

ANALISIS PERAN PERAWAT TERHADAP KETEPATAN PENETUAN PRIORITAS I, II DAN III PADA RUANG TRIAGE DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT dr SAIFUL ANWAR MALANG

Vita Maryah Ardiyani
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Tribuwana Tungadewi Malang
vitamaryah@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan terdepan pada rumah sakit yang membutuhkan suatu sistem *triage* yang tepat dan efektif untuk menyeleksi dan memprioritaskan pasien sesuai dengan kondisi pasien dan sumber daya yang ada. Kesalahan pengambilan keputusan, apalagi dalam pengkategorian pasien dengan kategori *poor triage* menyebabkan keterlambatan pengobatan dan ketidakmampuan serta cacat permanen bagi pasien. Tanggung jawab *triage* menuntut perawat untuk terus mengembangkan perannya dalam hal mengambil keputusan yang tepat terutama dalam penentuan prioritas kegawatdaruratan pada instalasi gawat darurat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan peran perawat triage terhadap penentuan prioritas kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian penampang analitik (*analytic cross sectional study*) dengan teknik quota sampling sebanyak 200 pasien pada Instalasi Gawat Darurat teknik pengambilan data menggunakan lembar observasi peran perawat dan lembar observasi triage yang telah dilakukan uji numerator *kappa*. **Hasil** Uji chi square dan didapatkan hasil p value 0.000 dengan taraf signifikansi 0.05 **Pembahasan:** Ketepatan penentuan prioritas kegawatdaruratan pada ruang triage juga dipengaruhi pengalaman klinis perawat dimana Konsep penentuan prioritas berdasarkan kriteria P1, P2 dan P3 secara umum telah dikuasai oleh perawat. **Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan
Kata Kunci : Peran Perawat, Prioritas I,II dan III, *triage*

PENDAHULUAN

Triage diartikan sebagai proses memilah-milah pasien menurut tingkat keparahan cedera atau kesakitannya dan memprioritaskan pengobatan menurut ketersediaan sumber daya dan kemungkinan pasien bisa bertahan hidup (Gerdtz And Bucknall, 2001). Sistem *triage* di Indonesia belum terstandart secara nasional, meskipun Departemen Kesehatan

telah menetapkan sistem *triage* nasional akan tetapi pelaksanaannya belum teraplikasi secara nasional. Secara konsep, perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran dan tanggung jawab utama dalam melakukan *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006). Pada Instalasi

Gawat Darurat terdapat tuntutan akan pemenuhan kebutuhan akses kegawatdaruratan, dalam hal ini kekurangan sumber daya terhadap kebutuhan dapat meningkatkan kepadatan dan hambatan akses yang mengakibatkan peningkatan waktu tunggu pasien untuk menempati tempat perawatan. Sebuah usaha harus dilakukan untuk meningkatkan ketersediaan tempat perawatan dan pengembangan program. Unit Gawat Darurat harus melaksanakan pengembangan secara berkelanjutan untuk pemenuhan efiseinsi operasional (*College Emergency Nursing Australia*, 2007).

Kesalahan pengambilan keputusan, apalagi dalam pengkategorian pasien dengan kategori *poor triage* menyebabkan keterlambatan pengobatan dan ketidakmampuan serta cacat permanen bagi pasien. Tanggung jawab tersebut menuntut perawat untuk terus mengembangkan perannya dalam hal mengambil keputusan yang tepat terutama dalam penentuan prioritas kegawatdaruratan pada instalasi gawat darurat. Dalam pengambilan keputusan terdapat faktor- faktor yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan *triage* antara lain faktor internal mencakup kemampuan psikomotor dan kapasitas personal perawat, sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan kerja di IGD yang cenderung *overcrowded* (Gerdtz And Bucknall, 2001).

Pada kegiatan *triage* perawat bertanggung jawab untuk dapat mengambil keputusan segera (*decision making*),

melakukan pengkajian resiko, pengkajian sosial, diagnosis, menentukan prioritas dan merencanakan tindakan berdasarkan tingkat *urgency* pasien (Sands, 2007). Perawat juga bertanggung jawab memberi dukungan kepada pasien dan keluarga selama di ruang *emergency*, membangun komunikasi yang baik antara tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga serta memberi saran, edukasi dan konsultasi dalam membuat perencanaan tindakan bersama (Sands, 2004). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan peran perawat *triage* erhadap penentuan prioritas kegawatdaruratan di IGD Rumah Sakit Saiful Anwar Malang

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian penampang analitik (*analytic cross sectional study*) dengan teknik quota sampling sebanyak 200 pasien pada IGD teknik pengambilan data menggunakan lembar observasi peran perawat dan lembar observasi *triage* yang telah di lakukan uji numerator *kappa*. Pengukuran peran perawat dilakukan pada saat tindakan *Triage* yang di laksanakan pada 200 pasien sampel.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan observasi yang disusun peneliti berdasarkan tinjauan pustaka yang berpedoman pada standar penentuan prioritas kegawatdaaruratan berdasarkan sistem *triage* 3 kelompok P1 (prioritas 1), P2 (prioritas 2) dan P3 (Prioritas3).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Peran Perawat, dan Penentuan Prioritas Kegawatdaruratan.

Variabel	Kategori	Jumlah responden	Persentase (%)
Peran perawat	Tidak baik	12	6
	Baik	188	94
Penentuan prioritas kegawatdaruratan	Tidak Sesuai Standart	191	95.5
	Sesuai Standart	9	4.5
Total		200	100

Tabel 1 menunjukkan Peran perawat dijabarkan menjadi 2 kategori, perawat yang menjalankan peran dengan baik pada pasien sebesar 94%, perawat yang menjalankan peran dengan tidak baik hanya sebesar 6%. Penentuan prioritas

kegawatdaruratan dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu benar dan salah, hasil penelitian menunjukkan hampir seluruh penentuan prioritas kegawatdaruratan benar sejumlah 95.5% hanya sebagian kecil terjadi kesalahan dalam penentuan prioritas kegawatdaruratan yaitu sejumlah 4.5%.

Tabel 2 Hubungan peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan di IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Variabel	Penentuan Prioritas (%)		Total (%)	p
	Tidak sesuai standar	Sesuai standar		
Peran perawat	Tidak baik			0.000
		2.5	4.0	
	Baik			
		4.5	89.0	93.5
Total				
		7.0	93.0	100.0

Pada tabel 2 penentuan prioritas kegawatdaruratan pada ruang *triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar 93% tepat sesuai dengan prinsip penentuan prioritas kegawatdaruratan pada instrument penelitian dan ketidaktepatan penentuan prioritas kegawatdaruratan hanya sebesar 7% dari keseluruhan jumlah subjek penelitian. Ketidaksesuaian penentuan prioritas kegawatdaruratan sebesar 2.5%

dilakukan baik oleh perawat yang menjalankan peran dengan tidak baik dan 4.5% dilakukan baik oleh perawat yang menjalankan peran dengan baik. Penentuan hubungan peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan dilakukan dengan uji chi square dan didapatkan hasil p value $0.000 < (\alpha 0.05)$ sehingga H1 diterima artinya terdapat

hubungan antara peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan.

PEMBAHASAN

Gambaran Pelaksanaan Peran Perawat Pada Ruang *Triage* di IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Peran perawat utama pada ruang *triage* difokuskan pada 3 peran yaitu *care giver* sebesar 100 %, *leader* sebesar 30%, *manager* sebesar 30% dan komunikator sebesar 80 %. Data yang didapatkan dari observasi peran perawat sebesar 94% perawat menjalankan perannya dengan baik dan hanya sebesar 6% perawat yang menjalankan peran dengan tidak baik dikarenakan menjalankan peran kurang dari 50% penilaian peran perawat di ruang *triage*. Peran perawat *triage* sebagai *care giver* menduduki peringkat pertama didasarkan pada alur prosedur pemeriksaan wajib pada system pelayanan ruang *triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Pelaksanaan peran perawat yang berdasar prosedur rumah sakit juga sesuai dengan peran perawat *triage* yaitu segera melakukan intervensi dan prosedur organisasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dan petugas di unit gawat darurat (*College Emergency Nursing Australia, 2007*). Secara keseluruhan perawat yang menjalankan *care giver* yaitu sebagai pemberi asuhan fisik, psikososial, budaya dan spiritual (Barbara *et al*, 2010 & Potter and Perry, 2005).

Peringkat kedua pelaksanaan peran perawat berdasarkan hasil observasi pada perawat *triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang adalah peran komunikator. Dimana perawat mengidentifikasi masalah klien kemudian

mengkomunikasikan hal ini secara verbal atau tertulis kepada anggota lain dalam tim kesehatan (Barbara *et al*, 2010 & Potter and Perry, 2005). Peran perawat sebagai komunikator merupakan prosedur yang harus dilaksanakan oleh perawat ruang *triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang dimana komunikasi baik secara verbal maupun nonverbal dilakukan oleh perawat terutama pada saat serah terima pasien ke ruang kritis setelah penentuan prioritas kegawatdaruratan, sedangkan komunikasi secara tertulis dilakukan perawat melalui lembar dokumentasi baik pada ruang *triage* maupun pada lembar *triage* pasien. Pelaksanaan peran perawat dengan baik juga dipengaruhi tingkat pendidikan akademik perawat dimana pada ruang *triage* dari 13 perawat yang bertugas 15% berasal dari jenjang pendidikan S1 keperawatan dan sebesar 84% berasal dari jenjang pendidikan D3 keperawatan. Peran perawat sebagai *leader* dan *manager* dilaksanakan hanya pada sebagian kecil perawat. Minimnya pelaksanaan peran sebagai *leader* dan *manager* dipengaruhi minimnya jumlah perawat di ruang *triage* sehingga sebagian merawat melaksanakan peran mandiri dalam pelayanan pasien pada ruang *triage*. Pada pelaksanaan peran perawat sebagai *leader* dan *manager* dilakukan perawat *triage* berupa pendelegasian tindakan, melakukan monitoring tindakan delegasi dan mendokumentasikan monitoring

Gambaran Ketepatan Penentuan Prioritas Kegawatdaruratan Pasien di Ruang *Triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Hasil penelitian ketepatan penentuan prioritas kegawatdaruratan pada 200 pasien di ruang *triage* didapatkan hasil penelitian menunjukkan hampir seluruh penentuan prioritas kegawatdaruratan benar sejumlah 95.5% terdiri dari 31% P1, 49 % P2, 20% P3 dan hanya sebagian kecil terjadi kesalahan dalam penentuan prioritas kegawatdaruratan yaitu sejumlah 4.5%. yang terdiri dari 40 % P1 dan 60 % P2 . Kesalahan penentuan prioritas kegawatdaruratan terutama pada kasus –kasus prioritas 2 yang seharusnya masuk dalam kategori prioritas p1 terutama pada kasus-kasus cardiologi. Ketepatan penentuan prioritas dalam proses *triage* dipengaruhi pengalaman dan keahlian yang secara signifikan berkontribusi dalam pengambilan keputusan, bersama dengan adanya tugas, konflik, pengalaman perawat, pendidikan dan keahlian. Perawat pemula membutuhkan aturan spesifik untuk membuat keputusan , tetapi perawat ahli memiliki variasi pendekatan yang holistik (Zimmermann & Herr, 2006).

Penentuan prioritas kegawatdaruratan benar sejumlah 95.5% dimana secara teoritis dipengaruhi beberapa strategi pengambilan keputusan *triage* antara lain pertimbangan (*reasoning*), pola pengakuan (*pattern recognition*), hipotesis berulang (*repetitive hypothesizing*), representasi mental (*mental representation*), dan intuisi (*intuition*) (Mackway *et al.*, 2006). Pada aplikasi penentuan prioritas

kegawatdaruratan pada ruang *triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang tindakan mandiri perawat dikuatkan dengan proses validasi oleh dokter di ruang *triage*. Ketepatan penentuan prioritas kegawatdaruratan pada ruang *triage* juga dipengaruhi pengalaman klinis perawat dimana masa kerja perawat selama 5-10 tahun sejumlah 30.74 % dan 10-15 tahun sejumlah 53.84%. Konsep penentuan prioritas berdasarkan kriteria P1, P2 dan P3 secara umum telah dikuasai oleh perawat sedangkan ketidaktepatan pada penetapan prioritas banyak terjadi pada kasus kasus P2 yang seharusnya merupakan pasien-pasien P1 seperti kasus-kasus kardiologi dan respirasi. Pada bagian P1 alokasi penggunaan sarana masih diprioritaskan terutama untuk kasus-kasus trauma kritis. Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan pada rumah sakit tipe C di Malang didapatkan hasil bahwa penentuan *triage* di pengaruhi oleh pektihan yang di ikuti oleh petugas kesehatan di IGD sedangkan factor jumlah tenaga kesehatan dan jumlah pasien tidak mempengaruhi ketepatan penentuan prioritas kegawatadarurtan (Sova, 2016). Penelitian lain yang dilaksanakn pada IGD di rumah sakit Riau menunjukkan hasil terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan IGD terhadap tindakan *triage* berdasarkan prioritas (Yanti *et al*, 2014). Berdasarkan beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ketepatan penentuan *triage* oleh tenaga kesehatan di IGD sangat di pengaruhi kapasitas personal tiap tenaga kesehatan.

Hubungan Peran Perawat dengan Penentuan Prioritas Kegawatdaruratan di Ruang *Triage* IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Penentuan hubungan peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan dilakukan dengan uji chi square dan didapatkan hasil p value $0.000 < (\alpha 0.05)$ yang artinya terdapat hubungan antara peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan. Peran perawat pada ruang *triage* secara signifikan mempengaruhi ketepatan penentuan prioritas kegawatdaruratan. Penilaian klinis tentang perawatan pasien memerlukan pemikiran dan intuisi, dan keduanya harus didasarkan pada pengetahuan dan ketrampilan profesional (Mackway *et al*, 2006). Pada ruang *triage* di IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang penentuan prioritas kegawatdaruratan pasien dilakukan perawat yang telah memiliki pengalaman klinis cukup baik dimana rata-rata pengalaman klinik perawatan pada rentang 5-10 tahun dengan persentase jumlah perawat sebesar 30.74% dan untuk rentang masa kerja 10-15 tahun dengan persentase jumlah perawat sebesar 53.84%.

Pelaksanaan *triage* di IGD RSUD dr. Saiful Anwar Malang terutama untuk aspek penentuan prioritas kegawatdaruratan dilaksanakan oleh perawat pada ruang *triage* yang pada aplikasinya penetapan prioritas kegawatdaruratan juga dipengaruhi dengan perkembangan klinis pasien, dimana jika terjadi perkembangan klinis yang mengalami perburukan kondisi pada ruang kritis tingkat prioritas kegawatan pasien akan mengalami perubahan yang penentuannya di tetapkan oleh perawat pada ruang kritis. Hal ini

sejalan dengan salah satu strategi *triage* yaitu intuisi yang terkait erat dengan keahlian dan umumnya dianggap sebagai kemampuan praktisi untuk memecahkan masalah dengan data yang relatif sedikit (Zimmermann & Herr, 2006)

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara peran perawat dengan penentuan prioritas kegawatdaruratan pada ruang *triage* Insatalasi Gawat Darurat RSUD dr. Saiful Anwar Malang

SARAN

Penetapan prosedur pelayanan pada ruang *triage* secara spesifik yang sesuai dengan standar pelayanan baik secara lokal maupaun nasional harus di tetapkan pihak rumah sakit mengacu pada poin-poin penilaian kinerja klinis tenaga kesahatan yang di fokuskan pada mutu pelayanan dan keamanan pasien (*patient safety*).

DAFTAR PUSTAKA

- Andersson, A. K., Omberg, M & Svedlund, M. (2006). *Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions*. Journal Compilation, Vol. 11, No. 3, p. 136-145 .
- Australian College for Emergency Medicine.(2005). *Policy on the Australian Triage Scale*.[www.acem.org.au/P06 Aust Triage Scale](http://www.acem.org.au/P06_Aust_Triage_Scale). di akses 25 April 2013.

- Barbara, *et al.* (2010). *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- College Emergency Nursing Australia. (2007). *Emergency Departement Model Of Care*. NSW Ministy Of Healt.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2005). *Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Esensial Dasar*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Don liew, *et al.* (2003). *Emergency Departmen Length Of Stay Independency Predict Excees Inpatient Length Of Stay*. Medical Journal vol 179
- Elliot, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2007). *ACCN's Critical Care Nursing*. Australia: Elsevier.
- Fathoni, M., Sangchan, H., Praneed, S. (2010). *Triage Knowledge and Skills among Emergency Nurses in East Java Province, Indonesia*. Conference Abstracts. p: 153. www.sciencedirect.com
- Gertz, M. F And Bucknall, T. K. (2001). *Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment*.*Journal of Advanced Nursing*; 35: 550–561. August 2001.
- Gilboy, Nikki., *et al.* (2005). *Emergency Severity Index Handbook* .Keputusan Menti Kesehatan Republik Indonesia.(2009). *Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Huffman. (1994). *Waiting time and Length Of Stay Concept*. [www. Gov.on.ca](http://www.Gov.on.ca)
- Jayashree, M., & Singhi, S. (2011). *Initial Assessment and Triage in ER*. *Indian Journal Of Pediatrics*, 78(9), 1100-1108.
- Jus, Erwan. (2008). *Factor Influencing Length Of Stay In The Emergency Department In a Private Hospital In North Jakarta*. *Mediana* Vol 27 no.4.
- Mackway, J. K., Marsden, J., & Windle, J. (2006). *Emergency triage*. Manchester triage group 2nd ed. Blackwell publishing: USA
- Ministri Of Health.(2012). *Emergency Departmen Model Of Care*. Emergency Care Institute New South Wales.
- Oman, Kathleen., *et al.* (2008). *Panduan Belajar Keperawatan Emergency*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Oman, Kathleen., *et al.* (2008). *Panduan Belajar Keperawatan Emergency*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Potter dan perry. (2005). *Fundamental keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Sands, N. (2004). *Mental health triage nursing: An Australian perspective*. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11, 150–155.
- Sands, N. (2009).An Exploration of Clinical Decision Making in Mental Health Triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 4 (August): 298-308.
- Semonin, Holleran. (2008). *Caringfor the Patient in the Emergency Department*. www.bookdev.com. Di akses 7 April 2013.
- Sovi *et al.* (2016). Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Triage Di Ruang IGD Rumah Sakit

- Tipe C Malang. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan. Volume 12 No 3 Oktober 2016. ejournal.stikesmuhgombang.ac.id
- Subash F, *et al.* (2003). Team Triage Improve Emergency Departmen Efficiency. Emergency Journal 2004:21:542-544.
- Trisniati, Eni. (2012). Hubungan Pengetahuan Tentang Cidera Kepala dan Peran Perawat Dalam Penanganan Pasien Cidera Kepala Di IGD RS QADR Tangerang Tahun 2012. [Http/: Digilib. Esaunggul.ac.id](http://Digilib.Esaunggul.ac.id).
- Yanti *et al.* (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan IGD Terhadap Tindakan *Triage* Berdasarkan Prioritas. Jom.unri.ac.id
- Widodo, Panggah dan Pratiwi, Arum. (2008). Hubungan Beban Kerja Dengan Waktu Tanggap Perawat Gawat Darurat Menurut Persepsi Pasien di IGD RSU Pandan Arang Boyolali. Bentang Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697 Vol 1 no 3: 125-130.

