidak mendesak. Salah satu Indikator Mutu pelayanan klinis di Instalasi Gawat Darurat adalah kemampuan menangani life saving Response Time <5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana triase pasien di IGD (Bahari, 2019). Response time ESI sesuai katagori, ESI 1 ≤ 0 menit, ESI 2 ≤ 15 menit, ESI 3 ≤ 30 menit, ESI 4 ≤ 60 menit, dan ESI 5 ≤ 120 menit. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien dijumpai dokter menambah daya pikat sistem triase ini (Gilboy et al., 2011).

ESI atau Emergency Severity Index merupakan patokan yang dipakai oleh Amerika untuk menentukan prioritas mengenai kegawat daruratan pasien. Metode ESI (Emergency Severity Index) menentukan prioritas penanganan awal berdasarkan sindrom yang menggambarkan keparahan pasien dan perkiraan kebutuhan sumber daya unit gawat darurat yang dibutuhkan.

Keuntungan sistem triage ESI (Emergency Severity Index) yaitu perawat triage dipandu untuk melihat kondisi dan keparahan tanpa harus menunggu intervensi dari dokter, Pertimbangan pemakaian sumber daya memungkinkan perawat triage memperkirakan utilisasi tempat tidur, menggunakan skala nyeri 1-10 dan pengukur tanda-tanda vital yang secara umum dipakai di Indonesia, selain itu juga sistem triage ESI (Emergency Severity Index) menjelaskan apa saja yang perlu diperiksa pada anak-anak yang mana tidak dijumpai pada sistem triage lainnya, (Datusananatyo. R A, 2016).

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

1. Didapatkan hasil sebagian besar dalam dokumentasi triage dengan metode ESI sebagian besar masuk dalam kategori tepat dan sebagian kecil masuk kedalam kategori tidak tepat. Keberhasilan dalam pendokumentasian ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu Umur, pendidikan, lama kerja dan profesi (dokter, perawat/mahasiswa perawat). Peneliti beropini bahwa metode penilaian triage ESI memainkan peran penting untuk memfasilitasi prioritas pasien sesuai dengan situasi mendesak mereka dan penilaian berdasarkan pasien yang tepat untuk sumber daya yang tepat di tempat yang tepat dan pada waktu yang tepat dan bertindak lebih efektif.
2. Didapatkan hasil bahwa metode penilaian triage ESI menunjukkan bahwa sebagian besar respon time dalam kategori cepat yaitu kisaran 1 sampai kurang dari 5 menit untuk prioritas 1 atau ESI level 1.
3. Didapatkan hasil bahwa ketetapan penerapan triage ESI terhadap respon time pasien di IGD dengan hasil yaitu menunjukkan adanya pengaruh ketetapan penerapan triage ESI dan efektif terhadap respon time pasien di IGD.

6.2 Saran

1. Bagi Pendidikan

Hasil dari penelitian diatas diharapkan metode *Emergency Severity Index* (ESI) dapat menjadi standart metode bagi pendidikan dalam menentukan prioritas mengenai kegawat daruratan pasien. .

2. Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat diterima sebagai metode terbaru dalam menentukan prioritas mengenai kegawat daruratan pasien.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Berdasarkan dari penelitian diatas dapat digunakan sebagai referensi bagi profesi keperawatan maupun berinovasi menemukan metode-metode yang baru yang mungkin lebih efektif dari *Emergency Severity Index* (ESI).

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiwijaya, A. 2018. Respon Time Petugas IGD Rumah Sakit Umum
- Christ, M. et al. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt international*. Medical center. 2010; 107(50)
- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*. 107(50):892–8
- Dahlan, M S. (2013). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Edisi Jakarta : Salemba Medika.
- Dharma, K K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta : Trans Info Media.
- Daerah Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 12(2): 168-171.
- Depkes RI, (2011). *Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Di Rumah Sakit*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Depkes RI, (2012). *Riset Kesehatan Dasar Tahun*. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Emergency Nurses Association. *Triage qualifications*; Emergency Nurses Association. 2011
- Gilboy, N., Tanabe, P., dan Travers, D. 2012. *Emergency Severity Index (ESI) A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4 Implementation Handbook 2012 Edition*. AHRQ.

- Gliboy, N. et al. Emergency Saverty Gilboy N, Tanabe, P.Travers, D.a
Rosenau AM. Emergency Saverty Index (ESI) : A triage Toll for
Emergency Departement Care. 4th ed. Rockville,
- Khairina I, Malini H, Huriani E. Faktor-Faktor yang Berhubungan
dengan PengambilanKeputusan Perawat Dalam
KetepatanTriase di Kota Padang[Internet]. Indonesian
Journal for Health Sciences. 2018 [Diakses tanggal 22 Oktober
2018]. Dari: [journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/article/d
ownload/707/694](http://journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/article/download/707/694) MD: AHRQ Publications. 2012
- Kurniasari R. Hubungan Antara Level Emergency Severity Index (ESI)
dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit
Sido Waras. *J Adm Kesehatan Indonesia*. 2016;4(2):97.
- Lee, C.H, (2010). Disaster and mass casualty triage. *American Medical
Association Journal of Ethics*. Volume 12, Number 6: 466-470.
- Milbrett, P., Halm, M. 2009. Characteristics And Predictors Of Frequent
Utilization Of Emergency Services. *Journal of emergency nursing*.
35:191-198.
- Muninjaya, Gde AA,2011, Manajemen Pelayanan Kesehatan, Jakarta, EGC
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka
Cipta. Nurhasim, S. 2015. Pengetahuan Perawat Tentang Response
Time Dalam Penanganan Gawat Darurat Di Ruang Triage RSUD
Karanganyar. Skripsi. Surakarta: Program Studi S1 Keperawatan
Stikes Kusuma Husada.

- Ruslan, A.I., Bahar, B. (2014). Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Trauma Kapitis Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rsud H Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar. Jurnal ilmiah keseh Diagnosi Volume 5 Nomor 4 Tahun 2014. ISSN: 2302-1721.
- Sari, D. Potret Pelaksanaan Patient Safety Mahasiswa Profesi Ners [Internet]. Nurscope. Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah. 2015 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnm/article/download/467/388
- Wibowo, D. (2019). Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triage Emergency Severity Index (ESI) Oleh Mahasiswa Ners Stikes Cahaya Bangsa Di Igd Rsud Ulin Banjarmasin. Jurnal Darul Azhar Vol 7, No.1 Februari 2019 – Juli 2019, Hal: 1 – 6.

Penerapan ESI (Emergency Severity Index) Terhadap Response Time Pasien di IGD PKU Muhammadiyah Gombong

Zaenab Kartika Bahari^{1*}, Putra Agina Widyaswara Suwaryo², Endah Setyaningsih³

^{1,2,3}Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes Muhammadiyah Gombong

*Email: Zaenabkartika11@gmail.com

Abstrak

Keywords:
IGD;
Response
Time;
Triase ESI

Latar Belakang; Prevalensi kunjungan pasien IGD semakin tahun meningkat, di Indonesia tahun 2014 kunjungan pasien IGD sebanyak 4.402.205. Data peningkatan tersebut menunjukkan IGD adalah Unit Critical Point atau gerbang utama penanganan kasus kegawatdaruratan yang menentukan kualitas pelayanan Rumah sakit. Indikator Mutu IGD PKU Muhammadiyah Gombong adalah kematian <8 jam dan Response Time <5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan adalah dengan meningkatkan manajemen dari indikator mutu IGD, salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana IGD yaitu pelaksanaan triase terhadap Response Time. IGD PKU Muhammadiyah Gombong menggunakan triase klasik tiga tingkat yang tidak cocok diterapkan di IGD level empat, triase yang cocok adalah triase lima tingkat salah satunya ESI, karena menggunakan skala 1-10, ada indikator triase khusus Pediatric, penilaian berdasarkan sumber daya yang digunakan, dan penilaian response time lebih mudah dan cepat. Tujuan; Untuk mengetahui pengaruh ketepatan penerapan ESI terhadap response time pasien di IGD PKU Muhammadiyah Gombong. Metode Penelitian; Jenis penelitian kuantitatif metode quasi eksperimen rancangan one group dengan pendekatan cross sectional. Sampel sebanyak 93 dengan teknik Accidental sampling. Analisa data menggunakan analisa deskriptif dan analisa bivariat menggunakan uji mann-whitney. Hasil; Response Time paling dominan pada kategori ESI 3 sebanyak 46 pasien (49,5%). Ketepatan Triase pada kategori tepat berjumlah 83 pasien (89,2%), Sedangkan Response Time pada kategori Cepat berjumlah 77 pasien (82,8%) dengan rata-rata response time ESI 1 = 1 menit, ESI 2 = 4,3 menit, ESI 3 = 4,7 menit, ESI 4 = 5,5 menit, dan ESI 5 = 6,1 menit. Kesimpulan Ada Pengaruh Ketepatan Penerapan triase Terhadap Response Time Pasien Di IGD PKU Muhammadiyah Gombong dengan hasil ($p=0.002 < 0.05$)

1. PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi Gawat darurat (Depkes RI, 2009). Menurut WHO (2012) Banyak pasien dengan kasus gawat darurat yang masuk ke rumah sakit memerlukan pertolongan segera. Kegawat daruratan dari penyakit menjadi masalah seluruh dunia termasuk di negara Asean (AFNCD, 2015). Kunjungan pasien di IGD meningkat tiap tahunnya, Peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh IGD rumah sakit dunia. Berdasarkan data kunjungan pasien masuk ke IGD di Indonesia sebanyak 4.402.205 pasien (13,3% dari total kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan (Kemenkes RI, 2014). Pelayanan gawat darurat di Provinsi Jawa Tengah mengalami peningkatan pada tahun 2011-2012 dari 98,80% menjadi 100% (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2013). Kabupaten Kebumen jumlah kunjungan pasien ke IGD Rumah sakit 492.479 Yang datang baik rawat jalan dan rawat inap, sedangkan kunjungan puskesmas di kabupaten Kebumen 998.142 (Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2015).

Data tersebut menunjukkan Tingginya kunjungan pasien di IGD. Instalasi Gawat Darurat disebut *unit critical point* rumah sakit karena merupakan gerbang utama menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit, pelayanan diberikan harus cepat dan tepat serta terhitung (Ningsih, 2015; Suwaryo & Yuwono, 2018).

Salah satu Indikator Mutu pelayanan klinis di Instalasi Gawat Darurat adalah kemampuan menangani *life saving Response Time* <5 menit. Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan salah satunya meningkatkan manajemen tatalaksana triase pasien di IGD. Triase merupakan proses pengkategorian pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan yang memiliki dampak pada *Response Time* pelayanan petugas kesehatan di IGD (Kemenkes RI, 2011).

Rumah sakit di Indonesia belum memiliki standar triase, dimana masih menggunakan sistem triase klasik adopsi dari sistem triase bencana yang tidak cocok diterapkan di rumah sakit modern mempertimbangkan *evidence based medicine* atau kedokteran berbasis bukti (Australian Government, 2009), Saat ini triase di rumah sakit lebih menerapkan triase lima tingkat karena dianggap valid dan reliabel. Triase lima tingkat tersebut antara lain CTAS, MTS, ATS, dan ESI (Christ et al., 2010).

Triase ESI adalah hasil algoritma stratifikasi yang cepat, dapat ditiru dan relevan secara klinis untuk pengelompokan pasien ke dalam lima tingkat berdasarkan keparahan, tindakan, dan sumber daya yang dibutuhkan pasien (Gilboy et al., 2011). Triase ESI merupakan sebuah triase yang valid dan reliabel jika dibandingkan dengan triase 3 tingkat yang diterapkan di Iran (Maleki et al., 2015)

ESI dalam konteks IGD rumah sakit di Indonesia cocok diterapkan karena menggunakan skala nyeri 1-10 yang biasa digunakan, ada *tools* sendiri untuk triase pasien *pediatri*, perawat triase lebih mudah melihat keparah dibanding bekerjasama dengan dokter dalam menegakan diagnosa. *Response time* ESI sesuai katagori, ESI 1 ≤ 0 menit, ESI 2 ≤ 15 menit, ESI 3 ≤ 30 menit, ESI 4 ≤ 60 menit, dan ESI 5 ≤ 120 menit. Ketiadaan ketentuan waktu kapan pasien dijumpai dokter menambah daya pikat sistem triase ini (Gilboy et al., 2011).

Hasil penelitian Maleki, et al., (2015) menyebutkan ada peningkatan *response time* 6,46-8,92 menit dalam waktu rata-rata *response time* seorang dokter ($p < 0,001$) dan peningkatan *response time* dari dokter kunjungan untuk menerima perawatan pertama 7,68-15,89 menit peningkatan yang signifikan ($p < 0,001$).

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 11 februari 2019 dengan metode observasi dan wawancara didapatkan hasil RS PKU Muhammadiyah gombong memiliki Indikator mutu klinis kematian <8jam dan *response time* <5 menit. Faktor pengaruh *reponse time* adalah penggunaan Triase dimana IGD menggunakan standar triase

modern PACS tetapi belum diaplikasikan di lapangan. IGD masih menggunakan triase klasik 3 level, hasil wawancara ke empat perawat didapatkan bahwa perawat tidak mengetahui standar triase yang digunakan.

Dari uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian Penerapan triase ESI terhadap *Response Time* pasien di IGD Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong. Tujuan Penelitian Ini untuk mengetahui Karakteristik petugas kesehatan Ketepatan penerapan triase ESI, *response time* IGD, dan Pengaruh Ketepatan Triase ESI terhadap *response time*. Manfaat penelitian bagi perkembangan ilmu keperawatan dapat diterapkan triase modern di keperawatan gader kritis, bagi Rumah sakit sebagai bahan evaluasi standar pelayanan triase, dan bagi petugas kesehatan sebagai pengetahuan mengenai model triase modern

2. METODE

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *quasi eksperimen* adalah mencari hubungan sebab akibat dengan adanya keterlibatan penelitian dalam melakukan manipulasi terhadap variabel bebas (Sugiyono, 2017). Rancangan yang digunakan *One-Shot case Study* pendekatan *cross sectional*.

Populasi penelitian adalah seluruh pasien IGD PKU Muhammadiyah Gombong 1329 pasien perbulan. Jumlah sampel 93 dengan rumus slovin, teknik pengambilan sampel yang digunakan *Non-Probability Sampling* dengan pendekatan *Accidental sampling*. Kriteria Sampel yang didapat berdasarkan kriteria inklusi; semua pasien yang datang ke IGD, dan kriteria eksklusi; pasien meninggal, pasien intranatal, dan pasien masuk ruang isolasi.

Penelitian dilakukan di IGD rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong dan waktu penelitian dilaksanakan Tanggal 13-15 juni 2019. Metode pengumpulan data diperoleh dari pasien datang di IGD dinilai ketepatan triase dan *Response Time* dengan Instrumen penelitian Lembar observasi Triase ESI untuk mengukur ketepatan triase, sedangkan *Response Time*

menggunakan Lembar Observasi *Response Time*. Alat ukur lain berupa *stopwatch* swan, SOP triase ESI dan Aplikasi ESI Gombong.

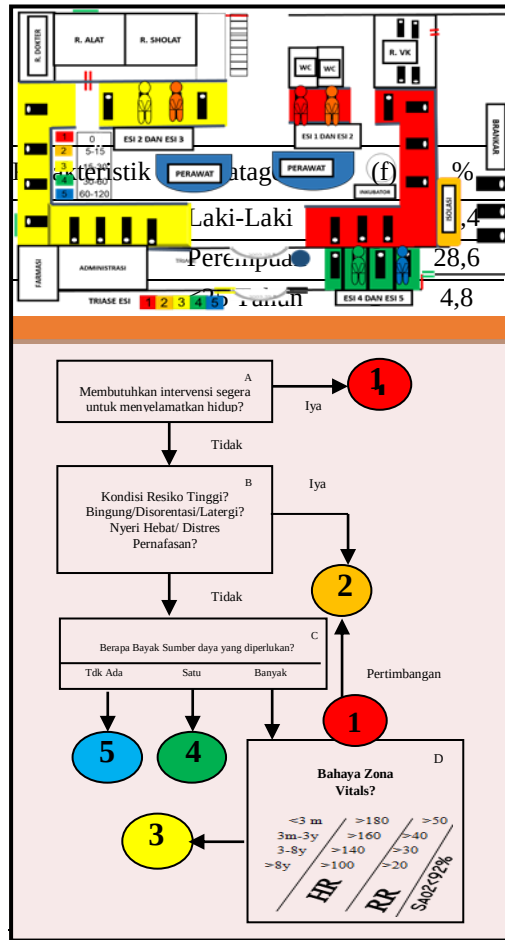
Teknik Pengumpulan data terdiri dari Tahap pertama administratif pengurusan surat ijin; studi pendahuluan IGD dan rekam medis, surat etik, surat ijin penelitian, dan surat ijin pengantar penelitian IGD. Tahap kedua pelaksanaan; Diskusi terkait sistem dan prosedur triase ESI dengan dibantu aplikasi ESI Gombong dan virtual IGD dalam penjelasan kepada Dokter, kepala ruang, dan katim, penelitian dilakukan 3 hari dari tanggal 13-15 juni pada *shift* pagi dan siang, penilaian dimulai saat pasien tiba di depan pintu utama IGD dihitung *response time* dengan lembar observasi dan *Stopwatch*, dan melihat ketepatan triase menggunakan lembar triase Esi sesuai pengkategorian. Tahap ketiga Penilaian dengan SPSS V.17 dan dianalisa.

Variabel independent pada penelitian adalah Triase ESI dengan hasil ukur tepat dan tidak tepat, skala ukur ordinal. Variabel dependent pada penelitian ini adalah *response time* dengan hasil ukur cepat, sedang, dan lambat, dan skala ukur ordinal. Variabel Moderat adalah karakteristik petugas kesehatan; umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dan profesi. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini analisa univariat karakteristik petugas, Ketepatan triase, dan *Response Time* menggunakan tabel distribusi frekuensi, dan Analisa Bivariat Ketepatan Triase ESI terhadap *Response Time* dengan Uji *Mann-Whitney*

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

3.1. Gambaran Lokasi Penelitian IGD PKU Muhammadiyah Gombong



Gambar 1. Ruang IGD dengan Algoritma Triase ESI

IGD Pku Muhammadiyah Gombong menjadi RS yang memiliki IGD level empat (tertinggi), yang tidak saja dilengkapi dengan rawat inap sekaligus kemampuan memberikan pertolongan *Emergency pra hospital*. IGD PKU Muhammadiyah Gombong memiliki fasilitas terdiri dari ruang penerimaan, ruang tindakan dan ruang penunjang medis. Untuk ruang tindakan terdiri dari Ruang VK, Ruang Isolasi, dan Ruang berdasarkan warna triase yaitu merah, kuning dan hijau. Untuk ruang IGD triase hijau Terdapat 4, terletak didepan pintu masuk, ruang triase kuning terdapat 10 ruang, dan triase merah ada 6 ruang. ruang triase IGD disesuaikan dengan algoritma triase ESI dimana kategori triase ESI 1 letakan pada area merah, kategori ESI 2 dan ESI 3 diletakan di area kuning, sedangkan kategori ESI 4 dan ESI 5 diletakan di area Hijau.

3.2. Karakteristik Tenaga Kesehatan IGD

Tabel 1.

Distribusi Frekuensi Karakteristik Tenaga Kesehatan IGD

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 1. menunjukkan data hasil karakteristik petugas Kesehatan di IGD Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong berdasarkan jenis kelamin, dominan pada kategori jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 15 orang (71,4%). Kategori umur dominan pada kategori umur >45 tahun dengan jumlah 9 orang (42,9%). Karakteristik berdasarkan Pendidikan, dominan pada kategori pendidikan D3 dengan jumlah 11 orang (52,4%). Karakteristik kategori lama bekerja, dominan pada kategori lama bekerja >10 tahun yang berjumlah 12 orang (57,1%). Karakteristik petugas kesehatan kategori profesi, Profesi Perawat

sebanyak 15 orang (71,4%), dan Kategori Profesi Dokter sebanyak 6 orang (28,6%).

	<i>Response Time</i>	(f)	%	Mean
Cepat	ESI 1 (<0)	0	0,0	
	ESI 2 (<15)	7	7,5	4,3
	ESI 3 (<30)	46	49,5	4,7
	ESI 4 (<60)	14	15,1	5,5
	ESI 5 (<120)	10	10,8	6,1
Total		77	82,8	
Sedang	ESI 1 (<5)	16	17,2	1
	ESI 2 (20-25)	0	0,0	
	ESI 3 (30-55)	0	0,0	
	ESI 4 (60-110)	0	0,0	
	ESI 5 (130-170)	0	0,0	
Total		16	17,2	

3.3. Ketepatan Penerapan Triase ESI

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Ketepatan Penerapan Triase ESI IGD

Level ESI	Ketepatan				F	%
	Tepat		Tidak Tepat			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
ESI 1	16	17,2	0	0	16	17,2
ESI 2	5	5,3	2	2,2	7	7,5
ESI 3	38	40,8	8	8,7	46	49,5
ESI 4	14	15,1	0	0	14	15,1
ESI 5	10	10,8	0	0	10	10,8
Total	83	89,2	10	10,8	93	100

Sumber: Data Primer 2019

Tabel 2. menunjukkan bahwa level triase ESI Pasien berdasarkan tingkat kegawat darurat, dominan pada kategori triase ESI 3 yang berjumlah 46 pasien (49,5%). Ketepatan penerapan triase ESI di IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong Triase ESI pada kategori tepat sebanyak 83 pasien (89,2%), Dan kategori triase ESI yang tidak tepat sebanyak 10 pasien (10,8%). Jumlah triase ESI yang tidak Tepat adalah ESI 2 sebanyak 2 pasien (2,2%) dan ESI 3 sebanyak 8 pasien (8,7%). Hal ini dapat dimakanai bahwa ketepatan lebih dominan pada kategori tepat yang berjumlah 83 pasien (89,2%).

3.4. Response Time Triase ESI pasien IGD

Tabel 3.

Distribusi Frekuensi *Response Time* IGD

Sumber: Data Primer 2019

Tabel 3. menunjukkan distribusi frekuensi *Response Time* pasien IGD berdasarkan level triase ESI. *Response Time* kategori cepat ESI 2 dengan jumlah 7 pasien (7,5%), ESI 3 dengan jumlah 46 pasien (49,5%), ESI 4 dengan jumlah 14 (15,1%), dan ESI 5 dengan jumlah 10 pasien (10,8%). Kategori *Response Time* sedang triase ESI 1 dengan jumlah 16 pasien (17,2%). Kategori *Response Time* lambat triase ESI 1-5 terdapat 0 pasien (0,0%). Rata-rata *Response Time* triase ESI adalah ESI 1 yaitu 1 menit, ESI 2 yaitu 4,3 menit, ESI 3 yaitu 4,7 menit, ESI 4 yaitu 5,5 menit, dan ESI 5 yaitu 6,1 menit.

3.5. Ketepatan Triase ESI Terhadap Response Time pasien IGD

Tabel 4. Uji *Mann-Whitney* Ketepatan Penerapan Triase ESI Terhadap *Response Time* IGD

Uji <i>Mann-Whitney</i>	Ketepatan Penerapan Triase ESI Terhadap Response Time					ESI 1-5
	ESI 1	ESI 2	ESI 3	ESI 4	ESI 5	
<i>Mann-Whitney U</i>	0.00	0.50	5.50	0.00	0.00	168.00
Z	- 4.00	- 2.10	- 4.04	- 2.24	- 2.18	-3.081
<i>p-value</i>	0.00	0,03	0.00	0.02	0.02	0.002

Sumber: Data Primer 2019

Tabel 4. menunjukkan ketepatan pererapan triase ESI terhadap *Response Time*. ESI 1 Diketahui nilai $p=0.00$, ESI 2 diketahui nilai $p=0.03$, ESI 3 diketahui nilai $p=0.00$, ESI 4 diketahui nilai $p=0.02$, dan ESI 5 diketahui nilai $p=0.02$. Dengan demikian hasil Uji *Mann-Whitney* menunjukkan ada pengaruh ketepatan penerapan triase ESI 1 – ESI 5 terhadap

Response Time pasien IGD. Ketepatan pererapan seluruh indikasi triase ESI 1–5 terhadap *Response Time*. diketahui nilai p $0.002 < 0.05$, sehingga *Ha* diterima dan *Ho* ditolak. Dengan demikian hasil Uji *Mann-Whitney* menunjukkan ada pengaruh ketepatan penerapan triase ESI terhadap *Response Time* pasien di IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong.

PEMBAHASAN

3.1. Karakteristik Tenaga Kesehatan IGD

Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar petugas Kesehatan berjenis kelamin Laki-Laki dengan jumlah 15 orang (71,4%). Sejalan penelitian Gurning (2014) bahwa mayoritas petugas kesehatan berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibutuhkan tenaganya untuk menangani beberapa kasus yang cukup serius. Didukung dengan penelitian Rahil (2012) jenis kelamin laki-laki memiliki *response time* yang cepat dibanding perempuan dikarenakan laki-laki memiliki keunggulan fisik. Sehingga jenis kelamin berpengaruh pada ketepatan dan *reponse time*.

Asumsi peneliti mengatakan petugas kesehatan IGD yang dibutuhkan adalah mayoritas laki-laki karena petugas berjenis kelamin laki-laki secara fisik lebih kuat dibanding perempuan untuk menangani kasus kegawatdaruratan yang berat dan membutuhkan tenaga lebih untuk penanganan cepat dan tepat untuk mengkategorikan pasien karena di triase ESI *Reponse Time* ESI 1 < 0 menit yang membutuhkan *Reponse Time* yang cepat dan tenaga lebih secara fisik dari petugas.

Umur

Hasil penelitian berdasarkan Umur petugas kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar petugas Kesehatan berusia > 45 tahun yang berjumlah 9 orang (42,9%) Sejalan dengan penelitian King (2010) Pada usia dewasa petugas kesehatan yang sudah terlatih dapat melakukan tindakan triase tepat karena usia dewasa adalah waktu pada saat seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya.

Didukung juga dengan penelitian Rahil (2012) faktor usia berhubungan dengan *response time* perawat dimana perawat usia 40-60 tahun memiliki *response time* yang lebih cepat dari perawat 20-40 tahun dikarenakan semakin bertambah usia berbagai pengalaman, pengetahuan, keterampilan, dan kemandirian memiliki pengalaman lebih dalam menangani kasus. Usia petugas kesehatan akan berpengaruh terhadap ketepatan dan *reponse time*

Asumsi peneliti maka umur akan berpengaruh terhadap pengalaman kerja, pengetahuan, dan keterampilan petugas kesehatan, semakin dewasa umur maka semakin banyak pengalaman dan ketrampilan petugas kesehatan dalam menangani kasus kegawatdaruratan yang akan berpengaruh terhadap Ketepatan dan Kecepatan dalam proses pengkategorian pasien berdasarkan prioritas pasien yaitu pada proses triase dan penilaian sumber daya yang dibutuhkan.

Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas Kesehatan berpendidikan D3 sebanyak 11 orang (52,4%). Sejalan dengan penelitian Sitorus (2011) meskipun untuk lulusan Program D3 disebut juga sebagai perawat profesional pemula yang sudah memiliki sikap profesional yang cukup untuk menguasai ilmu keperawatan dan ketrampilan profesional yang mencakup ketrampilan teknis, intelektual, dan interpersonal dan diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan profesional berdasarkan standar asuhan keperawatan dan etik keperawatan.

Namun pendidikan keperawatan harus dikembangkan pada pendidikan tinggi sehingga dapat menghasilkan lulusan yang memiliki sikap, pengetahuan dan ketrampilan profesional agar dapat melaksanakan peran dan fungsinya sebagai perawat professional.

Didukung penelitian Khairina (2018) faktor pengetahuan dan pendidikan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien. Pengetahuan berkaitan dengan hasil keputusan yang diambil dalam menentukan triase. Pengetahuan petugas triase akan berkaitan dengan kecepatan dan ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase dan pengkategorian prioritas triase pasien, sehingga pengetahuan dan pendidikan yang baik sangat di butuhkan dalam proses triase guna menunjang pelaksanaan triase yang berkualitas.

Asumsi peneliti untuk ketenagaan sebagian besar yang dibutuhkan adalah perawat lulusan D3 yang sudah memiliki pelatihan kegawatdaruratan yang trampil menangani kasus kegawatdaruratan. tetapi dalam penelitian masih terjadi ketidaktepatan dalam pengkategorian pasien, karena kurangnya pengetahuan dan pemaparan petugas terkait triase ESI sehingga pada pengkategorian terjadi kekeliruan pada ESI 2 dan ESI 3, sehingga semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan maka semakin tepat dalam penulisan dokumentasi triase ESI dan pengkategorian pasien.

Lama Bekerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas Kesehatan Lama bekerja >10 tahun yang berjumlah 12 orang (57,1%). Sejalan dengan penelitian Sitorus (2011) Lama bekerja petugas akan semakin tinggi tingkat kematangan seseorang dalam berfikir sehingga lebih meningkatkan pengetahuan yang dimiliki. Lama bekerja seorang petugas kesehatan IGD dapat melakukan triase memiliki masa kerja >2 tahun, semakin lama seorang bekerja semakin banyak kasus ditangani sehingga semakin meningkat pengalamannya,

sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditangani.

Didukung penelitian Fujino et all (2014) pada 1395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang bahwa 1045 perawat (76%) menunjukkan semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi semakin baik. Kinerja perawat yang baik ditunjukan ketika perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik pada pasien dengan kondisi gawat darurat dan sebagian besar perawat mampu menggunakan perangkat mekanik atau penunjang dan mendokumentasikan proses asuhan dengan baik.

Asumsi peneliti Lama bekerja petugas kesehatan berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan triase. Semakin lama bekerja, seorang petugas triase akan mendapatkan banyak pengalaman tentang pengetahuan dan kemampuannya dalam melakukan pengkajian, menganalisis masalah pasien berdasarkan patofisiologi, menganalisis kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan kondisi pasien dengan cepat dan tepat, berbeda dengan petugas kesehatan yang baru bekerja karena dalam menganalisa pasien dan menilai sumber daya yang dibutuhkan masih membutuhkan waktu lama dan terjadi ketidaktepatan, sehingga hal tersebut akan berdampak pada ketepatan dan kecepatan triase.

Profesi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas Kesehatan adalah profesi Perawat sebanyak 15 orang (71,4%), dan profesi Dokter sebanyak 6 orang (28,6%). Pelaksanaan triase antara dokter dan perawat berdasarkan penelitian Esmailian et al (2014) didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan. Studi yang dilakukan Burnstrom et al, (2012) mengenai dokter yang melakukan triase terbukti meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan. Meskipun triase adalah tindakan keperawatan namun pelaksanaannya tetap melibatkan dokter sebagai penentu level triase. Beberapa penelitian menyatakan bahwa triase yang dilakukan oleh perawat memiliki kredibilitas yang tinggi sama dengan triase yang dokter lakukan, namun

hal ini bisa terjadi apabila pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat adekuat (Gilboy, 2012).

Di dukung penelitian Wa Ode, dkk (2012) yang mengatakan bahwa ketersediaan stretcher dan perawat triase dengan waktu tanggap memiliki hubungan yang erat baik di IGD bedah dan non bedah. *Canadian of Association Emergency Physician* (2012) mengatakan bahwa kejadian kurangnya perawat untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap kedatangan pasien baru yang mungkin saja dalam kondisi yang sangat kritis. Hal tersebut dapat terjadi karena kejadian kekurangan SDM untuk beberapa kasus gawat darurat yang terjadi di IGD dapat menyebabkan terjadinya peningkatan permintaan pelayanan yang melebihi kapasitas dan terjadinya kepadatan IGD pada waktu tersebut. Sehingga akan mempengaruhi ketepatan Triase dan *response time* IGD.

Asumsi peneliti dalam penelitian ini adalah penting adanya petugas kusus triase, yaitu perawat triase dan dokter triase. Belum tersedianya petugas perawat dan dokter khusus triase di IGD akan berdampak ketika jumlah kunjungan pasien pada kondisi *overcrowding* terutama terjadi pada shif siang dengan petugas terdiri dari 3 perawat dan 2 dokter dengan rata-rata kunjungan pasien 44, sehingga bertambah beban kerjanya dan akan berdampak pada ketepatan pengkategorian dan *Response time* melambat.

3.2. Ketepatan Triase ESI

Hasil penelitian menunjukan bahwa Level triase ESI lebih dominan pada kategori ESI 3 yang berjumlah 46 pasien (49,5%) dan triase ESI kategori Tepat yang berjumlah 83 pasien (89,2%). Ketidak tepatan ESI terjadi pada kategori ESI 2 dengan jumlah 2 (2,2%) dengan kasus triase pediatrik indikator kesalahan Terjadi pada penilaian TTV suhu $>39^{\circ}\text{C}$ anak usia 5 bulan dikategorikan ESI 2, padahal indikator triase TTV ESI 2 menyebutkan umur 0-28 hari dengan $T >38^{\circ}\text{C}$ dan Umur 1-3 bulan dengan $T >38^{\circ}\text{C}$, sedangkan anak umur 3

bulan - 3 tahun dengan $T >39^{\circ}\text{C}$ masuk kategori ESI 3.

Tidak Tepat triase juga terjadi pada pengkategorian triase ESI 3 dengan jumlah 8 (8,7%) dengan kasus Luka terbuka dan keluhan nyeri, kesalahan terjadi pada indikator TTV dan penilaian nyeri. Pada kasus tersebut pasien dengan luka terbuka kaki, dengan keluhan nyeri hebat dan ada perubahan TTV takikardi dan tensi tinggi dikategorikan ESI 3, pada indikator triase 3 menyebutkan *vital sighn* stabil sedangkan untuk *Vital sighn* tidak stabil dan skala nyeri >6 masuk kategori ESI 2.

Ketepatan triase ESI didukung penelitian wibowo (2019) triase ESI dengan kategori tepat sebanyak 38 lembar dokumentasi triase pasien dengan persentase 76 %, dokumentasi triase ESI dengan kategori tidak tepat sebanyak 12 lembar dokumentasi triase pasien dengan persentase 24%. Singer Rf, *et al.* (2012) yang melaporkan bahwa kebanyakan ahli di IGD percaya bahwa ESI menyebabkan lebih cepat dan tepat dalam pengkategorian dan penggunaannya. ESI lebih akurat dibandingkan dengan model lain dan meningkatkan kerja sama tim di triase. McHugh M, *et al.* (2012) dalam studi pada sampel lebih dari 3000 rumah sakit menyatakan bahwa ESI adalah yang paling efektif dan tepat digunakan di rumah sakit.

Didukung penelitian Prasetyantoro (2013) mengatakan bahwa ada hubungan yang cukup berarti antara ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan pasien dengan cedera kepala. Penulisan dan pengkategorian triase pasien yang tidak tepat juga akan berdampak pada penurunan waktu tanggap darurat sehingga keadaan tersebut akan mengurangi waktu emas /golden period dalam penanganan sebuah kasus kegawat daruratan yang akan menyebabkan terjadinya penurunan dalam kualitas penanganan. Kualitas penanganan akan berhubungan dengan tingkat keberhasilan dalam sebuah manajemen kasus kegawat daruratan. Petugas triase menjadi kunci dalam ketepatan dokumentasi dan keberhasilan sistem triase.

Sejalan dengan penelitian Kristus *et al.* (2014) menyatakan bahwa instrumen triase dengan lima tingkat memiliki prioritas pada

instrumen tiga. Dalam hasil membandingkan sistem triase ESI dengan triase 3 tingkat di IGD untuk pertama kalinya di Iran. Sejak ESI baru dibandingkan dengan triase 3 level, mungkin perawat, dokter dan staf lain yang tidak cukup mengenal dengan sistem ESI dan mungkin membayangi temuan dari penelitian. ESI memainkan peran penting untuk memfasilitasi prioritas pasien sesuai dengan situasi mendesak mereka dan penilaian berdasarkan pasien yang tepat untuk sumber daya yang tepat di tempat yang tepat dan pada waktu yang tepat dan bertindak lebih efektif dari tiga tingkat

Ketidaktepatan triase ESI juga terjadi pada triase ESI 2 dan 3 sejalan dengan penelitian lei wang (2011) hasil penelitian menyebutkan terdapat kesalahan penetapan triase pada anak pada kategori ESI 2 dan ESI 3, dua anak menderita asma dengan *dsypnea* dan penurunan suara nafas, 4 bayi usia 1-3 bulan dengan suhu 38° C, diantara mereka terdapat anak memiliki suhu tubuh 39° C membutuhkan lebih dari satu sumber daya dikategorikan pada ESI 2 sehingga terjadi kesalahan pada pengkategorian pasien berdasarkan suhu dan kebutuhan sumber daya.

Didukung penelitian Kachalia, *et. al.* (2016), bahwa Kelalaian diagnosa di ruang gawat darurat memiliki penyebab yang kompleks, Faktor-faktor yang berkontribusi dalam kesalahan diagnosa adalah faktor-faktor kognitif, komunikasi, sistem, dan faktor yang berhubungan dengan pasien. Salah satu faktor yang berhubungan dengan sistem yaitu beban kerja yang berlebihan yang dapat disebabkan oleh banyaknya kunjungan pasien

Asumsi peneliti Ketepatan penilaian ESI karena disebabkan faktor kemudahan sistem triase ESI dalam pengkategorian karena perawat tidak perlu bekerjasama dengan dokter dalam penetapan triase hanya dinilai berdasarkan sumber daya yang dibutuhkan dan petugas triase yang sudah berpengalaman lama bekerja >10 tahun, sehingga mudah menilai kategori ESI karena sudah paham apa saja sumber daya yang dibutuhkan.

Kategori triase ESI tidak tepat Triase ESI terjadi banyak karena kesalahan penilaian TTV, sehingga perlu diperhatikan

kembali dalam pengkategorian triase ESI berdasarkan penilaian TTV. Tidak tepat triase juga terjadi paling banyak pada shift siang, asumsi penulis menyebutkan penyebab eksternal ketidak tepatan triase ESI disebabkan karena jumlah kunjungan pasien *overcrowding* pada shift siang dengan jumlah 20 pasien perhari dengan jumlah tenaga kesehatan 2 dokter dan 3 perawat, sehingga beban kerja perawat meningkat yang menyebabkan Tidak Tepat dalam pendokumentasian dan pengkategorian triase, selain itu penyebab lainnya karena kurangnya pengetahuan petugas terkait indikator khusus pediatrik dan Indikator TTV pada triase ESI.

3.3. Response Time IGD

Hasil penelitian menunjukkan *Response Time* pasien IGD berdasarkan level triase ESI dominan pada kategori Cepat yang berjumlah 77 pasien (82,8%). *Response time* pasien IGD pada kategori cepat 77 (82,8%), sedangkan triase pada kategori sedang terjadi pada ESI 1 jumlah 16 (17,2%) dengan *response time* satu menit.

Sejalan dengan penelitian widodo (2015). Hasil distribusi frekuensi *response time* perawat dalam memberikan pelayanan di IGD RS. Panti Waluyo Surakarta menunjukkan kategori "sangat cepat" sebanyak 70 pasien atau sekitar 73,7 %, dengan hasil rata-rata *response time* perawat IGD RS. Panti Waluyo Surakarta yaitu 1.58 menit. Hal tersebut didapatkan oleh karena RS. Panti Waluyo dalam meningkatkan mutu pelayanan di IGD, mencanangkan standart pelayanan minimal (SPM) di IGD berupa *response time* < 3 menit

Sedangkan *response time* melambat menurut penelitian Sutriningsih (2016) penyebab adalah waktu tiba pasien yang kebanyakan datang ke IGD untuk mendapatkan pelayanan pada waktu sibuk IGD Bedah (63,9%) dan IGD Non-Bedah (85,7%), dimana pada waktu-waktu inilah menurut literatur hasil penelitian merupakan waktu-waktu dimana terjadi peningkatan permintaan pelayanan. Hubungan ketersediaan petugas triase dengan waktu tanggap di IGD Bedah terlihat dari hasil analisis data yang ditunjukkan dengan nilai $p = 0,006$ dengan $PR = 2,97$ yang bermakna

bahwa keberadaan dokter dan perawat triase di meja triase untuk menerima pasien baru 2,97 kali lebih meningkatkan ketepatan waktu tanggap (Sitorus, 2011; Suwaryo, Wihastuti & Fatoni, 2016).

Sejalan Penelitian yang dilakukan oleh Tumbuan (2015) hasil *response time* perawat dalam menangani kasus gawat darurat di IGD RSU GMIM Kolooran Amurang yang juga rumah sakit tipe C kebanyakan (57,1%) lambat. Hal ini tidak sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan (2009) yang menyatakan bahwa pasien gawat darurat harus ditangani dalam waktu <5 menit. Hasil observasi peneliti di kedua rumah sakit, didapatkan banyak pasien yang datang namun kurangnya petugas kesehatan khususnya perawat di IGD lebih khusus di ruang triase sehingga menyebabkan proses dari awal triase sampai pasien mendapatkan penanganan awal mengalami keterlambatan waktu. Selanjutnya tidak meratanya tingkat kegawatan yang datang kebanyakan adalah kategori triase kuning dan hijau

Didukung penelitian Fadhilah, *et al*, (2013) menyatakan bahwa tidak meratanya penyebaran tingkat kegawatan, keberadaan petugas yang ada di triase, ketersediaan sarana dan cara bayar pasien merupakan beberapa faktor yang menyebabkan waktu tanggap (*Response time*) melebihi dari standar yang telah. Berdasarkan temuan tentang waktu rata-rata untuk dikunjungi oleh dokter, sampel independen t-test menunjukkan perbedaan signifikan dalam waktu rata-rata di pertama *response time* ESI Triage memiliki dampak yang signifikan pada waktu yang akan dikunjungi oleh dokter dan telah menyebabkan peningkatan indeks di rumah sakit

Asumsi peneliti *reponse time* pada kategori cepat disebabkan faktor karektristik petugas mayoritas petugas laki-laki sehingga fisik dan kecepatan lebih dan mayoritas sudah lama bekerja >10 tahun sehingga sudah banyak pengalaman dalam penanganan kegawatdaruratan menyebabkan *reponse time* cepat dan indikator mutu yang digunakan standar Rumah sakit *response time* <5 menit sehingga mmampu meningkatkan *Response Time*.

Sedangkan *Response time* ESI 1 kategori sedang penyebabnya adalah ketidaktersedian

Petugas Khusus triase dokter dan perawat triase sehingga untuk mencapai indikator *response time* standar ESI 1 <0 menit sulit, apalagi ketika terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien atay *overcwoding* IGD, sedangkan standar mutu yang digunakan bahwa *response time* <5 menit masuk kategori *Response time* sedang pada kategori ESI 1, sehingga perlunya SDM petugas kusus triase di IGD dan peningkatan indikator mutu *response time*.

Ketepatan ESI Terhadap *Response Time*

Hasil penelitian menunjukan Ketepatan Penerapan Seluruh Indikasi Triase ESI terhadap *Response Time* Pasien IGD. Diketahui nilai p $0.002 < 0.05$. Dengan demikian hasil Uji *Mann-Whitney* menunjukan ada pengaruh ketepatan penerapan triase ESI Terhadap *Response Time* pasien IGD di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

Triase adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien atau kegawatan yang memerlukan tindakan segera. Dalam triase, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu <10 menit. (Pusponegoro, 2010). Triase yang akurat merupakan kunci untuk tindakan yang efisien di Instalasi Gawat Darurat (Manitoba Health, 2010).

Sejalan dengan penelitian Hadi (2014), Analisis penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan *response time* sebelum dan sesudah diberlakukan triase dengan perbedaan rata-rata lebih cepat 2,055 menit dari sebelumnya. Perbedaan ini signifikan berdasarkan hasil uji Mann Whitney U untuk keseluruhan indikasi. Hasil ini juga menunjukkan bahwa diterapkannya triase ESI di IGD mampu mempercepat penanganan terhadap pasien IGD.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hamid Reza Khankeh *et al* (2013) Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan Triase di Rumah Sakit Shahid Rajaee di Karaj Iran mampu mempersingkat waktu tunggu dan *response time* pasien instalasi gawat darurat. Selain itu,

pelaksanaan triase yang cepat dan tepat juga mampu meningkatkan kepuasan pasien yang datang ke instalasi gawat darurat.

Penelitian lain yang menunjukkan hasil serupa yaitu penelitian Maleki, *et al.*, (2015). Hasil penelitian ini adalah ada peningkatan 6,46-8,92 menit dalam waktu rata-rata dari kedatangan pasien untuk dikunjungi oleh seorang dokter ($P < 0,001$) dan peningkatan waktu rata-rata dari dokter kunjungan untuk menerima perawatan pertama 7,68-15,89 menit yang signifikan ($P < 0,001$). sehingga ada pengaruh penerapan triase ESI terhadap *reponse time* dokter di IGD.

Asumsi peneliti dari hasil tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh ketepatan penerapan triase ESI terhadap *reponse time* di IGD PKU Muhammadiyah Gombong. pengaruh tersebut disebabkan karena triase ESI mudah dalam pengkategorian hanya melihat penilaian sumber daya yang digunakan dengan SDM tenaga kesehatan yang mampu menilai pasien dengan *reponse*

time yang cepat karena karakteristik petugas IGD yang sudah terlatih dan lama bekerja >10 tahun sehingga pengalaman dan pengetahuan terkait penilaian dan pengkategorian triase cepat.

Diterapkannya triase dengan menggunakan ESI merupakan evaluasi untuk penggunaan standar triase di IGD level empat rumah sakit modern RS PKU Muhammadiyah Gombong yang harus menggunakan triase lima tingkat yang tepat diterapkan dan sesuai dengan kondisi IGD, sarana prasarana, SDM tenaga kesehatan dan indikator mutu pelayanan IGD, dimana triase ESI mampu meningkatkan *response time* terhadap pasien IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong sehingga mengurangi waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan oleh petugas kesehatan pada saat datang ke IGD PKU Muhammadiyah Gombong dan akan meningkatkan mutu pelayanan IGD Rumah sakit dengan pemberian pelayanan yang cepat dan tepat.

4. KESIMPULAN

Karakteristik Petugas Kesehatan di IGD PKU Muhammadiyah Gombong sejumlah 21 dominan berjenis kelamin Laki-Laki, Kategori Umur petugas paling dominan >45 tahun, kategori Pendidikan petugas kesehatan dominan D3. Lama bekerja petugas dominan >10 tahun dan Profesi dominan Perawat.

Ketepatan Penerapan ESI (*Emergency Severity Index*) di IGD PKU Muhammadiyah Gombong menunjukan kategori Tepat

Respon Time berdasarkan level triase ESI di IGD PKU Muhammadiyah Gombong menunjukan *Response Time* kategori Cepat

Ada Pengaruh Ketepatan Penerapan ESI (*Emergency Severity Index*) Terhadap *Respon Time* Pasien Di IGD PKU Muhammadiyah Gombong dengan hasil uji *Mann-Whitney* nilai $p \ 0.002 < 0.05$.

REFERENSI

- [1] Australia Government of emergency. *Emergency patient department*. 2015
- [2] Christ, M. *et al.* *Modern triage in the emergency department*. Deutsches Arzteblatt international. Medical center. 2010; 107(50)
- [3] Brunstrim L, Nordberg M, Ornung G, *et al.* *Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models*. Scand J Trauma resusc emerg Med. 2012; 20:57
- [4] Canadian association Emergency Physician. *Overcrowding*. 2012
- [5] College of Emergency Nursing Australia (CENA). *Position statement triage nurse*. 2009
- [6] Emergency Nurses Association. *Triage qualifications; Emergency Nurses Association*. 2011
- [7] Esmailian M, Zamani M, Azadi F, Ghasemi F. *Interrater agreement of emergency nurses and physicians in emergency severity Index (ESI) Triage Emerg (Tehran)*. 2014;2(4): 158-61

- [8] Fadhilah, N., Harahap, W. A., Lestari, Y. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pada pelayanan kasus kecelakaan lalu lintas di IGD Rumah sakit umum pusat Dr. M. Djamil Padang*. Fakultas Kedokteran Universitas Padang. 2013
- [9] Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. *The relationship between charactheritic of nursing performance and years of experience in nurses with hifh emotional intelegence*. Int J Nurs Pract. 2014
- [10] Gliboy, N. et al. *Emergency Saverty Gilboy N, Tanabe, P.Travers, D.a Rosenau AM. Emergency Saverty Index (ESI) : A triage Toll for Emergency Departement Care. 4th ed. Rockville, MD: AHRQ Publications. 2012*
- [11] Gurning, Y., Karim, D., & Misrawati. Hubungan Tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan IGD terhadap tindakan triase berdasarkan prioritas. <http://jom.unri.ac.id>. 2014;1-9.
- [12] Hadi, Sutrisno. Penelitian Research. Yogyakarta. BPFE. 2014
- [13] Hamid Reza Khankeh et al. *Triage effect on wait time of receiving treatment services and patients satisfaction in the emergency department: Example from Iran*. rch Trauma Rec. 2013
- [14] Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/menkes/SK/IX/2009. *Tentang Standar Pelayanan IGD Rumah sakit*. 2009
- [15] Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011. *Tentang standar pelayanan kegawatdaruratan di Rumah sakit*. Jakarta; Menteri kesehatan Republik Indonesia. 2011.
- [16] Khairina, I., Malini, H., Huriani, E. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan perawat dalam ketepatan triase di Kota Padang*. Fakultas keperawatan Universitas Andalas Indonesia. Indonesia Journal for health science. 2018;(2)
- [17] King, L. A. *Psikologi Umum: sebuah pandangan apresiatif*. Jakarta: salemba Humanika. 2010
- [18] Maleki, et al. *Effectiveness of Five-Level Emergency Severity Index Triage System Compared With Three-Level Spot Check: An Iranian Experience*. Arch Trauma Rec. 2015
- [19] McHugh M, Tanabe P, McClelland M, Khare, RK. *More patient are triage using system in the united states*. Acad Emerg Med. 2010;19 (1);106-9
- [20] Mirhaghi AH, Roudbari M. (2011) *survey on knowledge level of the nurses about hospital triage*. Iranian jurnal of Critical care nursing. 2011; 3(4): 167-74
- [21] Ningsih, Kartikawati D. *Overcrwoding Patient And Improving Emergency Patient Flow In Emergency Patient Flow in Emergancy Departement; A literature review*. Malang: urusan keperawatan UNBRA. JIK. 2015
- [22] Suwaryo, PAW., & Yuwono, P. Penggunaan Glasgow Outcome Scale dalam Penilaian Kondisi Pasien Pasca Cedera Kepala. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*: 2018; Vol 13 (3)
- [23] Rahil, N, H. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan lama waktu tanggap perawat pada penanganan asma di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Jurnal Respati Yogyakarta. 2012
- [24] Pemerintah Kota Kebumen. *Profil kesehatan kabupaten Kebumen*. 2015
- [25] Prasetyantoro I. *Hubungan ketepatan Penlilaian triase dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala di IGD PKU Muhammadiyah Bantul*. STIKES Asyah Yogyakarta. 2013.
- [26] Pusponegoro, D Aryono, et al. *Buku Panduan Basic Trauma and Cardiac life support*. Jakarta: Diklat Mabulance AGD. 2010
- [27] Singer Rf, Infante AA, Oppenheimer CC. *The use of and statisfaction with the Emergency Severty Index*. J emerg Nurs. 2012;38(2);120-6
- [28] Sitorus, Ratna & Panjaitan, R. *Manajemen Keperawatan: Manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: Sagung setno. 2011

- [29] Suwaryo, PAW., & Wihastuti, TA., & Fathoni, M. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan outcome pasien cedera kepala di IGD RSUD Prof Dr Margono Soekardjo Purwokerto; 2016: Vol 12 (3)
- [30] Sugiyono. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta, CV. 2017
- [31] Sutriningsih D, S., Susilo., Hamid M, A.. *Penerapan Response Time Dalam pelaksanaan penentuan Prioritas penanganan kegawatdaruratan Pada pasien Kecelakaan di IGD RSD Balung*. Jurnal Ilmu kesehatan Muhamamdiyah Jember. 2016
- [32] Tumbuan, A. N. *Hubungan Response Time Perawat dengan tingkat Kecemasan Pasien kategori triase kuning di IGD RSUD GMIM Kalorooran Amurang*. Fakultas Kedokteran Ilmu keperawatan Universitas Sam Ratulangi Manado. E-journal Keperawatan . 2015;3(2)
- [33] Wa ode, dkk. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus pada response time di IGD bedah dan non bedah RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo*. Unhas. 2012
- [34] Wang, Li et all. *Application of emergency saverty Index in pediatric emergency departement*. World J emer Med. 2011;2(4)
- [35] Wibowo, Doni, dkk. *Gambaran Ketepatan penulisan triase ESI oleh mahasiswa Ners STIKES cahaya bangsa di IGD RSUD Ulin Banarmasin*. Jurnar Darul azhar. 2019; 7(1)
- [36] Widodo, E. *Hubungan Response Time Perawat dalam memberikan pelayanan dengan kepuasan Pelanggan di IGD RS Panti waluyo surakrta*. Stikes Muh Husada. 2015
- [37] World Health Organization. *Emergency Patient*. 2012

GAMBARAN KETEPATAN PENULISAN DOKUMENTASI TRIAGE EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI) OLEH MAHASISWA NERS STIKES CAHAYA BANGSA DI IGD RSUD ULIN BANJARMASIN

(An Overview of the Writing Accuracy Documentation of the Triage Emergency Severity Index (ESI) By Ners Student of Cahaya Bangsa School of Health Science in the IGD RSUD Ulin Banjarmasin)

Doni Wibowo

Email: ners_doniwibowo@yahoo.co.id

ABSTRACT

Triage is an important part of emergency case management. Nurses' education is the end of the nursing profession's education studies at the undergraduate and professional education level which will carry out their work as a nurse profession in the health service settings both health clinics, health centers and hospitals.

The variety of students' knowledge about triage is something that needs to be responded related to the similarity of perceptions and the importance of ability to carry out triage documentation writing in order to achieve quality triage and emergency case management systems. The aims of this research is to describe the accuracy of writing triage emergency severity index (ESI) documentation by students of STIKES Cahaya Bangsa at the IGD of Ulin Hospital Banjarmasin.

Method of descriptive research, the sampling technique used in this study was accidental sampling with an observation sheet that adopted the ESI triage system. The results of the study were dominated by writing of ESI triage documentation with the right category as much as 38 sheets with a percentage of 76%, ESI triage documentation with inaccurate categories as much as 12 sheets with a percentage of 24%.

The conclusion of writing ESI triage documentation by students of STIKES Cahaya Bangsa was dominated by appropriate categories. The emergency department does not tolerate errors that result in inaccurate writing of documentation and categorization of priorities for patient triage, considering the risks that will be experienced by patients in emergency conditions can cause fatal conditions.

Keywords: Documentation, Triage, Ners Student

PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan pasien dengan kondisi kegawat daruratan. Sebagian besar pasien yang masuk kerumah sakit melauai ruangan IGD. Pasien yang datang ke IGD pada kondisi gawat darurat membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat guna menyelamatkan jiwa pasien atau mencegah pasien dari resiko kecacatan sesuai dengan kondisi klinis yang dialaminya (Kemenkes RI, 2008).

Triase merupakan proses penilaian awal pasien yang akan diklasifikasikan berdasarkan tingkat kegawat daruratannya sebagai dasar dalam menentukan prioritas penanganan atau tindakan. Triase merupakan proses yang sangat penting dalam manajemen pasien dengan kondisi kegawat daruratan di IGD terutama karena terjadi peningkatan drastis jumlah kunjungan pasien,

maupun ketika terjadi korban masal yang masuk keruangan IGD secara bersamaan. Berbagai laporan dari IGD menyatakan adanya kepadatan (overcrowding) menyebabkan perlu ada metode menentukan siapa pasien yang lebih prioritas sejak awal kedatangan (Habib dkk, 2016).

Triase sangat membantu dalam ketepatan dan kecepatan penanganan pasien dengan kegawat dauratan yang didasarkan pada ketersediaan sumber daya. Kecepatan dan ketepatan menentukan prioritas dalam triase sangat mendukung terhadap kualitas penanganan pasien yang datang ke IGD, menjaga sumber daya unit agar dapat fokus menangani kasus yang benar-benar gawat, dan mengalihkan kasus tidak gawat darurat ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tujuan utama dari triase adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bagi seluruh pasien yang masuk ke IGD (Garbez et al., 2011).

Triase di rumah sakit terdiri dari triase primer dan triase sekunder. Triase primer terkait dengan prosedur penilaian primer dan alokasi pasien terhadap pengobatan. Triase primer dilakukan secara cepat saat perawat/dokter pertama kali menerima pasien dari ambulan dan menilai keadaan pasien dengan cara melihat, mendengar, mencium, dan menilai sumber daya yang dibutuhkan pasien. Triase sekunder terkait dengan inisiasi intervensi keperawatan dan memberikan kenyamanan kepada pasien. Triase sekunder dilakukan setelah triase primer dengan menilai tanda-tanda vital, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini. Ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase akan mendukung ketepatan dalam penentuan prioritas pasien dan keberhasilan dalam penanganan pasien dengan kondisi kegawat daruratan. Penilaian triase yang tidak sesuai dengan keadaan pasien memiliki resiko dalam meningkatkan angka kesakitan, mempengaruhi hasil perawatan pasien, atau kriteria hasil yang akan ditetapkan untuk perawatan pasien (Fathoni dkk, 2013).

Kekecewaan yang biasa dirasakan oleh pasien atau keluarga adalah lamanya waktu penanganan, ketidak jelasan informasi terkait kondisi dan rencana tindakan apa saja yang akan diberikan. Sabriyati, Islam, Gaus (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap darurat adalah ketersediaan petugas triase. Triase yang baik akan mempercepat waktu penanganan pasien, dan dengan adanya triase maka pasien maupun keluarga akan mendapat informasi awal tentang kondisi dan rencana tindakan yang akan diberikan sehingga kepuasan pasien tentang pelayanan di IGD meningkat. Angka kepuasan pasien merupakan gambaran kualitas layanan yang diberikan rumah sakit kepada pasiennya (Evans 2014). Sedangkan menurut Tsu-Wang & Sen (2013) bahwa dengan adanya sistem triase yang optimal, dan memakai algoritma yang sistematis dapat menurunkan waktu tunggu sampai 50%. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya triase yang sistematis yang dapat digunakan secara optimal oleh perawat dan dokter di ruang gawat darurat dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan di ruangan tersebut.

Pedoman triase merupakan dasar dalam pelaksanaan triase yang dapat diaplikasikan di rumah sakit. Telah terjadi perubahan paradigma bahwa yang sebelumnya rumah sakit telah

mengadopsi triase klasik yaitu triase bencana yang diaplikasikan di rumah sakit yang terdiri dari 4 kategori dengan simbol warna merah, kuning, hijau, hitam, dan sebenarnya sistem triase tersebut kurang tepat di aplikasikan di rumah sakit. Dippenaar & Bruijns (2016) mengatakan bahwa sistem triase berbasis bukti di rumah sakit mulai dikembangkan di berbagai negara di dunia yang dibuat dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan negara tersebut dan dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya. Triase di rumah sakit berkembang menggunakan skala prioritas, seperti Australian Triage System (ATS), Canadian Triage System (CTAS), Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI), South African Triage System (SATS) , dan Patient Acuity Category Scale (PATS).

Sistem triase berbasis bukti saat ini sudah mulai banyak diadopsi untuk diaplikasikan sebagai sistem triase rumah sakit di Indonesia. Sudah saatnya rumah sakit di Indonesia mengaplikasikan sistem triase yang berbasis bukti, sebagai salah satu rekomendasi peneliti adalah dengan mengaplikasikan sistem triase yang dikembangkan di Amerika Serikat yaitu Emergency Severity Index (ESI). Menurut Datusanantyo (2013) ada beberapa alasan mengapa triase ESI lebih mudah diterapkan di Indonesia yaitu perawat lebih mudah menilai prioritas triase dengan melihat kondisi keparahan pasien, dengan melihat kondisi pasien perawat lebih mudah ketika harus memikirkan kebutuhan sumber daya apa saja yang dibutuhkan pasien, sistem triase ESI juga menggunakan skala nyeri 1 – 10 sama dengan yang secara umum digunakan di Indonesia.

Hasil wawancara dengan Kepala IGD RSUD Ulin Banjarmasin yang sekaligus sebagai Ketua HIPGABI Kalimantan Selatan mengatakan bahwa sistem triase berbasis bukti sudah mulai dikembangkan di RSUD Ulin Banjarmasin, meskipun butuh waktu untuk bisa menyamakan persepsi dan meningkatkan keterampilan perawat. Pengetahuan perawat tidak kalah penting guna mendukung berjalannya sistem triase tersebut. Menurut Khairina I, Malini H, Huriani E, (2018) faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien. Keputusan dalam penentuan triase harus dilakukan dengan cepat dan tepat, sehingga pengetahuan yang matang sangat di butuhkan dalam proses triase

guna menunjang pelaksanaan triase yang berkualitas.

Pendidikan profesi ners merupakan akhir dari masa studi pendidikan profesi keperawatan pada tingkat sarjana yang akan melaksanakan pekerjaannya sebagai profesi perawat di tatanan pelayanan kesehatan baik klinik kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit. Bervariasinya pengetahuan mahasiswa ners yang akan masuk pada stase keperawatan gawat darurat tentang triase merupakan hal yang perlu di sikapi terkait dengan keseragaman persepsi dan pentingnya kemampuan dalam pelaksanaan penulisan dokumentasi triase saat mereka berpraktik di stase keperawatan gawat darurat. Menurut Sari (2015) mengatakan bahwa mahasiswa keperawatan merupakan seorang calon perawat yang turut serta dalam pemberian asuhan keperawatan, sehingga perlu dibekali kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan sedini mungkin untuk mencegah kesalahan yang dapat menyebabkan insiden keselamatan pasien. Proses pembekalan selalu dilaksanakan sebelum mahasiswa masuk pada stase tertentu. Sebelum mahasiswa masuk stase keperawatan gawat darurat, mereka telah diberikan pembekalan terkait dengan pengetahuan dan keterampilan keperawatan gawat darurat termasuk triase didalamnya baik secara teori maupun simulasi.

Hasil studi pendahuluan kepada 35 Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa dengan metode observasi selama mahasiswa melakukan *role play* triase menunjukkan 23 mahasiswa masuk dalam kategori mampu dan memahami tentang triase sesuai dengan skenario pasien. Sebanyak 10 mahasiswa masuk dalam kategori cukup mampu dan cukup memahami. Sebanyak 2 mahasiswa masuk dalam kategori belum mampu dan belum memahami. Berdasarkan hasil tersebut, peneliti sekaligus pembimbing memberikan tambahan waktu untuk memberikan pengetahuan, mengingat pentingnya triase dalam sebuah manajemen penanganan kasus kegawat daruratan di rumah sakit, oleh karena itu maka peneliti tertarik untuk melihat gambaran ketepatan hasil penulisan dokumentasi triase yang mahasiswa buat pada saat mereka melakukan praktek profesi ners pada stase keperawatan gawat darurat di IGD.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Penelitian ini hanya menggambarkan satu variabel yaitu ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI mahasiswa profesi ners pada stase keperawatan gawat darurat di IGD yang dinilai dengan lembar observasi adopsi sistem triase ESI. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah accidental sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah 50 lembar hasil dokumentasi triase ESI mahasiswa ners STIKES Cahaya Bangsa yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu hasil triase pasien yang masuk dalam prioritas 1, 2, dan 3. Penulisan dokumentasi triase ESI ini dilaksanakan selama 4 minggu dimulai dari tanggal 20 Agustus – 01 September 2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Data

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Data Berdasarkan Prioritas Triase Pasien.

Kategori	<i>f</i>	%
Prioritas 1	6	12
Prioritas 2	18	36
Prioritas 3	26	52
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 4.1 menyatakan bahwa sebagian besar prioritas triase pasien masuk dalam kategori prioritas 3 yaitu 52 %.

Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triase ESI

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triase ESI

Kategori	<i>f</i>	%
Tepat	38	76
Tidak	12	24
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 4.2 menyatakan bahwa sebagian besar ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI dengan kategori tepat yaitu 76 %.

PEMBAHASAN

Gambaran ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI oleh mahasiswa ners STIKES Cahaya Bangsa didominasi oleh penulisan dokumentasi triase ESI dengan kategori tepat sebanyak 38 lembar dokumentasi triase pasien dengan persentase 76 %, dokumentasi triase ESI dengan kategori tidak tepat sebanyak 12 lembar

dokumentasi triase pasien dengan persentase 24 %. Hasil penelitian memang menunjukkan penulisan dokumentasi triase dalam kategori tepat lebih mendominasi, tetapi dalam bidang keilmuan gawat darurat tidak mentolerir adanya kesalahan mengingat resiko yang akan dialami oleh pasien yang berada pada keadaan gawat darurat dapat menyebabkan kondisi yang fatal.

Ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase akan menentukan ketepatan dalam penentuan kategori triase pasien yang dipertimbangkan berdasarkan keadaan/kondisi pasien, tanda - tanda vital, kebutuhan sumber daya. Ketepatan dalam pengkategorian prioritas triase pasien juga akan menentukan kualitas penanganan pasien gawat darurat terkait dengan fasilitas dan sumber daya dalam ruangan gawat darurat tersebut. Peralatan dan obat – obatan untuk tindakan penyelamatan nyawa pasien untuk kategori triase dengan prioritas 1 seperti BVM untuk pemberian ventilasi, Monitor, Ventilator, ETT, Laringoskop, CPAP, BiPAP, AED, DC-Shock, peralatan dekompresi dada, set resusitasi cairan, ketersediaan darah, dan obat – obatan gawat darurat (naloxone, D50, dopamin, atropine, adenocard). Sebaliknya jika penulisan dan pengkategorian triase pasien tidak tepat maka yang akan terjadi adalah resiko terjadinya penurunan kualitas penanganan kasus gawat darurat pada pasien tersebut yang disebabkan karena pasien tidak dilakukan penanganan kegawatdaruratannya di ruangan yang tepat dan ditangani dengan fasilitas dan sumber daya yang kurang tepat. Pernyataan diatas sesuai dengan hasil penelitian Prasetyantoro (2013) mengatakan bahwa ada hubungan yang cukup berarti antara ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan pasien dengan cedera kepala.

Penulisan dan pengkategorian triase pasien yang tidak tepat juga akan berdampak pada penurunan waktu tanggap darurat sehingga keadaan tersebut akan mengurangi waktu emas/golden period dalam penanganan sebuah kasus kegawat daruratan yang akan menyebabkan terjadinya penurunan dalam kualitas penanganan. Kualitas penanganan akan berhubungan dengan tingkat keberhasilan dalam sebuah manajemen kasus kegawat daruratan. Petugas triase menjadi kunci dalam ketepatan dokumentasi dan keberhasilan sistem triase. Pernyataan diatas juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sabriyati, Islam, Gaus (2012) yang

menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap penanganan kasus adalah petugas triase.

Faktor terpenting dalam kesuksesan sebuah sistem triase adalah pengetahuan yang dimiliki oleh petugas triase. Pengetahuan yang belum matang akan menjadi kendala atau keragu -raguan dalam melakukan penulisan dokumentasi triase terkait dengan pengetahuan tentang pengkajian, komunikasi, dan analisis dalam menentukan masalah yang dialami pasien berdasarkan proses patofisiologi. Menurut Khairina I, Malini H, Huriani E, (2018) faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien. Pengetahuan berkaitan dengan hasil keputusan yang diambil dalam menentukan triase. Pengetahuan petugas triase akan berkaitan dengan kecepatan dan ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase dan pengkategorian prioritas triase pasien, sehingga pengetahuan yang matang sangat di butuhkan dalam proses triase guna menunjang pelaksanaan triase yang berkualitas.

Lama kerja berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan triase. Semakin lama bekerja, seorang petugas triase akan mendapatkan banyak pengalaman tentang pengetahuan dan kemampuannya dalam melakukan pengkajian, menganalisis masalah pasien berdasarkan patofisiologi, menganalisis kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan kondisi pasien sehingga hal tersebut akan berdampak pada ketepatan penulisan dokumentasi triase. Hal ini sesuai dengan penelitian Fujino et all (2014) pada 1395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang menunjukkan bahwa 1045 perawat (76%) menunjukkan bahwa semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi semakin baik. Kinerja perawat yang baik ditunjukan ketika perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik pada pasien dengan kondisi gawat darurat dan sebagian besar perawat mampu menggunakan perangkat mekanik atau penunjang dan mendokumentasikan proses asuhan dengan baik. Sebagian besar perawat sering melakukan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien dalam kondisi gawat darurat.

Triase merupakan bagian penting dalam manajemen kasus kegawat daruratan. Pendidikan ners merupakan akhir dari masa studi pendidikan profesi keperawatan pada jenjang pendidikan

sarjana dan profesi yang akan melaksanakan pekerjaannya sebagai profesi perawat di tatanan pelayanan kesehatan baik klinik kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit. Bervariasinya pengetahuan mahasiswa ners tentang triase merupakan hal yang perlu di sikapi terkait dengan keseragaman persepsi dan pentingnya kemampuan dalam pelaksanaan penulisan dokumentasi triase demi tercapainya sistem triase dan manajemen kasus kegawat daruratan yang berkualitas.

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI oleh mahasiswa ners STIKES Cahaya Bangsa di dominasi oleh penulisan dokumentasi dalam kategori tepat, akan tetapi dalam keilmuan gawat darurat tidak mentolerir adanya kesalahan maka dalam hal ini peneliti sekaligus dosen atau pembimbing mahasiswa ners stase keperawatan gawat darurat akan berupaya semaksimal mungkin untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan sistem triase berbasis bukti seperti ESI. Memaksimalkan pengetahuan dan keterampilan seorang perawat harus dipersiapkan sedini mungkin sejak mahasiswa berada di masa pendidikan khususnya profesi ners pada stase gawat darurat. Upaya untuk memaksimalkan pengetahuan dan keterampilan dapat dilakukan dengan cara memodifikasi metode belajar, memperpanjang waktu pembekalan, meningkatkan variasi contoh kasus triase pasien dengan kondisi gawat darurat, dan memanfaatkan teknologi dalam bentuk aplikasi triase yang tersedia di play store pada smartphone.

KESIMPULAN

Gambaran ketepatan penulisan dokumentasi triase ESI didominasi oleh penulisan dokumentasi triase ESI dengan kategori tepat sebanyak 38 lembar dokumentasi triase pasien dengan persentase 76 %, dokumentasi triase ESI dengan kategori tidak tepat sebanyak 12 lembar dokumentasi triase pasien dengan persentase 24 %.

IMPLIKASI

Ketepatan dalam penulisan dokumentasi triase adalah bagian yang sangat penting guna menunjang keberhasilan dalam manajemen pasien gawat darurat. Kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi triase berhubungan dengan banyak faktor, seperti; faktor pengalaman,

pelatihan, pembimbingan, sehingga peneliti akan melakukan diskusi secara mendalam dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Ulin Banjarmasin terkait dengan peningkatan kualitas triase oleh perawat. Peneliti juga akan meningkatkan pembelajaran terkait dengan triase pada mata kuliah gawat darurat pada tahap akademik, dan mahasiswa profesi pada stase gawat darurat dengan pengembangan metode dan fasilitas laboratorium.

SARAN

1. Bagi RSUD Ulin Banjarmasin
Peneliti menyarankan agar hasil dari penelitian ini dapat dijadikan dasar/justifikasi yang berbasis bukti (ilmiah) dalam menentukan kebijakan terkait dengan pengembangan triase di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.
2. Bagi STIKES Cahaya Bangsa
Peneliti menyarankan agar pihak STIKES Cahaya Bangsa terus meningkatkan fasilitas terkait dengan laboratorium keperawatan gawat darurat guna memaksimalkan proses pembelajaran khususnya materi tentang triase.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya
Peneliti menyarankan agar peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian tentang triase dengan membandingkan beberapa teori triase *intra-hospital* untuk melihat keefektifan pengkategorian triase di Indonesia khususnya Kalimantan Selatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Datusanantyo. *Emergency Severity Index (ESI): Salah Satu Sistem Triase Berbasis Bukti* [Internet]. 2013 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://www.slideshare.net/robertusarian/emergency-severity-index-esi-salah-satu-sistem-triase-berbasis-bukti>
- Dippenaar E., & Bruijns, S. *Triage is easy, said no triage nurse ever* [Internet]. International Emergency Nursing. 2016 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.09.005>
- Evans. *Woman's Satisfaction with Obstetric Triage Services* [Internet]. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing. NCBI. 2015 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26469198>

- Fathoni, M., Sangchan, H., & Songwathana, P. *Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia* [Internet]. UNDIP. 2013. [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medi-ners/.../4072>
- Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. *The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence* [Internet]. Int J Nurs Pract. 2014 Apr 8. doi: 10.1111/ijn. 12311. 2014 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=jbrowse>
- Garbez, A. R., Carrieri-kohlman, V., Stotts, N., Chan, G., Neighbor, M., & Francisco, S. *Factors Influencing Patient Assignment to Level 2 and Level 3 Within the 5-Level ESI Triage System* [Internet]. NCBI. 2011 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22074652>
- Habib H, Sulistio S, Mulyana R, Imamul A. *Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia* [Internet]. 2016 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://www.researchgate.net/publication/311715654>
- Khairina I, Malini H, Huriani E. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Perawat Dalam Ketepatan Triase di Kota Padang* [Internet]. Indonesian Journal for Health Sciences. 2018 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/article/download/707/694
- Kemenkes RI. *Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 Tahun 2008*; 2008.
- Prasetyantoro I. *Hubungan Ketepatan Penilaian Triase dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala di IGD RSUD PKU Muhammadiyah Bantul* [Internet]. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. 2013 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: https://drive.google.com/file/d/1_yAE3XsSDQoDWRK0uhF82UZLyYtilZII/view
- Sabriyati I, Islam A, Gaus S. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Pada Response Time I di Instalasi Gawat Darurat Bedah dan Non Bedah RSUD DR. Wahidin Sudirohusodo* [Internet]. UNHAS. 2012 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/c4fb91d414809dc2f827bc65613cb9fa.pdf>
- Sari, D. *Potret Pelaksanaan Patient Safety Mahasiswa Profesi Ners* [Internet]. Nurscope. Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah. 2015 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnm/article/download/467/388
- Tsu Wang, Shen. *Construct an Optimal Triage Prediction Model: A Case Study of the Emergency* [Internet]. Journal of Medical Systems. 2013 [Diakses tanggal 22 Oktober 2018]. Dari: <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=2559044>

APLIKASI METODE TRIAGE “*EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI)*” TERHADAP KETEPATAN PENENTUAN TINGKAT KEGAWATDARURATAN OLEH MAHASISWA PROGRAM S1 KEPERAWATAN

Vita Maryah Ardiyani¹, Mia Andinawati²

^{1,2} Dosen Program Studi Keperawatan Universitas Tribhuwana Tungadewi
E-mail: vitamaryah@gmail.com

Abstract : *Triage is one skill that controlled by a nurse who has studied since in the nursing education program. A method of triage composed of various kinds, one of them is a method of Emergency Severity Index (ESI). Emergency Severity Index is a method with the principle of patients to triage emergency level based on the number of medical needs of the patient. The purpose of this research is knowing the effectiveness of the method emergency severity index to the accuracy of the determination of emergency level in undergraduate nursing students program. This research use of one group pretest and posttest method and use sampling some 85 students undergraduate nursing program by setting criteria. This research using a questionnaire with clinical case and education Emergency Severity Index figure. Research results obtained test Wilcoxon Signed Ranks Test alpha 0.018 so that it can be concluded that there are differences understanding level emergency priority before and after the introduction of ESI method. The Next research expected to apply the learning methods of triage with interesting and innovative and analyze as a means of understanding emergency case priority.v*

Keywords : *Triage, Emergency Severity Index.*

Abstrak : Triage merupakan salah satu skill yang wajib dikuasai seorang perawat yang telah dipelajari semenjak pada masa pendidikan keperawatan. Terdapat beberapa jenis triage, salah satunya adalah metode *Emergency Severity Index (ESI)*. Metode ESI merupakan metode triage dengan prinsip memprioritaskan kegawatdaruratan pasien berdasarkan banyaknya jumlah kebutuhan medis yang di butuhkan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui efektifitas metode triage ESI terhadap ketepatan penentuan tingkat kegawatdaruratan pada mahasiswa program S1 keperawatan. Penelitian ini menggunakan metode one grup pretest postes dan menggunakan metode purposive sampling sejumlah 85 mahasiswa program S1 keperawatan dengan menetapkan kriteria inklusi untuk menghomogenkan sample. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner kasus klinik dan edukasi bagan ESI. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan *p value* sebesar 0.018, dapat disimpulkan terdapat perbedaan pemahaman prioritas kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pengenalan metode pengenalan metode. Peneletian selanjutnya diharapkan mengaplikasikan metode pembelajaran triage yang menarik dan inovatif serta menganalisa efektifitasnya sebagai sarana pemahaman prioritas kasus-kasus kegawatdaruratan.

Kata Kunci : *Triage, Emergency Severity Index.*

PENDAHULUAN

Kegawatdaruratan merupakan kondisi memerlukan tindakan segera dan pada umumnya diawali dengan tindakan *triage* yang bertujuan memilah tingkat kegawatan korban / pasien. *Triage* merupakan kemampuan dasar yang yang penting di miliki tenaga kesehatan dimana triage merupakan skill memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya (Ryan, 2008). Lossius et al. (2012) menjelaskan bahwa kejadian kegawatdaruratan sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan sekitar dimana memerlukan skill *triage* dalam menentukan tingkat kegawatdaruratannya memerlukan skill *triage* yang baik (Ryan, 2008).

Triage merupakan fokus awal penanganan kasus - kasus kegawatdaruratan yang bertujuan memilah pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya. *Emergency Severity Index (ESI)* dikembangkan pada akhir tahun sembilan puluhan di Amerika Serikat. Sistem *ESI* menggolongkan pasien dalam 5 golongan, dalam ESI 1 sampai ESI 5 penetapan kondisi pasien didasarkan pada kebutuhan sumber daya medis yang diperlukan pasien berdasarkan pengkajian tenaga medis pada ruang Instalasi Gawat Darurat (Christ, 2010). *ESI* akan lebih mudah diterapkan di Indonesia karena tidak membutuhkan waktu yang lama dan pemeriksaan secara mendalam untuk menentukan kebutuhan sumberdaya medis yang diperlukan oleh pasien. Sistem *triage*

ESI tidak membutuhkan diagnose yang spesifik untuk menetapkan level triase pasien (Mace dan Mayer 2008).

Penerapan ESI di Indonesia dapat di aplikasikan dengan lebih sederhana dengan mempehatikan sumber daya apa saja yang dibutuhkan oleh pasien dan segera dilakukan tindakan untuk penanganan pasien dengan acuan semakin banyak kebutuhan sumberdaya medis yang di perlukan maka level gawatan pasien dikategorikan sebagai prioritas 1 (level 1) (Kurniasih, regina, 2016). *Emergency Severity Index (ESI)* menggunakan konsep triage yang menggunakan lima skala dalam pengklasifikasian pasien di IGD. Dalam penerapan ESI perawatan diawal penanganan pasien akan menentukan kondisi pasien harus dirawat di IGD ataupun di pulangkan, setelah itu pasien yang di rawat di IGD akan di tentukan level kegawatdaruratannya berdasarkan kebutuhan medis yang di perlukan dan di kategorikan level 1 sampai dengan level 5 (Bolk et al, 2007). Penerapan ESI ini dikembangkan oleh US Emergency Departement dimana angka hospitalisasi dapat diprediksi dengan jelas melalui ESI. Penerapan ESI ini melihat pemeriksaan diganostic yang kemungkinan dibutuhkan oleh pasien.

Berdasarkan visibilitas penerapan *Emergrakency Severity Index (ESI)* sebagai salah satu metode triage dalam penetapan tingkat kegawatdaruratan pasien. Penetapan triage berdasarkan kebutuhan medis pasien lebih mudah diaplikasikan untuk perawat pemula dibandingkan dengan metode triage menggunakan diagnosa dan gejala klinis pasien dimana tenaga kesehatan di tuntut untuk

memahami dan menghubungkan gejala klinis pasien Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melaksanakan penelitian untuk mengaplikasikan metode triage "*Emergency Severity Index (ESI)*" terhadap ketepatan penentuan tingkat kegawatdaruratan oleh mahasiswa S1 keperawatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian eksperimental dengan pendekatan satu kelompok pretest dan posttest. Penelitian ini dilakukan pada mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Semester 8. Dengan kriteria inklusi bersedia menjadi responden dan telah menempuh mata kuliah kepearawatan gawat darurat dimana telah mendapatkan materi triage. Pengukuran pemahaman tingkat kegawatdaruratan sebelum di diberikan aplikasi metode triage "*emergency severity index (ESI)*" dilaksanakan pretest dengan memberikan 10 kasus kegawatdaruratan kemudian respinden diminta menentukan triage berdasarkan system triage tag warna dan kemudian dilkasanakan posttest setelah diajarkan aplikasi metode triage "*emergency severity index (ESI)*" dengan memberikan 10 kasus kegawatdarurtan untuk di tentukan level tiase menggunakan system ESI. Pengkuran pemahaman tingkat kegawatdaruratan dilaksanakan dengan pemaparan kasus-kasus klinis yang telah disusun dan analisa oleh peneliti memenuhi syarat yang layak ditentukan tingkat kegawatdaruratannya melalui metode triage. Penelitian ini menerapkan prinsip etik *Autonomy, Beneficiency, Nonmaleficience dan Justice*.

HASIL PENELITIAN

Data sosiodemografi karakteristik umum responden berdasarkan umur, jenis kelamin, usia, telah menempuh mata kuliah Keperawatan gawat darurat, nilai keperawatan gawat darurat serta pengalaman menangani kasus gawat darurat dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Data Sosiodemografi Responden Mahasiswa Sarjana Keperawatan

No.	Karakteristik	N	n	%
1	Usia	85		
	19-24 tahun (rata-rata 21,1 tahun)		85	100
2	Jenis Kelamin	85		
	Laki-laki		22	33,33
	Perempuan		63	74,41
3	Telah menempuh mata kuliah gawat darurat	85		
			85	100
4	Pengalaman menangani kasus gawat darurat	85		
	Pernah		62	72,94
	Tidak Pernah		23	27,05

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan usia mempunyai rerata usia 21,1 tahun, lebih dari separuh (74,41%) berjenis kelamin perempuan, seluruhnya (100%), telah menempuh mata kuliah keperawatan gawat darurat dan lebih dari separuh (72,94%) belum pernah menangani kasus gawat darurat sebelumnya.

Tabel 2. Data pre test dan posttest pemahaman prioritas kegawatdaruratan mahasiswa Sarjana Keperawatan

	Nilai_Pre	Nilai_Post
Median	50.00	40.00
Std. Deviation	17.49	15.77
Minimum	10.00	10.00
Maximum	90.00	80.00

Bedasarkan tabel diatas didapatkan data pemahaman prioritas kegawatdaruratan sebelum pengenalan metode Emergency Severity Index (ESI) didapatkan nilai median sebesar 50,0 dengan skor minimum 10 dan skor maksimum 90, sedangkan pemahaman prioritas kegawatdaruratan setelah pengenalan metode Emergency Severity Index (ESI) didapatkan nilai median sebesar 40 dengan skor minimum 10 dan nilai maksimum sebesar 80.

Tabel 3. Data pre test dan posttest pemahaman prioritas kegawatdaruratan mahasiswa Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Tribhuwana Tungadewi Malang

	N	Mean Rank
Nilai_Post - Nilai_Pre		
Negative Ranks	46 ^a	39.60
Positive Ranks	28 ^b	34.05
Ties	11 ^c	
Total	85	

Test Statistics^b

	Nilai_Post - Nilai_Pre
Z	-2.366 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

Berdasarkan table 3 didapatkan kesimpulan uji SPSS menggu akan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan nilai 0.018 sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pemahaman prioritas kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pengenalan metode pengenalan metode Emergency Severity Index (ESI).

PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis hasil penelitian didapatkan hasil sebagai besar skor penentuan kegawatdaruratan sebelum metode *Emergency Severity Index (ESI)* memiliki nilai median sebesar 50. Mahasiswa yang terlibat dalam penelitian seluruhnya adalah mahasiswa yang telah menempuh mata kuliah keperawatan gawat darurat dimana dalam mata kuliah keperawatan gawat darurat terdapat materi triage dan telah dilaksanakan praktikum triage menggunakan metode tag warna. Pretest pada penelitian dilaksanakan menggunakan metode triage tag warna. Pengetahuan tentang triage yang dimiliki mahasiswa sangat berpengaruh terhadap pemahaman kasus-kasus klinis yang diberikan untuk ditentukan tingkat kegawatdarurannya. Pengetahuan sangatlah penting untuk dikuasai karena tidak mungkin seseorang dapat memberikan tindakan yang cepat, tepat dan akurat jika tidak menguasai ilmunya, hal itu seiring dengan pendapat seorang ahli yang mengemukakan bahwa pengetahuan sangat mempengaruhi perilaku seseorang (Ruslan, et al, 2014) . Mengajar harus memperhatikan pengetahuan yang telah diperoleh pembelajar sebelumnya. Dengan demikian mengajar dianggap bukan sebagai proses di mana materi-materi ditransfer kepada pembelajar, melainkan sebagai proses untuk membangun gagasan - gagasan si pembelajar dan menghubungkannya dengan yang telah dia ketahui (Tia, et.al, 2009). Berdasarkan teori tersebut pemahaman mahasiswa terhadap kasus kasus klinik yang diberikan saat pretest sangat dipengaruhi pengetahuan kegawatdaruratan yang telah dimiliki sebelumnya baik dari jenjang akademik

maupun nonakademik dimana 72% dari responden telah memiliki pengalaman menangani kasus gawat darurat. Pengetahuan menjadi daya dorong utama individu untuk melakukan berbagai aktifitas dalam kehidupan, dari adanya pengetahuan yang baik dapat memacu dan meningkatkan kepercayaan diri untuk bekerja sehingga mendapatkan hasil yang baik pula (Fadli, et al.2017). Faktor pengetahuan adalah faktor dominan dalam pengambilan keputusan triage dimana pengambilan keputusan triage harus dilaksanakan dengan cepat dan tepat sehingga pengetahuan yang matang sangat mempengaruhi keputusan triage yang berkualitas (Wibowo, Doni, 2019). Pengetahuan merupakan hal yang sangat mempengaruhi petugas kesehatan dalam menerapkan dan menggunakan materi sesuai dengan situasi dan kondisi nyata (Yanty, Et.al, 2014). Nilai minimum responden pada pretest 10 dan nilai maksimum 90 sebagian hal ini menunjukkan bahwa beberapa responden menguasai konsep triage dan beberapa responden belum menguasai konsep triage. Hasil belajar yang dapat dibuktikan pada pembelajaran

Studi kasus pasien adalah kemampuan melakukan pengelolaan pasien sesuai dengan bahan belajarnya. Upaya meningkatkan kemampuan belajar mahasiswa bertujuan untuk mendapatkan pengalaman yang lebih fokus mengenai kasus yang dipelajari oleh mahasiswa. Dengan demikian mahasiswa dapat memahami berdasarkan kasus (Utami, W, Ngesti, 2017).

Setelah dilakukan pengenalan metode Emergency Severity Index (ESI) pada responden didapatkan hasil skor minimum

10 dan nilai maksimum 80. Konsep *triage* ESI menggunakan sistem penilai *triage* berdasarkan kebutuhan sumber daya medis yang dibutuhkan pasien dengan prinsip semakin banyak kebutuhan medis yang dibutuhkan maka klasifikasi kegawatdaruratan pasien semakin tinggi (prioritas utama) (Gilboy, 2011). Semakin tinggi pemahaman mahasiswa terhadap kebutuhan media pasien pada kasus kasus yang di paparkan dalam penelitian maka semakin tinggi ketepatan dalam penentuan kegawatdaruratan menggunakan metode *Emergency Severity Index (ESI)*.

Penerapan *Emergency Severity Index (ESI)* telah banyak di adopsi dimana sistem *triage* ini dinilai sebagai salah satu sistem *triage* berbasis bukti klinik yaitu kebutuhan sumberdaya medis pasien, ESI juga sangat mudah di terapkan oleh perawat dikarenakan telaah kebutuhan medis pasien akan sejalan dengan tingkat kegawatdaruratan pasien. Pengenalan metode *Emergency Severity Index (ESI)* pada responden memberikan pengetahuan baru pada responden terkait metode *triage* yang selama ini hanya dikenal secara umum dimana beberapa mahasiswa menunjukkan pemahaman yang baik di tunjuk adanya nilai maksimum sebesar 80 hal ini sejalan dengan teori faktor terpenting dalam penentuan *triage* adalah pengetahuan yang di miliki petugas *triage*, dimana pengetahuan yang belum matang akan memeberikan keragu-raguan dalam penulisan dokumentasi terkait pengkajian, komunikasi ,analisis masalah pasien didasarkan pada proses patofisiologis (Wibowo, Doni, 2019).

Nilai median responden setelah pengenalan metode *Emergency Severity Index (ESI)* sebesar 40 dengan standar deviasi sebesar 15,7 yang jika di

bandingkan dengan sebelum pengenalan metode *Emergency Severity Index (ESI)* median sebesar 50 dengan standar deviasi sebesar 17, 4 hal ini menunjukkan bahwa sebagian reponden lebih memahami metode *triage* pada pretest dimana metode *triage* saat pretest menggunakan metode *triage* tag warna sedangkan pada saat posttest menggunakan metode *triage Emergency Severity Index (ESI)*. Pemahaman mahasiswa didukung oleh metode praktikum dan ujian praktikum *triage* tag warna yang dilaksanakan pada saat menempuh mata kuliah keperawatan gawat darurat. Kesimpulan tersebut sejalan dengan penelitian hubungan metode pembelajaranpraktikum terhadap penguasaan materi perkuliahan pada mahasiswa program sarjana yang menyatakan metode pembelajaran praktikum mempunyai hubungan yang signifikan dengan penguasaan materi perkuliahan (Andari, Yuri, 2017).

KESIMPULAN DAN SARAN

Terdapat perbedaan pemahaman prioritas kegawatdaruratan sebelum dan sesudah pengenalan metode pengenalan metode *Emergency Severity Index (ESI)*. Pengenalan berbagai metode *triage* sangat di perlukan untuk peserta didik keperawatan/perawat pemula serta mengaplikasikan metode pembelajaran *triage* yang menarik dan inovatif serta menganalisa efektifitasnya sebagai sarana pemahaman prioritas kasus-kasus kegaawatdaruratan sehingga perawat pemula memiliki kesiapan melaksanakan berbagi metode *triage* pada kondisi nyata di tempat pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andani, Y. (2017). Hubungan Metode Pembelajaran Praktikum terhadap Penguasaan Materi Perkuliahan pada Mahasiswa Program Sarjana Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/1572>
- Afthon Y.A., Susilo, C., Sasmiyanto. (2016). Efektifitas Health Education Metode Simple Triage And Rapid Treatment (START) Bencana Gunung Berapi Terhadap Pengetahuan Dan Kesiapsiagaan Di Desa Wonosari Kecamatan Sumberjambe.
repository.unmuhjember.ac.id
- Fadli, A. S, Usman, E. (2017). Pengetahuan Dan Pengalaman Perawat Dalam Penilaian *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat. Jurnal Ilmiah Kesehatan

- Pencerah. Volume 6 Nomor 1 Bulan Juli Tahun 2017 ISSN:2089-9394.
- Kahn, Schultz, Miller dan Anderson. (2008). Does START Triage Work? An Outcomes Assessment After a Disaster. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 424-430.
- Lossius, H. M., Rehn, M., Tjosevik, K. E., & Eken, T. (2011). Calculating trauma triage precision: effects of different definitions of major trauma. *Journal of Trauma Management & Outcomes*, 6(9).
<http://www.traumamanagement.org/content/6/1/9>.
- Moll, H. A. (2010). Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(4), 384-8. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.07.009>
- Notoatmodjo. (2010). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Kurniasih, R. (2016). Hubungan Antar Level Emergency Severity Index Dengan Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras. *Jurnal Admisinatsi Kesehatan Indonesia* Voleme 4 Nomor 2
- Ruslan, A.I., Bahar, B. (2014). Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Trauma Kapitis Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rsud H Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar. *Jurnal ilmiah kesehatan Diagnosis* Volume 5 Nomor 4 Tahun 2014. ISSN: 2302-1721.
- Ryan, J. M. (2008). Triage: Principles and pressures. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 34(5), 427-432. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00068-008-8804-3>
- Sands, N. (2009). An Exploration of Clinical Decision Making in Mental Health Triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 4 (August): 298-308
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2011). Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Edisi 4. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Stein, L. (2008). Mass Casualty Triage. *The Oklahoma Nurse*, 18-21.
- Utami, W.N. (2018). Pencapaian Kompetensi Asuhan Keperawatan Dengan Menggunakan Modul Praktikum *Bedside Teaching* Dan Penugasan Mahasiswa Keperawatan. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, Volume 7, No. 1, April: 20-24.
- Wibowo, D. (2019). Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi *Triage Emergency Severity Index (ESI)* Oleh Mahasiswa Ners Stikes Cahaya Bangsa Di Igd Rsud Ulin Banjarmasin. *Jurnal Darul Azhar* Vol 7, No.1 Februari 2019 – Juli 2019, Hal: 1 – 6.

PERBANDINGAN METODE TRIASE MODIFIKASI EMPAT TINGKAT DENGAN TRIASE LIMA TINGKAT *EMERGENCY SEVERITY INDEX* (ESI) BERDASARKAN TINGKAT AKURASI DI RSUD CIBABAT

Zustantria Agustin Minggawati¹, Achmad Faried², Ayu Prawesti Priambodo³

¹Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran, minggawati87@gmail.com

²Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, dr.farid.fkup@gmail.com

³Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran, ayuprawesti@gmail.com

ABSTRAK

Keputusan triase harus tepat, akurat dan cepat karena akan mengancam keselamatan pasien. Sistem triase saat ini berbeda-beda. Sistem triase yang dianjurkan yaitu triase lima tingkat *Emergency Severity Index* (ESI) yang lebih akurat, mudah dipahami, mudah diaplikasi, mengurangi subjektivitas, dan sederhana dalam penggunaannya. RSUD Cibabat menggunakan triase empat tingkat modifikasi ATS yang belum dievaluasi tingkat keakuratannya. Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui perbandingan metode triase empat tingkat modifikasi ATS dan metode triase lima tingkat ESI berdasarkan tingkat akurasi. Triase merupakan pemilahan, pengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatannya. Design penelitian yaitu *cross over quasi eksperimental* dengan 38 kegiatan triase baik kelompok kontrol dan kelompok intervensi dan 15 perawat yang melakukannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa triase ESI kategori *expected triage* 76,3%, *under triage* 13,2%, *over triage* 10,5%. Pada triase empat tingkat modifikasi ATS, *expected triage* 73,7 %, *under triage* 18,4%, *over triage* 7,9%. Hasil uji statistik, triase empat tingkat modifikasi ATS dengan triase lima tingkat ESI tidak terdapat perbedaan tingkat akurasi yang signifikan dengan nilai $p=0,488$. Namun jika ditelaah lebih lanjut ESI lebih akurat dalam memberikan keputusan *expected triage*. Adapun saran diberikan kepada RSUD Cibabat, dapat menggunakan triase ESI sebagai alternatif pilihan pengkajian triase karena akurat, sederhana, mudah digunakan.

Kata Kunci : Triase, Akurasi, *Emergency Severity Index* (ESI)

ABSTRACT

Triage decisions must be precise, accurate and fast because it will threaten patient safety. The current triage system is different. The recommended triage system is a triage of five levels of the Emergency Severity Index (ESI) that are more accurate, easy to understand, easy to apply, reduce subjectivity, and simple to use. Cibabat Hospital uses a triage of four levels of ATS modification that have not been evaluated for accuracy. The purpose of this study was to compare the four triage methods of modification of ATS and five levels of ESI triage method based on the level of accuracy. Triage is sorting, grouping patients according to their level of emergency. The research design was quasi experimental cross over with 38 triage activities in both the control and intervention groups and 15 nurses who did it. The results showed that the expected triage ESI triage was 76.3%, under 13.2% triage, 10.5% over triage. In triage four ATS modification levels, expected triage 73.7%, under triage 18.4%, over triage 7.9%. Statistical test results, triage of four levels of ATS modification with a triage of five ESI levels there were no significant differences in the level of accuracy with a p-value of 0.488. But if explored further ESI is more accurate in giving an expected triage decision. As for advice given to the Cibabat Hospital, you can use ESI triage as an alternative triage assessment option because it is accurate, simple, easy to use.

PENDAHULUAN

Triage menjadi komponen penting dari IGD dalam pengelolaan pasien gawat darurat tersebut. Triage didefinisikan sebagai proses penilaian pasien untuk menentukan prioritas pemberian perawatan berdasarkan urgensi kondisi klinis yang ada (FitzGerald, Jelinek, Scott, and Gerdtz, 2009). Ketepatan dalam menentukan kriteria triase dapat memperbaiki aliran pasien yang datang ke unit gawat darurat, menjaga sumber daya unit agar dapat fokus menangani kasus yang benar-benar gawat, dan mengalihkan kasus tidak gawat darurat ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Keputusan triase akan menempatkan pasien berdasarkan skala triase. Keputusan triase meliputi tiga jenis, yaitu sesuai dengan kategori triase (*expected triage*), lebih dari kategori triase (*over triage*), dan kurang dari kategori triase (*under triage*). Keputusan triase yang tidak tepat akan mengancam keselamatan pasien, meningkatkan mortalitas, dan mordibitas, penggunaan sumber daya yang tidak sesuai. Pasien dengan *over triage* membuat pasien berada di ruangan yang tidak tepat dan *under triage* membuat pasien gawat menunggu lebih lama (Considine, Ung, and Thomas, 2001).

Sistem triase yang digunakan instalasi gawat darurat di seluruh dunia berbeda-beda. Mulai dari triase dua tingkat, tiga tingkat, empat tingkat hingga lima tingkat. Sistem triase yang saat ini dikembangkan adalah sistem triase lima tingkat. Beberapa triase lima tingkat *Emergency Severity Index* (ESI), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), *Manchester Triage Scale* (MTS), dan *Australian Triage Scale* (ATS) (Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau, 2011). Beberapa triase lima tingkat yang ada dinyatakan bahwa ESI merupakan triase yang paling unggul. ESI lebih mudah digunakan, mengurangi subjektivitas dalam penentuan keputusan triase, lebih akurat, dapat memprediksi jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien serta hasil validitas dan reliabilitas yang baik (Elshove-Bolk, Mencl, Rijswijk, Simons, dan Vugt, 2007; Christ, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E, 2010 ; Mace and Mayer, 2008). Sistem triase di Indonesia belum terstandar sehingga penggunaannya di berbagai daerah sangat bervariasi. Pada beberapa rumah sakit besar di Indonesia yang

sama-sama mengadopsi dari triase ATS, diantaranya RSCM DKI Jakarta kategori dipersingkat menjadi 3 tingkat. Rumah sakit Karyadi Semarang juga memodifikasi ATS menjadi 3 tingkat berdasarkan kategori warna (merah, kuning, dan hijau). RSHS Bandung memodifikasi ATS menjadi 3 kategori yaitu sakit ringan, sedang, dan berat. Hal yang sama dilakukan oleh RSUD Cibabat yang mengadopsi ATS menjadi 4 tingkat. Penerapan metode triase ini menunjang pada saat adanya visitasi akreditasi rumah sakit (KARS).

Penerapan sistem triase ini masih tergolong baru karena pertama kali digunakan pada akhir November 2016 dimana sebelumnya triase di IGD RSUD Cibabat hanya terdapat pengkajian primer dan sekunder sehingga tidak diketahui bahwa pasien yang datang termasuk kategori kegawatan apa. Hal ini menyebabkan kesalahan penggolongan dimana pasien yang berada pada *false emergency* masuk menjadi pasien *true emergency*. Menurut data laporan tahunan RSUD Cibabat tahun 2015 diketahui bahwa *false emergency* sebesar 54% sedangkan *true emergency* hanya 46%.

METODE

Desain penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross over quasi eksperimental*. Terdapat dua kelompok, kelompok kontrol adalah pasien dengan pengkajian menggunakan triase empat tingkat modifikasi ATS sedangkan kelompok intervensi adalah pasien dengan pengkajian menggunakan metode triase lima tingkat ESI. Sampel penelitian ini merupakan kegiatan triase sebanyak 38 pengkajian triase yang dilakukan oleh 15 perawat. Surat Keterangan kelaikan etik dikeluarkan oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Penelitian dilakukan di IGD RSUD Ciabbat pada bulan Oktober 2017.

HASIL

Pada penelitian tingkat akurasi dilakukan dengan pengambilan data sebanyak dua kali. Pertama, perawat mengkaji menggunakan triase empat tingkat modifikasi ATS pada 38 pasien. Kedua, pada perawat yang sama melakukan triase dengan menggunakan triase lima tingkat ESI dan triase empat tingkat modifikasi ATS pada 38

pasien lainnya. Setiap pengkajian triase yang dilakukan oleh perawat disertai juga dengan pengkajian oleh *Gold Standar*.

Tabel 1. Tingkat Akurasi Metode Triase Empat Tingkat Modifikasi ATS dan Metode Triase Lima Tingkat ESI

Jenis triase		<i>Expected Triage (%)</i>	<i>Over Triage (%)</i>	<i>Under Triage (%)</i>	Total (%)
Triase 4 tingkat	4	73,7	7,9	18,4	100
Triase ESI		76,3	10,5	13,2	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa triase ESI jika dibandingkan dengan triase empat tingkat modifikasi ATS lebih banyak yang *expected triage* daripada kategori *overtriage* dan *undertriage*.

Tabel 2. Uji Beda *Mann-Whitney Test* Tingkat Akurasi

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Akurasi Cibabat	38	37.17	1412.50
Akurasi ESI	38	39.83	1513.50
Total	76		

Tabel 3. Tes statistik *Mann-Whitney*

	Tingkat Akurasi
Mann-Whitney U	671,500
Z	-693
Asymp. Sig. (2-tailed)	,488

Berdasarkan tabel 2 dan tabel 3 diatas diketahui bahwa nilai p-value > alpha atau 0.488 > 0.05 maka H0 diterima, artinya tingkat akurasi triase empat tingkat modifikasi ATS yang digunakan oleh RSUD Cibabat dengan triase ESI tidak berbeda secara nyata / sama.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa baik triase empat tingkat modifikasi ATS

maupun triase ESI tidak ada perbedaan yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa kedua triase tersebut sama-sama akurat untuk digunakan. Namun perlu kita telaah lebih dalam berdasarkan hasil triase yang didapatkan apakah *over triage*, *expected triage*, dan *under triage*. Ketiga hal tersebut memberikan gambaran lebih jelas tentang hasil keakuratan pengkajian triase. Pada kategori *under triage* dan *expected triage*, triase ESI lebih tinggi unggul jika dibandingkan dengan triase empat tingkat modifikasi ATS.

Over triage merupakan hasil keputusan pengkajian triase dimana pasien menerima kode triase yang lebih tinggi dari tingkat urgensi sebenarnya. *Over triage* pada triase ESI sebanyak 10,5 % sedangkan pada triase empat tingkat modifikasi sebesar 7,9%. Terdapat selisih 3,4 % antara kedua triase tersebut dimana triase ESI berkontribusi lebih besar dibandingkan dengan triase empat tingkat modifikasi ATS. Keputusan *Overtriage* dapat menghasilkan waktu tunggu yang singkat untuk memperoleh intervensi medis. Namun, akan berdampak buruk bagi pasien lain yang menunggu di IGD karena mereka harus menunggu lebih lama. Secara signifikan pada keputusan *overtriage* ini tidak memberikan akibat yang fatal bagi pasien tersebut, justru pasien akan mendapatkan keuntungan dengan diberikan tindakan terlebih dahulu oleh tenaga medis dibandingkan dengan pasien lain yang berada pada tingkat kegawatan dibawahnya. *Overtriage* tidak memberikan efek secara langsung, namun *Overtriage* dapat mengganggu pemberian pelayanan kesehatan dan memberikan resiko pada pasien lainnya (Ekin and Mophet, 2015); (Hinson et al, 2018).

Selain itu, menurut Newgard et al tahun 2012 tentang *overtriage* pada pasien prehospita dapat meningkatkan biaya operasional. Peningkatan biaya ini dikarenakan pemilihan transportasi yang digunakan pasien. Pasien yang seharusnya dapat menggunakan transportasi ambulance darat saja tetapi justru menggunakan transportasi udara yang biayanya operasionalnya jauh lebih besar. Hal ini dikarenakan perawat memberikan keputusan *overtriage* pada pasien sehingga pemilihan transportasi udara dilakukan untuk mengurangi waktu tempuh menuju rumah sakit. Bagi pasien tentu memberikan dampak positif yaitu

mendapatkan penanganan yang jauh lebih cepat, namun di sisi lain biaya yang harus dikeluarkan juga menjadi lebih mahal.

Expected triage adalah hasil pengkajian triase sesuai keputusan triase dimana pasien menerima kode triase yang sesuai dengan tingkat urgensi pasien. Hasil keputusan *expected triage* pada triase ESI sebesar 76,3 sedangkan triase empat tingkat modifikasi ATS sebesar 73,7 dengan selisih keduanya yaitu sebesar 3,4 %. Hal ini menunjukkan bahwa triase ESI lebih banyak memberikan keputusan triase yang tepat dibanding dengan triase empat tingkat modifikasi ATS. Keputusan ini dapat mengoptimalkan waktu untuk intervensi medis pasien dan mengurangi risiko yang merugikan. Keputusan inilah yang diharapkan dapat dilakukan oleh perawat triase selama menjalankan tugasnya. Keputusan yang tepat akan memberikan tindakan penyelamatan yang tepat pula.

Pada kategori *under triage*, triase ESI lebih kecil persentasenya sebesar 13,2 % dibandingkan dengan triase empat tingkat modifikasi ATS sebesar 18,4 % sehingga selisih yang didapatkan yaitu sebesar 5,2%. *Under triage* yaitu hasil keputusan triase dimana pasien menerima kode triase yang lebih rendah dari yang sebenarnya. Keputusan ini memiliki potensi untuk menghasilkan waktu tunggu yang berkepanjangan terhadap intervensi medis dan risiko hasil yang buruk. *Under triage* dapat dikatakan sebagai kesalahan medis yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas. Pasien yang seharusnya mendapatkan penanganan terlebih dahulu menjadi tidak diprioritaskan sehingga penyelamatan nyawa pasien tidak dapat segera ditangani. *Under triage* juga secara langsung berdampak pada keselamatan pasien karena waktu tunggu yang lama (Ekin and Mophet, 2015). Pasien akan semakin diperlambat untuk mendapatkan penanganan medis yang dibutuhkan. Tentu hal ini akan sangat membahayakan nyawa pasien, terlebih jika tingkat kegawatan pasien berada pada tingkat satu atau level satu. Oleh karena perawat triase memberikan level dibawahnya maka pasien tidak mendapat prioritas penanganan oleh petugas kesehatan.

Keputusan triase yang akurat dan cepat memiliki dampak yang signifikan terhadap

penanganan pasien. Pengambilan keputusan triase yang benar adalah dasar dalam penentuan prioritas untuk menyediakan perawatan gawat darurat sehingga memberikan dampak positif pada hasil perawatan pasien (Dadashzadeh, Abdolazadeh, Rahmani, and Ghojzadeh, 2013). Keakuratan dari penggunaan triase tidak lepas dari kemampuan dalam memutuskan kegawatan pasien. Menurut Smith dan Cone 2010, pengambilan keputusan triase didasarkan pada critical thinking, intuisi, dan pengalaman. Pengalaman memberikan dampak yang luar biasa dalam pengambilan keputusan. Otonomi, kepuasan, perasaan frustrasi, dan perasaan tidak pasti adalah beberapa pengalaman dalam pengambilan keputusan triase. Perawat yang memiliki lebih banyak pengalaman bertahun-tahun menjadi perawat triase akan meningkatkan konsistensi dalam pengambilan keputusan. Hal yang sama dikemukakan oleh Dadashzadeh, Abdolazadeh, Rahmani, dan Ghojzadeh tahun 2013, bahwa semakin banyak pengalaman seorang perawat maka akan semakin konsisten dalam menentukan keputusan. Selain pengalaman, intuisi memiliki peranan penting terhadap keputusan triase. Intervensi sesuai pengambilan keputusan yang dipilih melalui Intuisi yang dimiliki oleh perawat akan membuat lebih konsisten dalam menjalankan seluruh tugas dan tanggungjawabnya (Smith dan Cone, 2010).

PENUTUP

Simpulan

1. Triase lima tingkat ESI memiliki *expected triage* dan *under triage* lebih baik dibandingkan dengan triase empat tingkat modifikasi ATS. Namun, pada *over triage*, triase empat tingkat modifikasi ATS lebih baik dibandingkan triase lima tingkat ESI.
2. Triase lima tingkat ESI dengan triase empat tingkat modifikasi ATS tidak terdapat perbedaan secara signifikan pada tingkat akurasi dengan nilai $p = 0,488$ ($p \text{ value} > 0,05$).

Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa adanya kecenderungan menggunakan triase lima tingkat ESI. Namun, dikarenakan hasil yang didapat tidak ada perbedaan secara

signifikan maka pihak rumah sakit dapat menggunakan triase empat tingkat modifikasi ATS ataupun triase lima tingkat ESI. Triase ESI dapat menjadi alternatif pilihan penggunaan pengkajian triase dikarenakan secara aplikatif lebih mudah dipahami, lebih cepat, dan akurat.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai penelitian lanjutan terkait penggunaan metode triase lima tingkat ESI di Instalasi Gawat Darurat dengan beberapa rumah sakit dengan kriteria yang sama (*multi center*) sehingga didapatkan jenis kasus pasien yang lebih variatif, skill perawat lebih variatif, dan jumlah pasien yang lebih banyak.

REFERENSI

- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 107(50):892–8
- Dadashzadeh A, Abdolazadeh F, Rahmani A, Ghojatzadeh M. 2013. Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals. *Iran J Crit Care Nurs*, 6(4):279-286.
- Dahlan, M S. (2013). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Dharma, K K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta : Trans Info Media.
- Ekin, K and Morphet, J. (2015). The Accuracy and Consistency of Rural, Remote and Outpost Triage Nurse Decision Making in One Western Australia Country Health Service Region. *Australian Emergency Nursing Journal*, 18, pp 227-233.
- Elshove-Bolk J, Mencl F, Van R, Simons, M.P, Van V.A.B. (2007). Validation of the emergency severity index (ESI) in self-referred patients in a european emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 24(3):170–4.
- Elliot D, Aitken L, Chaboyer W. (2007). *ACCN's critical care nursing*. Australia: Elsevier.
- FitzGerald, G, Jelinek, G.A, Scott, D, Gerdzt, M.F. (2009). *Emergency department triage revisited*. *Emerg Med J*. 2010;27:85-92.
- Gerdzt M, Bucknall T. (2000). Australian triage nurses decision-making and scope of practice. *Australian Journal of Advanced Nursing* 18(1).
- Gilboy, N. (2005). *Sheehys manual of emergency care*. Sixth Edition. Edited by Newberry, L., & Cridlle, L.M St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Gilboy, N. (2010). *Sheehys nursing principal & practices*. Sixth Edition. Edited by Howard, P.K., Steinmann, R.A St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier
- Gilboy N, Tanabe T, Travers D.A, Rosenau, A.M. (2011). *Emergency severity index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. implementation handbook 2012 edition*. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Golzari, S.E.J, Soleimanpour H, Raoufi P, Salarilak S , Sabahi M, Nouri H, Heshmat Y (2014). Accuracy of emergency severity index, version 4 in emergency room patients' classification. *Journal Anal Clinical Medicine*. 2(1), 36–41.
- Habib, H, Sulistio, S, Mulyana, R.M, Albar, I.A. (2016). Triase modern rumah sakit dan aplikasinya di Indonesia. *Researchgate.net publication*.
- Hinson et al. (2018). Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. *International Journal of Emergency Medicine* Vol 11: No.3. DOI 10.1186/s12245-017-0161-8
- Lee, C.H, (2010). Disaster and mass casualty triage. *American Medical Association Journal of Ethics*. Volume 12, Number 6: 466-470.
- LeVasseur S, Considine J, Charles A, Castle C, Villaneuva E. (2006). Consistency of triage report: monash institute of health service research. Report to the victorian departemen of human services.
- Mace, S E and Mayer, T A. (2013). *Triage. Chapter 15. Section IV. Philadelphia : The Practice Environment*.
- Ministry of Health, NSW. (2013). *Triage of patients in NSW emergency departments*. New South Wales government : New South Wales
- Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, & Hasanzadeh, F. (2015). Reliability of the emergency severity index: meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 15(1), e71–e77.
- Murray, J.M. (2003). The canadian triage and acuity scale: a canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medical (Fremantle)* 15:6-10.
- Newgard, et al. (2012). The Cost Of Overtriage: More Than One-Third Of Low Risk Injured Patients Were Taken To Major Trauma Centers. *Health Affairs* Vol 32 No 9. [HTTPS://DOI.ORG/10.1377/HLTHAFF.2012.1142](https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2012.1142)
- RSUD Cibabat Cimahi. (2015). *Laporan akuntabilitas kinerja pemerintah TA 2015 RSUD Cibabat Cimahi*. RSUD Cibabat Cimahi : Cimahi.
- Travers D.A, Waller A.E, Bowling J.M, Flowers D, Tintinalli J. (2002). Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal Emergency Nursing*. 28:395-400.
- Wuerz R.C, Milne L.W, Eitel D.R, Travers D, Gilboy N. (2000). Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Academic emergency medicine*. Volume 7, Number 3
- Yuksena C, Sawatmongkornkula S, Suttabuttha S, Sawanyawisuth K, Sittichanbuncha Y. (2016). Emergency severity index compared with 4-level triage at the emergency department of Ramathibodi University Hospital. *Asian Biomedicine Journal*. Vol. 10 No. 2

Efektifitas Penulisan Dokumentasi Triase *Emergency Severity Index (ESI)* dengan *Canada Triage Acuity Scale (CTAS)* terhadap Ketepatan Prioritas Triase Pasien oleh Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin

(The Effectiveness of Writing the Emergency Severity Index (ESI) Triage Documentation with Canada Triage Acuity Scale (CTAS) on the Accuracy of Patient Triage Priority by Student of Ners STIKES Cahaya Bangsa in IGD RSUD Ulin Banjarmasin)

Doni Wibowo

Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cahaya Bangsa
Jl. A. Yani No.KM 17, Malintang Baru, Kec. Gambut, Banjar, Kalimantan Selatan 70122

*Korespondensi : ns.doniwibowo@gmail.com

Abstract

Nursing education is the end of the nursing profession education process which will carry out its work as a nurse profession in the health care services. Emergency department (IGD) is one of the main entrances of inpatients, so that patient visits in the ER is quite high, and it cause the overcrowded. It needs a triage system and documentation based on evidence to increase success in the management of patients with emergency conditions. The purpose of this study is to study the effectiveness of the Emergency Severity Index triage discussed with the Canadian Triage Acuity Scale on the accuracy of patient triage priorities. This study use the Quasi Experimental method using the Mann Whitney test. The sampling technique uses accidental sampling with a total of 50 Emergency Severity Index triage documentation samples and 50 Canada Triage Acuity Scale documentation samples. The results showed accuracy in determining the priority of triage in 46 tragedy Emergency Severity Index (92%) and 38 documentation of Canadian Triage Acuity Scale (76%). There is a difference in the accuracy of the triage priorities of patients between the triage documentation of the Emergency Severity Index and the Canada Triage Acuity Scale with a p value of 0.030. It is time for the Emergency Department (IGD) to implement evidence-based triage systems and documentation by adopting or developing scientifically tested triage systems and documentation.

Keywords : Documentation, Triage, Nursing Students

Pendahuluan

Instalasi gawat darurat memiliki peran dalam menyediakan akses cepat bagi pasien dengan kondisi gawat darurat. Triase merupakan suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya, dimana pasien dalam kondisi gawat akan ditempatkan di tempat yang tepat, dan sumber daya yang tepat sehingga manajemen kegawat daruratan, dan kualitas hidup pasien tersebut akan lebih baik. Kunjungan pasien yang tidak terjadwal dan tidak terduga baik pada pasien dengan kebutuhan tindakan *life saving, high risk situation, danger zone vital* maupun *non-urgent*, sehingga dalam kondisi tersebut triase akan memprioritaskan pasien berdasarkan kegawatan klinis pasien dan memastikan bahwa perawatan disediakan secara aman dan tepat waktu (1).

Triase yang tidak tepat dapat menyebabkan keterlambatan pasien dan meningkatkan biaya untuk tindakan pasien di instalasi gawat darurat (1). Keterlambatan terjadi ketika tidak adanya algoritma yang jelas, sehingga pengambilan keputusan dalam menentukan level/prioritas triase pasien hanya berdasarkan indikator pada setiap prioritas triase. Peningkatan biaya pasien terjadi jika ketidak tepatan dalam menentukan prioritas triase pasien sehingga akan terjadi perubahan pada penempatan pasien saat awal kedatangan dengan saat dilakukan tindakan. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas manajemen pasien gawat darurat, dan kualitas hidup pasien. Biaya yang meningkat juga dapat disebabkan karena tindakan yang tidak tepat, atau tindakan yang diulang akibat belum teridentifikasinya masalah pasien secara spesifik.

Sistem triase yang optimal, dan memakai algoritma yang sistematis dapat menurunkan waktu tunggu sampai 50% (2). Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya ketepatan dalam mengkaji dan memprioritaskan pasien berdasarkan kondisi kegawatannya, sehingga dibutuhkan adanya sistem triase yang berbasis bukti, teruji secara ilmiah dan dapat digunakan secara optimal oleh perawat dan dokter di ruang gawat darurat, dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kegawat daruratan.

Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) melaporkan pada tahun 2002 bahwa lebih dari 50% pasien yang mendapat perawatan di Instalasi Gawat Darurat mengalami kematian dan cacat permanen akibat keterlambatan penanganan (2). *Golden periode* sering disebut sebagai waktu yang sangat baik untuk pasien dalam kondisi kegawat tertentu untuk dilakukan penanganan secara medis, dimana kondisi perburukan terus berlangsung, sehingga waktu adalah bagian yang sangat berarti bagi kualitas hidup pasien dengan penanganan yang cepat dan tepat.

Pedoman dan format dokumentasi triase merupakan dasar dalam pelaksanaan triase yang dapat diaplikasikan di rumah sakit. Sebagian rumah sakit besar di Indonesia sudah masuk pada sebuah paradigma baru bahwa sebelumnya rumah sakit mengadopsi sistem triase klasik yaitu triase bencana yang diaplikasikan di rumah sakit terdiri dari 4 kategori dengan simbol warna merah, kuning, hijau, hitam. Dippenaar & Bruijns mengatakan bahwa sistem triase berbasis bukti di rumah sakit mulai dikembangkan di berbagai negara sesuai dengan kebutuhan masing-masing dan dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya (3). Triase di rumah sakit berkembang menggunakan skala prioritas, seperti *Australian Triage System* (ATS), *Canadian Triage Acuity System* (CTAS), *Manchester Triage System* (MTS), *Emergency Severity Index* (ESI), *South African Triage System* (SATS), dan *Patient Acuity Category Scale* (PATS). Selama dekade terakhir, beberapa studi telah menyelidiki ketepatan antara tiga, empat dan lima prioritas triase.

Triase dengan 5 skala prioritas memiliki ketajaman/ketepatan yang tinggi dibanding 4 atau 3 skala prioritas karena dengan 5 skala

prioritas akan menghasilkan data yang lebih spesifik.

Canada Triage and Acuity Scale (CTAS) telah terbukti memiliki keandalan yang baik (4). CTAS dikembangkan pada akhir 1990-an oleh *Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses' Affiliation*. CTAS mengklasifikasikan pasien dalam urutan: level 1, resusitasi; level 2, darurat; level 3, mendesak; level 4, kurang mendesak; dan level 5, tidak mendesak. Pedoman CTAS Merekomendasikan waktu untuk penilaian yang dilakukan oleh perawat dan dokter berdasarkan indikator pada setiap level triase.

Triase CTAS memiliki kelemahan yang akan membuat perawat/dokter triase harus berfikir lebih kritis dan memakan waktu, apalagi jika triase CTAS akan diterapkan di Indonesia dengan jumlah kunjungan pasien ke tempat pelayanan gawat darurat yang tinggi. Kelemahan tersebut seperti; triase CTAS tidak memiliki algoritma yang seharusnya dapat membantu dengan cepat dan tepat dalam mempertimbangkan prioritas triase berdasarkan hasil pengkajian. CTAS hanya memiliki indikator-indikator pada setiap level/prioritas triase berupa keluhan atau keadaan pasien. Kondisi tersebut yang memungkinkan terjadinya kesalahan/ketidak tepatan dalam penentuan prioritas triase pasien (5).

Triase *Emergency Severity Index* merupakan triase yang dikembangkan di Amerika Serikat. Triase ESI juga memiliki 5 level/prioritas keakutan yaitu level 1, resusitasi; level 2, darurat; level 3, mendesak; level 4, kurang mendesak; dan level 5, tidak mendesak. Menurut Kurniasari ada beberapa alasan mengapa triase ESI lebih mudah diterapkan di Indonesia yaitu perawat lebih mudah menilai prioritas/level triase dengan melihat kondisi keparahan pasien, perawat lebih mudah ketika harus memikirkan kebutuhan sumber daya apa saja yang dibutuhkan pasien (6). Sistem triase ESI juga menggunakan skala nyeri 1 – 10 sama dengan yang secara umum digunakan di Indonesia. Tidak adanya Batasan waktu bagi perawat atau dokter untuk melakukan penanganan pada pasien di ruang gawat darurat, jadi penanganan tersebut menjadi fleksibel, dapat dilakukan sesegera mungkin dengan mempertimbangkan prioritas triase,

jumlah pasien. Triase ESI memiliki algoritma yang jelas, simpel dan memiliki validitas yang tinggi dalam menentukan prioritas triase pasien.

Faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien (7). Mahasiswa Profesi Ners merupakan mahasiswa yang sedang belajar dan menempuh pendidikan akademik ditingkat profesi dan merupakan lanjutan dari pendidikan sarjana. Proses pembelajaran mahasiswa profesi ners hampir secara keseluruhan dilakukan di lahan praktik baik di rumah sakit, puskesmas, komunitas, panti werdha, sehingga pada tahapan inilah mahasiswa memiliki kesempatan lebih banyak untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan tentang keilmuan khususnya keperawatan gawat darurat seperti pengetahuan tentang triase. Pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang triase, menjadikan mahasiswa lebih siap untuk berinovasi mengimplementasikan ilmunya di dunia kerja, sehingga akan berdampak pada kepuasan keluarga dan kualitas hidup pasien.

Triase modern di Kalimantan Selatan juga sudah mulai diaplikasikan di IGD Rumah Sakit. Hasil diskusi dengan kepala ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin sekaligus sebagai Ketua HIPGABI Kalimantan Selatan bahwa triase modern sudah diaplikasikan sekitar 2 tahun di IGD Rumah Sakit tersebut. Format dokumentasi triase dilakukan evaluasi, dan revisi demi meningkatkan kualitas triase. Data kunjungan pasien di IGD RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2017 sebanyak 24.941 pasien, tahun 2018 sebanyak 23.294 pasien, dan jumlah kunjungan Januari – Oktober 2019 sebanyak 19.871 pasien. Jumlah kunjungan pasien berdasarkan triase prioritas I sebanyak 120 pasien, prioritas II sebanyak 3.804 pasien, prioritas III sebanyak 168 pasien pada bulan Agustus - September 2018.

RSUD Ulin Banjarmasin merupakan rumah sakit pusat rujukan di Kalimantan Selatan dan sebagian wilayah Kalimantan Tengah, sehingga kunjungan pasien sangat tinggi. Tingginya angka kunjungan di IGD RSUD Ulin Banjarmasin menyebabkan terjadinya *overcrowding* pada waktu tertentu yaitu pada jam dinas siang antara pukul 18.00-21.00 Wita. Kondisi *overcrowding*

karena puncak kunjungan pasien di IGD Rumah Sakit memiliki hubungan dengan ketepatan dalam pelaksanaan triase. Kondisi tersebut sejalan dengan hasil penelitian Nonutu yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jumlah kunjungan pasien dengan ketepatan pelaksanaan triase(8).

Penelitian tentang triase modern perlu dikembangkan dengan membandingkan beberapa teori triase *intra-hospital* untuk melihat keefektifan pengkategorian triase di Indonesia khususnya Kalimantan Selatan (12). Pentingnya sebuah sistem, dan dokumentasi triase terhadap ketepatan dalam menentukan prioritas triase pasien demi peningkatan kualitas pelayanan pasien gawat darurat.

Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan penelitian tentang efektifitas penulisan dokumentasi triase *emergency severity index (ESI)* dengan *canada triage acuity scale (CTAS)* terhadap ketepatan prioritas triase pasien oleh mahasiswa ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Perlu adanya sebuah sistem dan dokumentasi triase yang memiliki ketepatan tinggi dalam memutuskan sebuah prioritas triase pasien yang berbasis bukti diantara kedua sistem triase *Emergency Severity Index* atau *Canada Triage Acuity Scale*.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *Quasi Experimental* dengan menggunakan uji *Mann Whitney*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling* dengan jumlah 50 sampel dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dan 50 sampel dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*. Penulisan dokumentasi triase ini dilaksanakan selama 4 minggu oleh mahasiswa Profesi Ners STIKES Cahaya Bangsa dimulai dari tanggal 20 Agustus – 15 September 2018. Data dianalisis dan diolah selama 2 bulan dari tanggal 02 September - 31 Oktober 2019. Instrumen penelitian yang digunakan berupa lembar observasi dari *guideline* triase modern berbasis bukti untuk menilai ketepatan dalam menentukan prioritas triase.

Hasil

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik data berdasarkan prioritas triase pasien pada dokumentasi triase *emergency severity index*.

Kategori	<i>f</i>	%
Prioritas 1	18	36
Prioritas 2	26	52
Prioritas 3	6	12
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 1 menyatakan bahwa sebagian besar prioritas triase pasien masuk dalam kategori prioritas 2 yaitu 52 %.

Tabel 2 Distribusi frekuensi karakteristik data berdasarkan prioritas triase pasien pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*.

Kategori	<i>f</i>	%
Prioritas 1	20	40
Prioritas 2	25	50
Prioritas 3	5	10
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 2 menyatakan bahwa sebagian besar prioritas triase pasien masuk dalam kategori prioritas 2 yaitu 50 %.

Tabel 3 Distribusi frekuensi ketepatan prioritas triase pada dokumentasi triase *emergency severity index*.

Kategori	<i>f</i>	(%)
Tepat	46	92 %
Tidak tepat	4	8 %
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar prioritas triase pada dokumentasi triase *emergency severity index* masuk dalam kategori tepat yaitu sebanyak 46 sampel 92 %.

Tabel 4 Distribusi frekuensi ketepatan prioritas triase pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*.

Kategori	<i>f</i>	(%)
Tepat	38	76 %
Tidak tepat	12	24 %
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar prioritas triase pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*

masuk dalam kategori tepat yaitu sebanyak 38 sampel 76 %.

Tabel 5 Distribusi frekuensi efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien.

Triase	ESI		CTS		Nilai P
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Tepat	46	92	38	76	0,030
Tidak Tepat	4	8	12	24	
Total	50	100	50	100	

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan adanya perbedaan efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien dengan nilai p value 0,030. Jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih banyak yaitu 92%, dibanding jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* yaitu 76%.

Pembahasan

Efektifitas Penulisan Dokumentasi Triase *Emergency Severity Index* Dengan *Canada Triage Acuity Scale* Terhadap Ketepatan Prioritas Triase Pasien. Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan adanya perbedaan efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien dengan nilai p value 0,030. Jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih banyak yaitu 46 (92%), sedangkan jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* sebanyak 38 (76%). Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ng CJ yang menyatakan bahwa penulisan dokumentasi *Taiwan Triage System* (TTS) memiliki ketepatan lebih tinggi yaitu 58,7 % dibanding dengan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* (CTAS) yaitu 27,9%(1).

Perbedaan yang mendasar pada kedua sistem triase ESI dan CTAS yaitu tentang ketersediaan algoritma. ESI memiliki algoritma yang sangat jelas, detail, dan

memiliki validitas tinggi dalam menentukan prioritas triase pasien. ESI juga memiliki standar klasifikasi dalam penggunaan sumber daya. Kebutuhan sumber daya sudah sangat jelas tertulis didalam algoritma bahwa kebutuhan sumber daya diklasifikasikan berdasarkan prioritas/level triase. Jenis – jenis sumber daya yang tertulis dalam sistem triase ESI sudah ditetapkan dan digunakan sesuai kondisi pasien (9).

Algoritma dalam sebuah sistem triase menjadi faktor yang sangat penting terhadap waktu dan ketepatan dalam penentuan prioritas triase, karena dalam kondisi pasien gawat darurat seorang perawat atau dokter harus melakukan triase dan memutuskan prioritas triase pasien dengan cepat dan tepat mengingat pasien harus dilakukan penanganan dengan segera, ditempat dan sumber daya yang tepat sesuai dengan kondisi pasiennya, dengan itu maka manajemen kegawat darurat pasien akan berjalan dengan baik. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Tsu-Wang & Sen bahwa dengan adanya sistem triase yang optimal dan memakai algoritma yang sistematis dapat menurunkan waktu tunggu sampai 50% (2).

Berbeda dengan CTAS, sistem triase ini hanya terdapat indikator-indikator pada tiap prioritas/level triase, indikator tersebut merupakan kondisi pasien pada setiap prioritas triase (5). Sistem triase CTAS memakan waktu yang sedikit lebih lama bagi perawat atau dokter untuk dapat menentukan prioritas triase pasien berdasarkan kondisinya yang didapat dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik. Perawat atau dokter harus menyamakan data hasil pengkajian pasien dengan indikator pada setiap prioritas triase guna memutuskan prioritas triase pasien.

Kondisi-kondisi tersebut harus menjadi perhatian tentang pentingnya waktu dan ketepatan dalam menentukan prioritas pasien yang akan berdampak terhadap kualitas manajemen pasien. Menurut Ng CJ yang menyatakan bahwa proses triase yang lambat dan ketepatan yang rendah dalam jumlah pasien yang besar dapat membahayakan keselamatan pasien (1).

Hasil penelitian menunjukkan pentingnya sebuah sistem dan dokumentasi triase sehingga berpengaruh pada ketepatan dalam menentukan prioritas triase pasien.

Kecepatan dan ketepatan dalam sebuah pelayanan kegawat darurat menjadi prinsip utama, tidak mentolerir sedikitpun adanya kesalahan dalam sebuah proses manajemen kegawat darurat, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Prasetyantoro yang menunjukan hasil bahwa ada hubungan yang cukup berarti antara ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan pasien dengan cedera kepala (13).

Pengetahuan juga menjadi dasar dalam proses pelaksanaan triase. Menurut Khairina faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien (7). Perawat triase harus memiliki pengetahuan-pengetahuan dasar yang sangat komprehensif seperti pengetahuan tentang pengkajian, pemeriksaan fisik dan pengetahuan tentang kebutuhan sumber daya pasien sesuai dengan kondisinya, sehingga perawat harus mendapatkan pengetahuan tersebut sejak dalam proses pendidikan yaitu pada tahap profesi ners, sehingga ketika lulus akan menjadi seorang ners yang profesional dan siap untuk bekerja.

Pengalaman bekerja menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan yang dalam hal ini dapat ditunjukan dengan kualitas dalam melakukan pelayanan keperawatan gawat darurat khususnya proses triase. Pengalaman yang cukup akan menjadikan seorang perawat lebih percaya diri, memiliki wawasan yang luas, kecepatan dan ketepatan dalam menghasilkan sebuah keputusan. Menurut Wibowo semakin lama bekerja, seorang perawat triase akan mendapatkan banyak pengetahuan dan kemampuannya dalam melakukan pengkajian, menganalisis masalah pasien berdasarkan patofisiologi, menganalisis kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan kondisi pasien sehingga hal tersebut akan berdampak pada ketepatan penulisan dokumentasi triase (12). Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian Fujino pada 1.395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang bahwa semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi semakin baik (10).

Kesimpulan

Penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih efektif terhadap ketepatan prioritas triase pasien

dibanding dengan *Canada Triage Acuity Scale* dengan nilai p value 0,030. Penelitian ini hanya untuk melihat efektifitas dari dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang efektifitas dokumentasi triase *Emergency Severity Index* maupun *Canada Triage Acuity Scale* terhadap keberhasilan manajemen pasien gawat darurat.

Daftar Pustaka

1. Ng CJ, Hsu KH, Kuan JT, Chiu TF, Chen WK, Lin HJ, et al. Comparison between Canadian Triage and Acuity Scale and Taiwan Triage System in emergency departments. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2010;109(11):828–37. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60128-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60128-3)
2. Wang ST. Construct an optimal triage prediction model: A case study of the emergency department of a teaching hospital in Taiwan. *J Med Syst*. 2013;37(5).
3. Dippenaar E, Bruijns S. Triage is easy, said no triage nurse ever. Vol. 29, *International Emergency Nursing*. 2016. p. 1–2.
4. Foley A. Triage Process and Department Practice are Different. *J Emerg Nurs*. 2017;43(2):185–6.
5. Nwg C. THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE Combined Adult/Paediatric Educational Program PARTICIPANT'S MANUAL Triage Training Resources. 2007;(January 2007). Available from: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/paticipant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
6. Kurniasari R. Hubungan Antara Level Emergency Severity Index (ESI) dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras. *J Adm Kesehatan Indonesia*. 2016;4(2):97.
7. Khairina I, Malini H, Huriani E. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Perawat Dalam Ketepatan Triase Di Kota Padang, Indonesia *J Heal Sci*. 2018;2(1):1–6.
8. Nonutu P.T, Mulyadi, Malara R, Hubungan Jumlah Kunjungan Pasien dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase di Instalasi Gawat Darurat RSUP PROF. DR. R.D. Kandou Manado. *J KEPERAWATAN*. 2015;3(2).
9. Gilboy N, Tanabe P, Travers D. A Triage Tool for Emergency Department Care. *Agency Healthc Res Qual* [Internet]. 2012;31(2):93–7. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
10. Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(6):876–81.
11. Sumarno M.S, Ismanto A.Y, Bataha Y. Hubungan Ketepatan Pelaksanaan Triase Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado. *J Keperawatan*. 2017;5(1).
12. Wibowo D, Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triage Emergency Severity Index (Esi) oleh Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin. 2019
13. Prasetyantoro I. *Hubungan Ketepatan Penilaian Triase dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala di IGD RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. 2013