

TESIS

**EVALUASI PENERAPAN TRIASE BERDASARKAN
EMERGENCY SEVERITY INDEX DALAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN
IGD RUMAH SAKIT DI WILAYAH
KABUPATEN MAMUJU**



**HASNAH RAMLI
R012221020**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**EVALUASI PENERAPAN TRIASE BERDASARKAN
EMERGENCY SEVERITY INDEX DALAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN
IGD RUMAH SAKIT DI WILAYAH
KABUPATEN MAMUJU**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatam

Fakultas Keperawatan

Disusun dan di Ajukan oleh:

**Hasnah Ramli
R012221020**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

TESIS

**EVALUASI PENERAPAN TRIASE BERDASARKAN
EMERGENCY SEVERITY INDEX DALAM
PENINGKATAN MUTU PELAYANAN
IGD RUMAH SAKIT DI WILAYAH
KABUPATEN MAMUJU**

Disusun dan diajukan oleh

Hasnah Ramli
Nomor Pokok: R012221020

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 26 Juni 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

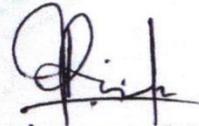
Komisi Penasihat,



Dr. Erfina, S.Kep Ns., M.Kep
NIP. 19830415 201012 2 006

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,

Saldy Yusuf, S.Kep Ns., MHS., Ph.D., ETN
NIP. 19781026 201807 3 001



Rini Rachmawaty, S.Kep Ns., MN., Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Hasnah Ramli
NIM : R012221020
Program Studi : S2 Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Evaluasi Penerapan Triase Berdasarkan Emergency Severity Index dalam Peningkatan Mutu Pelayanan IGD Rumah Sakit Di Wilayah Kabupaten Mamuju

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 26 Juni 2024
Yang Menyatakan



(Hasnah Ramli)

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Evaluasi Penerapan Triase Berdasarkan *Emergency Severity Index* Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan IGD Rumah Sakit Di Wilayah Kabupaten Mamuju”.

Proses penyusunan tesis ini telah melewati perjalanan Panjang dan banyak kendala yang dihadapi oleh penulis, namun dengan adanya petunjuk dan bimbingan dari pembimbing dan penguji. Motivasi dan dukungan yang didapatkan dari berbagai pihak, baik keluarga, dosen mata kuliah maupun rekan rekan mahasiswa sehingga tesis ini dapat diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si., Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN., Selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Erfina, S.Kep.,Ns., M.Kep., Selaku Pembimbing I atas kesabaran dan bimbingannya kepada penulis.
4. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kp., Ns.,MN.,PhD., Selaku Pembimbing II atas kesabaran dan bimbingannya kepada penulis.
5. Ibu dr. Hj. Marintani Erna Dochri, Selaku Direkur utama RSUD Provinsi Sulawesi Barat.
6. Ibu dr. Nexriana, M.Kes., Selaku Direktur RS Mitra Manakarra Mamuju.

7. Semua Pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di PSMIK Universitas Hasanuddin.

Akhir kata , penulis mengharapkan penyusunan tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan juga semoga allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian tesis ini.

Makassar, 8 Mei 2024
Penulis

Hasnah Ramli

ABSTRACT

HASNAH RAMLI. *Evaluation of Emergency Severity Index Triage Implementation to Improve Quality of Emergency Department Services at Mamuju Regency Hospital* (supervised by: Erfina and Rini Rachmawaty)

Triage is the sorting of patients that must be done quickly and accurately to ensure optimal emergency department (ED) services, thus enhancing service quality. This study aims to evaluate the implementation of triage based on the Emergency Severity Index (ESI) to improve the quality of ED services in Mamuju District Hospital. The research method employed quantitative techniques with a sample of 100 respondents selected through accidental sampling. Data collection was conducted using questionnaires and observation sheets. The show that evaluation results regarding input aspects, such as nursing resources, revealed a mismatch between patient needs and available resources, while the triage facilities at both hospitals met standards. Regarding ESI triage application, most patients were categorized as ESI 3, accounting for 82% of respondents. Patient identification and assessment were optimally executed, yet there were instances of overutilization, particularly in the ESI 4 and ESI 5 categories. Fifteen respondents were incorrectly categorized according to ESI standards. ESI 1, 3, 4, and 5 response times meet triage standards but they exceeded ESI 2 by 12 minutes. Patient satisfaction, evaluated across five dimensions, indicated that 92% of respondents were satisfied with the triage process. There was no significant relationship between ESI triage implementation outcomes, response times, and patient satisfaction, with a p-value higher than 0.05. In conclusion, triage implementation outcomes and response times did not significantly influence patient satisfaction. Therefore, it is recommended that hospitals increase the number and competence of nursing resources in the ED to ensure that patient placement and response times align with ESI triage standards, thereby optimizing triage implementation.

Keywords: Evaluation, ESI Triage, Patient Satisfaction, Emergency Department



ABSTRAK

HASNAH RAMLI. *Evaluasi Penerapan Triase Berdasarkan Emergency Severity Index dalam Peningkatan Mutu Pelayanan IGD di Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Mamuju* (dibimbing oleh Erfina dan Rini Rachmawaty).

Triase merupakan pemilahan pasien yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat agar bisa menghasilkan pelayanan di IGD dengan optimal, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan. Tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* dalam peningkatan mutu pelayanan IGD rumah sakit di Wilayah Kabupaten Mamuju. Penelitian ini menggunakan metode secara kuantitatif dengan sampel 100 responden yang dipilih dengan teknik *accidental sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Hasil evaluasi dari segi input berupa sumber daya perawat ditemukan belum sesuai dengan kebutuhan pasien, sedangkan sarana prasarana triase dari kedua rumah sakit sudah sesuai standar. Proses penerapan triase ESI didapatkan mayoritas pasien masuk kategori ESI 3 sebanyak 82 (82%) responden. Identifikasi dan asesmen pasien sudah terlaksana secara optimal, masih ditemukan pemanfaatan yang melebihi prediksi, yaitu terdapat pada kategori ESI 4 dan ESI 5. Ditemukan masih ada 15 responden yang ditempatkan tidak sesuai standar ESI. Respon time pada kategori ESI 1,3,4 dan 5 sudah sesuai standar waktu triase ESI, namun pada kategori ESI 2 respon timenya melebihi standar, yaitu 12 menit. Kepuasan pasien yang dievaluasi dari 5 dimensi didapatkan 92% responden puas dengan pelaksanaan triase. Hubungan yang tidak signifikan antara hasil penerapan triase ESI terhadap kepuasan pasien dengan *p-value* lebih tinggi dari 0,05. Disimpulkan bahwa hasil pelaksanaan triase tidak mempengaruhi kepuasan pasien.

Kata kunci: Evaluasi, Triase ESI, Kepuasan pasien, Instalasi Gawat Darurat



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK INGGRIS.....	vi
ABSTRAK INDONESIA	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Pernyataan Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Instalasi Gawat Darurat.....	11
B. Konsep Triase.....	18
C. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan	29
D. Kerangka Teori	46
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep Penelitian	47
B. Variabel Penelitian.....	47
C. Definisi Operasional	48
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	55

B. Tempat dan Waktu Penelitian	55
C. Populasi dan Sampel	56
D. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data.....	58
E. Teknik Analisa Data	63
F. Izin Etik Penelitian.....	64
G. Alur Penelitian	66
BAB V HASIL	
A. Karakteristik Responden	67
B. Evaluasi Sumber Daya Manusia Dan Sarana Prasarana Pelaksanaan Triase Diinstalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Wilayah Mamuju	69
C. Evaluasi Proses Penerapan Triase Berdasarkan Emergency Severity Index.....	70
BAB VI DISKUSI	
A. Diskusi hasil	75
B. Implikasi dalam Praktek Keperawatan.....	85
C. Keterbatasan Penelitian	85
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	86
B. Saran	86
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

1.1 Originalitas Penelitian.....	9
2.1 <i>Key performance</i> IGD Rumah sakit (Kemenkes RI., 2008).....	16
2.2 Standar waktu triase berdasarkan <i>Emergemcy Severity Index</i>	28
3.1 Defenisi Operasional.....	48
5.1 Karakteristik Responden Perawat.....	67
5.2 Karakteristik Responden Perawat.....	68
5.3 Hasil Evaluasi Input dalam proses triase ESI.....	69
5.4 Hasil Evaluasi kategori triase berdasarkan triase ESI	70
5.5 Hasil Evaluasi Identifikasi dan asesmen pasien pada proses triase ESI	71
5.6 Hasil Evaluasi Perkiraan dan pemanfaatan sumber daya pada proses triase ESI	72
5.7 Hasil Evaluasi Penempatan pasien pada proses triase ESI	73
5.8 Hasil Evaluasi Respon time pada proses triase ESI	74
5.9 Hasil Evaluasi kepuasan pasien pada pelaksanaan triase ESI	75
5.10 Hubungan hasil triase berdasarkan ESI dengan Kepuasan pasien.....	76

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar alur pelayanan IGD.....	17
2.2 Gambar kerangka teori penelitian.....	46
3.1 Gambar kerangka konsep penelitian.....	47
4.1. Gambar alur penelitian.....	66

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 : Surat persetujuan responden
- Lampiran 3 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 4 : Kusioner data demografi perawat
- Lampiran 5 : Lembar Observasi Input
- Lampiran 6 : Lembar Observasi Proses penerapan Triase
- Lampiran 7 : Kusioner kepuasan pasien
- Lampiran 8 : Hasil Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 9 : Tabel time schedule penelitian
- Lampiran 10 : izin etik, surat perijinan penelitian dan surat keterangan penelitian
- Lampiran 11 : Tabulasi data responden
- Lampiran 12 : Uji Statistik SPSS

DAFTAR SINGKATAN

ESI	: <i>Emergency Severity index</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
AVPU	: <i>Alert, Verbal, Painful, Unresponsive</i>
SPGDT	: System Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
RI	: Republik Indonesia
SK	: Surat Keputusan
SDM	: Sumber Daya Manusia
BHP	: Bahan Habis Pakai
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality Alert, Verbal, Painful, Unresponsive</i>
APK	: Asuhan Pelayanan Keperawatan
GCS	: <i>GlassGow Coma Scale</i>
KLL	: Kecelakaan lalu lintas
CATS	: <i>Canadian Aquired triase Scale</i>
MTS	: <i>Menchester Triase Scale</i>
ATS	: <i>Australian Triase Scale</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan garda terdepan dari sebuah rumah sakit, yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang mengalami sakit dan cedera serta mengancam kelangsungan hidup. Gawat darurat sebagai keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan jiwa dan pencegahan kecacatan (Kemenkes RI, 2018).

Rumah sakit dalam memberikan pelayanan harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang memiliki karakter aman, tepat waktu, efisien, efektif, berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi (Kepmenkes RI, 2022). Komitmen terhadap mutu pelayanan sebagai salah satu kegiatan yang dilakukan oleh rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien. Dalam manajemen keselamatan pasien, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur merupakan salah satu komponen yang penting (Mahfud, 2019). Cara meningkatkan indikator mutu pelayanan adalah dengan meningkatkan manajemen dari indikator mutu IGD, salah satunya meningkatkan tatalaksana IGD dengan cara pelaksanaan triase.

System Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) mengatur tentang pelayanan kegawatdaruratan yang memerlukan penanganan secara terpadu

dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan (Kemenkes RI, 2018). Perawat mempunyai tanggung jawab utama melakukan penilaian singkat atau triase, terfokus dan menetapkan level triase pasien di IGD, tetapi kenyataannya system triase di Indonesia belum terstandar secara nasional yang menyebabkan triase antara rumah sakit menjadi berbeda beda menurut Anderson dalam (Ainiyah et al., 2014). Menurut *College of Emergency Nursing Australia* (CENA) (2009), bahwa Triase merupakan tindakan mandiri keperawatan, dimana keputusan klinik dibuat oleh perawat triase yang memerlukan proses kognitif yang kompleks. Proses triase yang salah oleh perawat berdampak buruk pada pasien yang dirawat di IGD (Ebrahimi et al., 2016).

Fenomena yang terjadi di beberapa IGD merupakan kasus dengan kondisi gawat darurat yang mengancam jiwa, namun terkadang ada beberapa kasus pasien dengan kategori *false emergency*. Salah satu cara untuk mencegah terjadinya *false emergency* adalah melakukan triase. Triase yang dimaksud adalah perawat memilah pasien dengan cepat dan tepat sesuai prioritas masalah, bukan berdasarkan nomor antrian sehingga pasien benar benar dilayani berdasarkan kondisinya (Ainiyah et al., 2014).

Sistem triase yang umum digunakan di dunia termasuk Indonesia yang memiliki persentase tertinggi dalam hal penggunaannya dan banyak di adopsi adalah triase *Emergency Severity Index* (ESI) sebanyak 70 % berdasarkan literatur saat ini khususnya pada departemen gawat darurat di negara Amerika Serikat tempat dikembangkannya ESI. Literatur juga mengungkapkan bahwa keandalan algoritme ESI ini belum ditetapkan di luar Amerika Serikat (Duijster et al., 2020).

Resiko yang perlu diwaspadai dari penerapan triase ESI adalah terjadinya *undertriage* atau *overtriage* (Hinson et al., 2018). Study yang dilakukan Chaiyaporn (2016) di Thailand, Kejadian *overtriage* sebanyak 17,4% dan *undertriage* ditemukan sebanyak 42,4% dari 488 pasien. Study lain yang dilakukan oleh Parquee di Madrid (2019), dari 519 pasien yang berusia diatas 65 tahun terdapat 117 pasien yang mengalami *undertriage*. Sedangkan Study yang dilakukan pada 100.000 pasien di Brazil, terdapat 17% pasien memiliki hasil triase yang tidak akurat. Ini terjadi terutama pada pasien dengan hasil triase pada ESI level 3-5. *Overtriage* kebanyakan terjadi pada pasien dengan kategori ESI 3 sedangkan *undertriage* terutama terjadi pada pasien dengan kategori level ESI 4 dan 5 (Hinson et al., 2018).

Kejadian *false emergency* ditemukan sebanyak 54 % dan *true emergency* sebanyak 46 % di IGD RSUD Cibabat. Sehingga dilakukan penelitian kuantitatif dengan menggunakan *cross over quasi experimental* terkait kejadian *False emergency* yang dijabarkan dalam kategori *overtriage* pada triase ESI sebanyak 10,5% dan kejadian *undertriage* sebanyak 13,2% dari total pasien 76 pasien (Minggawati et al., 2018).

Kecepatan pelayanan atau waktu tanggap pelayanan yang merupakan salah satu indikator keberhasilan pelayanan gawat darurat, oleh karena itu dibutuhkan *response time* (waktu tanggap) yang tepat dan efisien sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan guna menurunkan angka kematian dan kecacatan. Waktu tanggap harus ditekankan agar dapat mempertahankan dan mewujudkan pelayanan sesuai standar (Mahmoodian e al., 2014).

Berbeda dengan hasil riset Ebrahimi (2016) di RSUP Kandou Manado mengatakan bahwa terdapat perbedaan waktu penanganan pasien sebelum dilakukan implementasi triase ESI yakni 14 menit 9 detik, dan setelah dilakukan triase ESI yaitu 11 menit, 9 detik hingga serah terima oleh dokter. Berdasarkan penelitian tersebut maka disimpulkan bahwa masih ditemukan waktu tanggap yang belum sesuai dengan standar (Ebrahimi et al., 2016).

Hasil penelitian Kurniasari (2016) mengatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara penetapan level ESI dengan kepuasan pasien, sehingga dalam proses penetapan ESI baik pasien dalam triase level ESI 1 atau ESI 2 maupun lainnya tidak ada kaitannya dengan pasien puas atau tidak puas dengan pelayanan tersebut. Sedangkan hasil penelitian lain menyatakan bahwa kepuasan pasien dapat di wujudkan dengan menurunkan waktu tanggap dengan penggunaan triase ESI (Maleki et al., 2015).

Berdasarkan studi awal peneliti, didapatkan bahwa dari sembilan rumah sakit yang ada di Provinsi Sulawesi Barat, terdapat dua rumah sakit yang sudah menerapkan triase berdasarkan ESI yaitu RSUD Provinsi Sulawesi Barat dan RS Mitra Manakarra Mamuju. Sedangkan di Provinsi Sulawesi Selatan dari duabelas rumah sakit yang disurvei, didapatkan baru satu rumah sakit yang melaksanakan triase ESI yaitu RS Primaya. RSUD Provinsi Sulawesi Barat diberlakukan pada akhir tahun 2019, Sedangkan di RS Mitra Manakarra Mamuju merepkan triase ESI pada pertengahan tahun 2022. Kedua rumah sakit ini belum pernah dilakukan evaluasi terkait pelaksanaan triase tersebut. Triase berdasarkan *Emergency Severity Index* (ESI) penerapannya masih tergolong baru karena sebelumnya triase yang

digunakan adalah triase klasik yang menggolongkan pasien berdasarkan kategori warna yang merupakan system triase yang diadopsi dari system triase bencana.

Studi lain yang dilakukan oleh peneliti terkait Standar indikator pelayanan gawat darurat yang tertuang dalam surat keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor :129/Menkes/SK/II/2008 yaitu standar pelayanan minimal rumah sakit. didapatkan data laporan indikator mutu di IGD RSUD Provinsi Sulawesi Barat, dari total kunjungan pasien ditahun 2022 sebanyak 5.515 pasien. waktu tanggap pelayanan dokter < 5 menit: 95 %, kepuasan pelanggan: 70 %, maka disimpulkan bahwa masih ada 5 % yang belum terlayani sesuai standar SPM pada indikator waktu tanggap dan masih ada 20% pemberi pelayanan yang tidak bersertifikat serta kepuasan pelanggan sudah mencapai standar, akan tetapi masih sering terjadi komplain dari pasien dan keluarga terkait pelayanan di IGD.

Berdasarkan uraian diatas, maka perlu dilakukan “evaluasi penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* dalam peningkatan mutu pelayanan IGD rumah sakit di Wilayah Kabupaten Mamuju”.

B. Rumusan Masalah

Sehubungan dengan meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan beberapa tahun terakhir, maka terkadang ruangan IGD menjadi penuh dan sesak akibat banyaknya kunjungan yang dapat menimbulkan masalah. Adapun beberapa masalah yang dapat ditimbulkan adalah kelelahan staf, waktu tunggu yang lama, ancaman keselamatan pasien dan kurangnya privasi yang memadai. Oleh karena itu diperlu dilakukan system yang dinamis untuk mengevaluasi dan mengalokasikan prioritas pasien yang disebut dengan triase (Seyedhosseini-

Davarani et al., 2018). Uraian tersebut mengindikasikan bahwa pentingnya untuk terus memperbaiki dan memantau proses triase guna mengoptimalkan pelayanan gawat darurat (Mirhaghi et al., 2015). Maka pertanyaan penelitian yaitu bagaimana penerapan triase dalam peningkatan mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat rumah sakit di Wilayah Kabupaten Mamuju?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya hasil evaluasi penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* dalam peningkatan mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit di Wilayah Kabupaten Mamuju.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya hasil evaluasi input: sumber daya manusia dan sarana prasarana pada penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* di rumah sakit Wilayah Kabupaten Mamuju.
- b. Diketuainya hasil pelaksanaan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* di rumah sakit Wilayah Kabupaten Mamuju.
- c. Diketuainya kepuasan pasien terhadap penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* di rumah sakit Wilayah Kabupaten Mamuju.
- d. Diketuainya hubungan antara hasil triase dengan kepuasan pasien pada penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* di rumah sakit Wilayah Kabupaten Mamuju.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada area peminatan gawat darurat serta sebagai bahan evaluasi bagi pihak manajemen rumah sakit untuk mengetahui manajemen dan pelayanan IGD khususnya triase.

2. Manfaat praktisi

Dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan khususnya diruangan IGD, dan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk melakukan perbaikan dan penyempurnaan system dan kebijakan selanjutnya.

E. Pernyataan Originalitas Penelitian

Sebagian rumah sakit di Indonesia masih menggunakan triase klasik yang diadopsi dari triase bencana. Tetapi dengan berkembangnya ilmu pengetahuan melalui beberapa hasil penelitian sudah banyak rumah sakit sudah beralih menggunakan triase modern sebagai persiapan akreditasi versi baru, rumah sakit memperbaiki system triase di IGD. Kepadatan pasien IGD di Amerika Serikat sudah dianggap sebagai krisis nasional, sehingga proses triase dirasa sebagai kebutuhan dan bukan sekedar pemenuhan standar oleh karena itu triase ESI dikembangkan di Amerika Serikat dengan menggolongkan pasien dalam ESI 1 sampai ESI 5 sesuai pada kondisi pasien dan sumber daya rumah sakit (Oredsson et al., 2011).

Penelitian terkait pelaksanaan triase *Emergency Severity Index* diantaranya adalah validitas triase ESI berdasarkan bukti telah dilakukan dengan metode studi deskriptif observasional dan crosssectional menunjukkan adanya korelasi antara ESI dengan SDM mengenai lama rawat (Ruipérez et al., 2015), Penelitian yang serupa

dilakukan oleh Cairos (2019) tentang validitas dan reabilitas terhadap ESI di RS Spanyol dengan menggunakan metode *experimental* dan menggunakan uji indeks kappa Kc2 dan hasilnya menunjukkan bahwa implementasi triase berdasarkan ESI cocok untuk digunakan di IGD.

Triase ESI sebagai alat yang valid dan andal untuk dilayanan IGD khususnya dinegara berkembang merupakan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mirhagi (2015) untuk mengetahui dampak penerapan ESI dengan metode studi prospektif. Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Abedi (2020) dengan menguji perbandingan antara ESI dan stroke triase system (STS) dengan metode study prospektif, menunjukkan bahwa ada tingkat diagnosis yang tidak signifikan pada penentuan kasus.

Penelitian tentang efektifitas system triase ESI lima tingkat dan ESI tiga tingkat di Iran dengan metode *quasi experimental* ternyata lebih cocok dibandingkan daripada system tiga tingkat karena dapat membantu manajer rumah sakit yang memiliki SDM terbatas (Maleki et al., 2015). Sedangkan pada penelitian ini difokuskan pada evaluasi penerapan triase berdasarkan *Emergency Severity Index* yang ditinjau dari sisi input, proses dan ouput dengan menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dalam peningkatan mutu layanan IGD rumah sakit di wilayah Kabupaten Mamuju sekaligus menjadi originilitas penelitian.

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Penulis/thn	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Kesimpulan	Perbedaan dan persamaan
1	(Cairós-Ventura et al., 2019)	Validitas dan reabilitas terhadap ESI RS Spanyol	Untuk memperbaiki system ESI	Experimental, Indeks kappa kc2	Analisis keandalan menunjukkan $Kc2=0,94$ (0,84-0,99) hasil yang sangat baik sesuai dengan kriteria landis-Kosh.	Validitas dan reabilitas yang memadai dalam adaptasi dan implementasi triase, Esi cocok untuk spesipik layanan gawat darurat.	a. Persamaan : 1) Pengambilan sampel di IGD 2) Analisis kuantitatif b. Perbedaan : 1) Penelitian sebelumnya menggunakan metode experiment dan menilai validitas dan reabilitas sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kuantitatif 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel hanya perawat.sedangkan pada penelitian ini menggunakan perawat dan pasien
2	(Mirhaghi et al., 2015)	Hasil untuk Tingkat Keparahan Darurat Implementasi Triase Indeks dalam Departemen darurat.	Untuk mengetahui dampak dari ESI di IGD	Studi Prospektif, Unweighed kappa dengan tes chi-square dan statistic kappa	Pasien berisiko tinggi banyak ditemukan setelah implementasi ESI yaitu (P,0,05) Hasil (K= 0,45 / 71 %) pada perawat dan (k=0,81/85%) untuk dokter	Esi sebagai alat yang valid dan andal untuk layanan di IGD. Tetapi tidak menungkapkan hasil yang optimal dinegara ber kembang : negara maju.	a. Persamaan : 1) Pengambilan sampel di IGD 2) Analisis kuantitatif b. Perbedaan : 1) Penelitian sebelumnya menggunakan studi proporsional dengan menggunakan uji <i>Chi square</i> statistic kappa sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kuantitatif 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel hanya pasien.
3	(Abedi et al., 2020)	Perbandingan antara skala triase	Untuk mengetahui hui	Study prospektif, Uji	Keandalan skala Keandalan ESI dikonfirmasi	Penelitian telah menunjukkan bahwa ada tingkat	a. Persamaan : 1) Pengambilan sampel di IGD

		stroke dan Indeks keparahan darurat dengan triase pasien dengan Keluhan neurologis	perbandi ngan triase ESI dan STS	klinis acak prospektif untuk mengevaluasi antara STS dan ESI	bersamaan dengan perjanjian dan koefisien Kappa sebesar 85% dan 0,80, masing-masing. Keandalan STS sama dengan 0,90	diagnosis palsu yang signifikan pada kasus yang dicurigai	2) Analisis kuantitatif komparatif ESI dan STS b. Perbedaan : 1) Penelitian sebelumnya menggunakan studi prospektif dengan uji klinis acak prospektif sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kuantitatif 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel hanya pasien.
4	(Maleki et al., 2015)	Efektifitas sistem triase ESI lima tingkat dibandingkan dengan pemeriksaan langsung tiga tingkat di Iran	Untuk menilai efektivitas triase ESI 5 tingkat dibandingkan yang 3 tingkat di Iran	Quasi eksperimen dilakukan untuk mensurvey triase ESI 5 tingkat dan triase 3 tingkat	Peningkatan waktu rata rata dari 6,46 menjadi 8,92 menit dari kedatangan pasien sampai kunjungan dokter (P < 0,001) dan Peningkatan waktu rata rata dari kunjungan dokter sampai diberikan asuhan keperawatan	Sistem triase ESI 5 tingkat dibandingkan dengan triase 3 tingkat. ESI membantu manajer rumah sakit karena dihadapkan pada sumber daya yang terbatas	a. Persamaan : 1) Pengambilan sampel di IGD b. Perbedaan : 1) Penelitian sebelumnya menggunakan studi kuasi experimental dengan cara mensurvey sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kuantitatif 2) Penelitian sebelumnya menggunakan sampel menggunakan rekam medis pasien
5	(Ruipérez et al., 2015)	Validitas triase ESI berdasarkan bukti	Untuk mengetahui apakah ESI valid untuk triase	Studi deskriptif observasional dan Crosssectional	Esi sangat berkorelasi dengan sumber daya. Mengenai waktu pasien kategori ESI 1 dan 2 rawat inapnya lebih lama dibandingkan ESI 4 dan 5	Lama rawat inap berkorelasi dengan hasil triase ESI.	a. Persamaan : 1) Pengambilan sampel di IGD 2) Menggunakan sampel yang sama yaitu perawat, pasien dan rekam medik b. Perbedaan : 1) Penelitian sebelumnya menggunakan uji <i>crosssectional descriptif study</i> sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kuantitatif

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidup. Kementerian kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai standar IGD rumah sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No 856/Menkes/SK/IX/2009 dan diperbaharui dengan terbitnya PMK RI No 47 Tahun 2018 tentang standar pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Untuk meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen pemerintah daerah untuk membantu pemerintah pusat dengan ikut mensosialisasikan kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawat daruratan dan *lifesaving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan 5 menit setelah pasien sampai di IGD (Kemenkes RI, 2018).

Instalasi Gawat Darurat juga merupakan salah satu unit pelayanan penting dalam sebuah rumah sakit, dimana pasien pasien yang dilayani di unit tersebut sangat beragam mulai dari kasus ringan, sedang dan berat, dari usia bayi sampai dewasa tua. IGD saat ini seolah olah menjadi pintu masuk utama kerumah sakit, karena jumlah admisi dari IGD tidak dapat direncanakan

dengan tepat, kerap terjadi sumber daya yang tersedia dihadapkan dengan kondisi pasien yang banyak masuk di IGD (Seyedhosseini-Davarani et al., 2018).

Fungsi dibentuknya IGD adalah untuk memberikan pelayanan atau pertolongan pertama atau sementara sampai keluhan atau kondisi pasien stabil dan jika kondisi pasien sudah stabil, maka pasien bisa saja dipulangkan atau dirujuk secara internal atau eksternal untuk tindakan lebih lanjut. IGD tidak mampu menampung atau berfungsi sebagai rawat inap karena kondisi ruangan yang tidak memungkinkan dan pergantian pasien yang satu dengan yang berikutnya sangat singkat (RSUD Prov Sulawesi Barat, 2019).

Gawat darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk menyelamatkan jiwa atau nyawa dan merupakan pencegahan kecacatan dan mengurangi angka kematian. Pelayanan kegawat daruratan merupakan tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan, baik promotive, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah pusat, daerah dan masyarakat (Kemenkes RI, 2018).

2. Tujuan Instalasi Gawat Darurat

Tujuan dari pelayanan gawat darurat adalah untuk memberikan pertolongan pertama pada pasien yang datang berkunjung ke IGD untuk mengurangi resiko terjadinya kematian, menanggulangi korban kecelakaan lalulintas atau bencana lain yang membutuhkan tindakan. Untuk mencapai

suatu pelayanan kesehatan yang optimal terhadap pasien dibutuhkan penanganan tingkat kegawat daruratan secara cepat, tepat serta terpadu untuk mencegah terjadinya resiko kecacatan dan kematian. Pelayanan di IGD pada pasien yang datang akan langsung dilakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan prioritasnya atau hasil triase, bagi pasien yang tergolong *emergency* akan langsung diberi tindakan untuk meyelamatkan jiwa pasien (Kemenkes RI, 2009).

3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan IGD rumah sakit merupakan salah satu unit pelayanan yang dalam bentuk intrafasilitas pelayanan kesehatan menyediakan pelayanan kegawat daruratan. Pelayanan kegawat daruratan yang termasuk pelayanan intrafasilitas atau rumah sakit dapat dikategorikan berdasarkan atas kemampuan pelayanan yang harus memiliki yaitu sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat, bahan medis dan alat kesehatan. Pelayanan kegawat daruratan harus memenuhi kriteria kegawat daruratan. Adapun kriteria yang dimaksud adalah: (Kemenkes RI, 2018).

- a. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/ lingkungan
- b. Adanya gangguan pada jalan napas, pernapasan dan sirkulasi
- c. Adanya gangguan hemodinamik
- d. Memerlukan tindakan segera.

Ada beberapa kegiatan di IGD rumah sakit yang menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kegawat daruratan yang bertujuan untuk menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan mencegah terjadinya kecacatan.
- b. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjut/ defenitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- c. Merujuk kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan pelayanan lanjut. IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi / unit lainnya didalam rumah sakit.

Adapun jenis sumber daya dalam penyelenggarann pelayanan IGD rumah sakit dalam (Permenkes RI No. 47 tahun 2018):

- a. Dokter atau dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori pelayanan
- b. Dokter/ dokter gigi sebagai penanggung jawab pelayanan kegawat daruratan ditetapkan oleh kepala / direktur rumah sakit.
- c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawat daruratan.
- d. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan mampu melakukan tehnik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*)
- e. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*Disaster Plan*)
- f. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga diIGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

g. Untuk Sarana dan prasarana, obat dan bahan medis habis pakai dan alat kesehatan harus dipenuhi dengan berdasarkan pada standar masing masing jenis fasilitas kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan (Kemenkes RI, 2018).

4. Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat

Standar pelayanan minimal merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh bagi warga secara minimal, SPM ini juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat. Standar pelayanan minimal rumah sakit dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit. Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam proses akreditasi rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu pada standar IGD rumah sakit dalam Kepmenkes RI No 47 tahun 2018 yang mencakup prinsip umum dalam pelayanan IGD, klasifikasi kelas rumah sakit, target pencapaian standar, sumber daya dan fasilitas. Keputusan Menteri Kesehatan No 129 /Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit.

Pada pelayanan kegawat daruratan yang merupakan hak asasi sekaligus menjadi kewajiban yang harus diberikan perhatian penting oleh setiap petugas

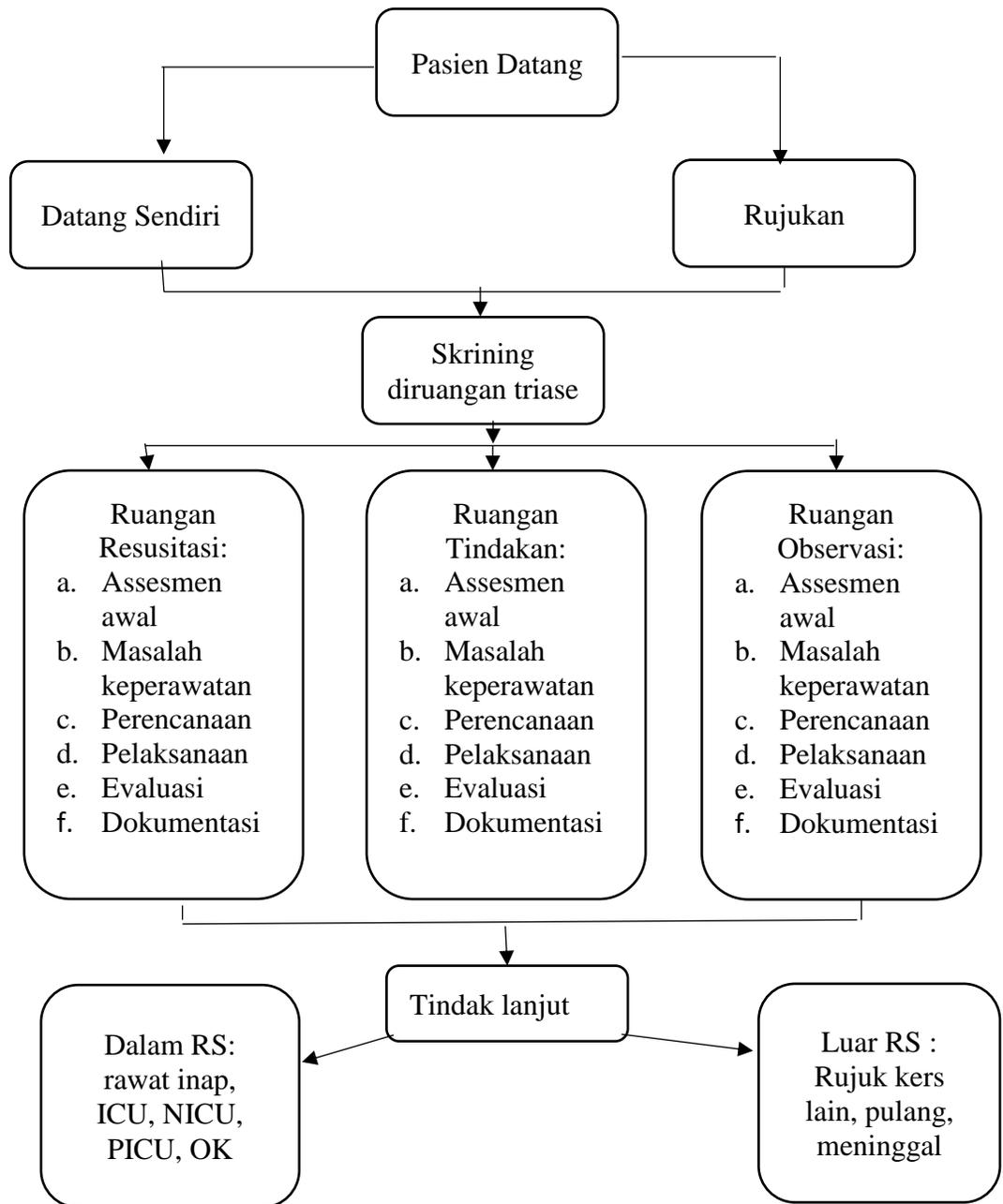
kesehatan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang berkunjung ke IGD memerlukan standar dan kompetensi serta kemampuan untuk memberikan pelayanan, sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan respon time yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan peningkatan sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kemenkes RI, 2018).

Standar pelayanan minimal rumah sakit ini dimaksudkan agar digunakan sebagai pedoman bagi semua rumah sakit dalam menjamin mutu pelaksanaan pelayanan kesehatan. Setiap rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat yang merupakan tanggung jawab sepenuhnya oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2008)

Tabel 2.1 *Key Performance indicator* IGD Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2008).

No	Indikator pelayanan IGD	Standar
1	Kemampuan melayani <i>live saving</i> anak dan dewasa	100 %
2	Jam buka pelayanan IGD 24 jam	24 jam
3	Pemberi pelayanan IGD bersertifikat dan masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim
5	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	< 5 menit
6	Kepuasan pelanggan	>70%
7	Kematian kurang dari 24 jam	<2/1000
8	Khusus Rs jiwa, dapat menengkan pasien < 48 jam	100 %
9	Tidak adanya pasien yang diharuskan bayar uang muka	

5. Alur Pelayanan IGD



Gambar 2. 1 Alur layanan IGD (Kepmenkes RI, 2022).

B. Konsep Triase

1. Defenisi

Triase berasal dari bahasa Perancis yaitu *trier* dan bahasa Inggris yaitu *triage*, diturunkan dalam bahasa Indonesia yaitu triase yang berarti sortir. istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap orang yang memerlukan perawatan di Instalasi Gawat Darurat (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Dari pengertian tersebut maka triase dapat disimpulkan sebagai upaya untuk mengelompokkan pasien secara cepat dengan memperhatikan gejala berupa cedera yang dialami pasien dan peluang hidup pasien melalui waktu intervensi medis yang cepat. Oleh karena itu perlu ditekankan bahwa triase bukanlah suatu proses untuk mendiagnosis pasien tetapi lebih mengarah kepada suatu proses *screening* keadaan pasien. Tindakan triase dilakukan berdasarkan pada prioritas ABCD (*Airway, Breating, Circulation, Disability, Enviroment*) (Kemenkes RI, 2018).

Rumah sakit harus dapat melaksanakan triase, survey primer, survey sekunder, tatalaksana defenitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, maka rumah sakit menjadi bagian dari system penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) dapat melaksanakan evakuasi tersebut. Setiap rumah sakit harus

memiliki standar triase yang ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit (Kepmenkes RI, 2022).

Pedoman triase IGD yang mendefinisikan bahwa triase sebagai usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada (RSUD Prov Sulawesi Barat, 2019). Adapun triase yang di adopsi di RSUD Provinsi Sulawesi Barat dan RS Mitra Manakarra Mamuju adalah tiase berdasarkan *Emergency Severity Index* (ESI). Di Rs Mitra manakarra termuat dalam Surat keputusan direktur dengan nomor 01/531/VII/2022/RSMM sedangkan RSUD Provinsi Sulawesi Barat termuat dalam surat keputusan direktur nomor 2145.

Untuk mendukung proses kelancaran dalam operasional IGD, maka sebuah system pemilahan pasien yang disebut triase sangat dibutuhkan agar pasien dapat tertangani sesuai dengan tingkat prioritas masalah dan urgensinya. Triase yang bertujuan untuk meningkatkan mutu tindakan kegawat daruratan dengan triase yang tepat, tindakan yang tepat, di saat yang tepat pada penderita gawat darurat agar dapat tertolong dan terselamatkan, dan didasarkan pada kondisi pasien bukan berdasarkan urutan pendaftaran. Triase dilakukan oleh seorang dokter atau perawat IGD yang telah dilatih untuk menyeleksi pasien sesuai dengan prioritas kegawatdaruratannya. Sumber daya manusia disini utamanya dokter dan perawat harus menguasai atau kompeten terhadap system triase yang digunakan sebelum bertugas di IGD (Danang et al., 2020).

Adapun prinsip dan tujuan triase yang tertuang dalam panduan triase pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 47 tahun 2019 Adalah:

a. Prinsip triase

Keputusan atau penetapan triase dapat diambil dengan berdasarkan pada keluhan utama, riwayat medis dan data objektif yang mencakup keadaan umum pasien serta hasil pengkajian fisik yang berfokus pada pemeriksaan. Prinsip triase memberlakukan system prioritas, prioritas dimaksud disini adalah penentuan atau penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan pada:

- 1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
- 2) Dapat meninggal dalam hitungan jam
- 3) Keparahan trauma
- 4) Sudah meninggal

b. Tujuan triase

- 1) Mengidentifikasi pasien yang memerlukan penangan segera
- 2) Menentukan area penanganan yang tepat
- 3) Memperlancar alur pasien

2. Triase berdasarkan *Emergency Severity Index* (ESI)

Triase terbagi atas 2 yaitu triase bencana dan triase rumah sakit. Triase bencana yang sering digunakan adalah triase konvensional atau sering dikenal dengan triase klasik atau SMART, sedangkan triase rumah sakit terbagi atas beberapa jenis sistem triase modern yang banyak diadopsi di Indonesia yaitu:

Emergency Severity Index (ESI), *Manchester Triage Scale (MTS)*, *Australia Triage Scale (ATS)* dan *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Triase ESI merupakan triase yang banyak diadopsi di didunia termasuk Indonesia dengan alasan bahwa triase ESI karena perawat dibimbing untuk menetapkan prioritas tanpa menunggu keputusan dokter, triase ESI menggunakan pengukuran nyeri menggunakan skala VAS 1-10 dan juga pengukuran tanda tanda vital yang digunakan secara umum digunakan di indonesia (Habib et al., 2016).

a. Defenisi Triase berdasarkan *Emergency Secverity Index (ESI)*

Emergency Secverity Index (ESI) atau indeks keparahan darurat adalah algoritma triase dengan lima prioritas yang dikategorikan pasien gawat darurat oleh perawat dengan mengevaluasi keparahan pasien dan kebutuhan sumber daya. Pada system triase ESI perawat triase hanya menilai tingkat keparahan. Jika pasien tidak dalam kriteria tingkat keparahan tergolong level 1 sampai level 5, ESI banyak diterapkan di Asia, Australia dan Erofa, termasuk rumah sakit di Indonesia (Gilboy et al., 2020).

Triase berdasarkan *Emergency Severity Index (ESI)* merupakan instrument yang andal dan valid untuk Instalasi Gawat Darurat (IGD). Triase ESI mengkategorisasai pasien berdasarkan urgensi dan prognosis pada kasus pasien dan menggolongkan pasien sesuai dengan level ESInya. *Emergency Severity Index* adalah algoritme triase gawat darurat lima tingkat yang awalnya dikembangkan pada tahun 1999 oleh *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Triase ESI didasarkan pada

kondisi klinis pasien dan jumlah sumber daya kesehatan baik berupa pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi dan lainnya ataupun tindakan medis yang dibutuhkan. Skala ESI pasien di klasifikasikan dan diprioritaskan berdasarkan tingkat keparahannya atau kasus penyakitnya dengan tetap mempertimbangkan sumber daya yang dibutuhkan untuk perawatannya (Habib et al., 2016).

Sistem triase ESI ini dikembangkan di negara Amerika Serikat dan Kanada oleh perhimpunan perawat *emergency*. *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia dan rumah sakit di Indonesia. Maka dari itu skala triase dengan memberikan label merah, kuning, hijau dan hitam sudah mulai ditinggalkan, dan sesuai dengan perkembangan zaman system triase sudah bergeser dengan skala triase I, skala triase II, skala triase III, skala triase IV, skala triase V yang dikenal juga dengan nama *Emergency Severity index* (ESI) (Habib et al., 2016).

Ada tiga alasan mengapa triase *Emergency Severity Index* lebih cocok diterapkan di IGD Indonesia adalah pertama perawat triase dipandu untuk melihat kondisi dan keparahan tanpa harus menunggu intervensi dokter. Kedua, seperti penggunaan pertimbangan pemakaian sumber daya memungkinkan IGD mampu memperkirakan pemakaian sumber daya. Ketiga, system triase ESI menggunakan skala nyeri 1-10 dan pengukuran tanda tanda vital yang secara umum digunakan di indonesia (Datusananaty, 2016).

b. Kriteria prioritas pasien

Pasien yang di triase berdasarkan *Emergency Severity Index* ini memiliki 5 skala prioritas (Habib, et al., 2016). yaitu:

1) Prioritas 1 / ESI 1 (Resusitasi): Prioritas 1 adalah untuk pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa sehingga perlu tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Pasien membutuhkan tindakan penyelamatan nyawa segera tanpa penundaan pada pasien yang tidak responship sampai prioritas tertinggi. Parameter prioritas 1 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD dan tidak memprhitungkan jumlah sumber daya dan pasien ditempatkan pada ruangan resusitasi. Contoh pada pasien dengan kasus:

- a) Henti napas (*apneu*) dan henti jantung (*cardiac arrest*)
- b) *Distres* pernapasan berat
- c) Sumbatan jalan napas
- d) SpO₂ < 50%, RR < 10x / menit, CRT > 2 detik
- e) Sianosis, TD sitolik < 60 mmHg
- f) GCS 3-8, Pupil midriasis, pupil miosis
- g) Overdosis dengan laju pernapasan ≤ 6 x/menit
- h) Luka bakar pada daerah vital
- i) Luka bakar > 30% dari luas tubuh
- j) Suhu < 30 C pada neonates
- k) Kejang pada ibu hamil

- l) Bradikardi berat atau takikardia serta hipotensi yang disertai adanya tanda hipoperfusi.
 - m) Pasien trauma yang membutuhkan resusitasi kristaloid dan koloid segera.
 - n) Nyeri dada, pucat, diaphoresis, tekanan darah ≤ 70 / palpasi
 - o) Bradikardia dengan denyut nadi dibawa 30 x/menit
 - p) Syok anafilaktif
- 2) Prioritas 2 / ESI 2 (Emergensi): Prioritas 2 adalah untuk pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Pada level ini, pasien masih tergolong resiko tinggi dan penanganan harus dilakukan segera. Sementara itu ESI tidak membatasi secara spesifik interval waktu yang diperlukan. Paramete prioritas 2 adalah pasien pasien dengan hemodinamik atau ABC stabil disertai penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Pasien yang memiliki faktor resiko tinggi yang mengalami kecacatan atau kematian dan memiliki tanda tanda kritis dari suatu penyakit. Pada ESI 2 ini tidak memperkirakan jumlah dan penempatannya diruangan resusitasi atau tindakan khususnya pada kasus bedah. Contohnya pada pasien dengan kasus:
- a) Pasien mengalami nyeri skala ≥ 7

- b) Pasien dengan nyeri dada yang mengarah pada dugaan sindrom coroner akut tetapi kondisinya stabil
 - c) Agitasi, GCS 9-12
 - d) Amnesia *retrograde*
 - e) KLL dengan riwayat pingsan
 - f) Perdarahan aktif.
 - g) Kejang demam pada anak dengan riwayat kejang demam
 - h) Muntah proyektil
 - i) Trismus
 - j) Kejang, Nyeri dada yang khas
 - k) Suhu ≥ 38 C pada anak usia 1-3 bulan dan suhu ≥ 39 pada usia diatas 3 bulan
 - l) Pasien stroke yang tidak memenuhi kriteria ESI level 1
 - m) Pasien yang mengalami kehamilan ektopik dengan kondisi hemodinamik yang stabil
 - n) Pasien imunokompromais yang datang dengan demam
 - o) Pasien imunokompromais yang datang dengan demam
 - p) Pasien dengan tendensi bunuh diri
- 3) Prioritas 3/ ESI 3 (Urgensi): prioritas 3 adalah untuk pasien yang perlu dievaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Pasien pada prioritas ini memerlukan dua atau lebih sumber daya dan fasilitas IGD. Pasien dalam keadaan stabil namun memerlukan berbagai pemeriksaan lebih lanjut untuk mendapatkan penanganan yang tepat

seperti membutuhkan pemeriksaan laboratorium, X-Ray, USG dan lain sebagainya. Pada category ESI 3, jumlah perkiraan sumber daya lebih dari 1 sumberdaya. Contohnya pada pasien dengan kasus: nyeri perut, batuk dan demam.

- 4) Prioritas 4 / ESI 4 (Kurang Urgensi): Prioritas 4 adalah untuk pasien yang memerlukan satu sumber daya dan ditempatkan diruangan observasi. Pasien ini hanya perlu pemeriksaan dan anamnesis saja. Pengobatan pada pasien ini hanya pasien dengan prioritas 4 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Pasien dengan kondisi stabil yang membutuhkan hanya satu jenis sumber daya atau pemeriksaan atau tindakan, misalnya pasien hanya memerlukan pemeriksaan laboratorium saja. X-ray saja, atau hanya membutuhkan jahitan saja. Contohnya pada pasien dengan kasus: luka tunggal yang memerlukan jahitan kulit.
- 5) Prioritas 5 / ESI 5 (Tidak urgensi): prioritas 5 adalah untuk pasien yang tidak memerlukan sumber daya dan berada pada ruangan observasi. Pasien ini hanya perlu pemeriksaan fisik dan anamnesis saja. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya pasien stabil yang tidak memerlukan pemeriksaan penunjang. Pasien hanya memerlukan obat oral atau obat oles saja. Contohnya pada pasien dengan kasus: gatal gatal dikulit, kemerahan dikulit atau mengalami alergi ringan.

Penilaian tingkat kesadaran pasien untuk penentuan apakah pasien membutuhkan intervensi penyelamatan jiwa segera dilakukan dengan menggunakan system *Alert, Verbal, Painful, Unresponsive* (AVPU):

- 1) *Alert* (A): Pasien sadar penuh dan merespon terhadap suara, mengetahui tempat dan waktu serta bisa mengenali orang.
- 2) *Verbal* (V): Pasien memberikan respon terhadap rangsangan verbal dengan membuka mata tetapi tidak bisa mengetahui tempat, waktu serta tidak mampu mengenali orang.
- 3) *Painful* (P): Pasien hanya menunjukkan respon hanya ketika diberikan rangsangan nyeri , misalnya dengan memencet jari tangan pasien atau melakukan *sternal rub*.
- 4) *Unresponsive* (U): Pasien tidak menunjukkan respon sama sekali.

Untuk jumlah sumber daya itu perlu dihitung dalam pelayanan pasien untuk penanganan standar dan pengalaman dalam menangani kondisi yang serupa, bukan berdasarkan tipe dan lokasi rumah sakit atau siapa tenaga kesehatan yang sedang bertugas. Jumlah sumber daya akan berlaku universal di IGD manapun. Menggunakan tanda vital menggunakan tanda vital pasien sebagai bahan pertimbangan untuk menaikkan level ESI pasien. Walaupun demikian tidak semua tanda vital yang abnormal akan dinaikkan level ESInya. Pertimbangan klinis perkasus tetap diperlukan untuk menentukan hal tersebut (Gilboy et al., 2020).

Sebagai contoh seorang lansia pria umur 60 tahun, dengan kasus hipertensi yang datang ke IGD dengan keluhan nyeri kepala dan tekanan

darah 150/92 mmHg. Pria ini datang ke IGD karena kehabisan obat anti hipertensi sehingga sudah dua hari pasien ini lupa minum obat. Tentunya kasus ini tidak perlu dinaikkan level ESInya dari ESI 3 ke ESI 2 karena kondisi pasien dalam keadaan stabil. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan dan pemberian obat saja. faktor sumber daya manusia yang dianggap lebih bagus dalam menerapkan system triase dinegara maju dibandingkan negara berkembang (Gilboy et al., 2020).

Risiko Penggunaan triase *Emergency severity index* untuk triase IGD. Salah satu resiko utama yang perlu diwaspadai dari penggunaan sistem triase adalah resiko *undertriage* atau *overtriage*. Pada system *Emergency Severity Index*, titik keputusan ESI 2 merupakan titik penting yang dapat menyebabkan terjadinya *under/overtriage* ini (Hinson et al., 2018).

c. Standar waktu *respon time* triase ESI

Tabel 2.2 Standar respon time triase ESI (Habib, et al., 2016)

Kategori triase ESI	Waktu tunggu maximal sampai mendapat terapi
ESI 1	Harus segera ditangani < 5 menit
ESI 2	≤ 10 menit
ESI 3	≤ 30 menit
ESI 4	≤ 60 menit
ESI 5	≤ 120 menit

3. Faktor faktor yang mempengaruhi triase

Faktor faktor yang mempengaruhi proses triase yaitu kinerja (*performance*) dengan pelaksanaan triase oleh tenaga kesehatan, ketenagaan, perlengkapan (Ainiyah et al., 2014), sedangkan menurut Prasojo (2015).

Menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan triase yaitu: jumlah tenaga medis, fasilitas, aliran pasien yang masuk, tingkat pengetahuan perawat tentang pelaksanaan triase. Faktor lain yang penting dalam mempengaruhi pelaksanaan triase adalah pengalaman, keterampilan, jenis cedera yang dialami oleh pasien (Dadashzadeh et al., 2013).

Pengetahuan dan pengalaman perawat triase sebagai faktor penting dalam pembuatan keputusan triase secara global. Perawat triase melakukan penilaian singkat, terfokus dan menetapkan level triase pasien, yang merupakan tolok ukur keberhasilan triase dari berapa lama pasien dapat dengan aman menunggu pemeriksaan dan manajemen medis. Pemilahan pasien yang salah oleh perawat berdampak buruk pada pasien yang dirawat di IGD (Ebrahimi et al., 2016). Hal yang sama yang ditemukan (Mareta, 2022) bahwa Pengetahuan dalam pelaksanaan triase berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang tepat apakah pasien perlu pertolongan segera atau tidak, dengan tetap memperhatikan kemungkinan komplikasi yang muncul setelah dilakukan triase.

Dari beberapa hasil penelitian terkait faktor yang mempengaruhi dalam proses triase, dapat disimpulkan bahwa faktor jumlah tenaga, fasilitas, dan aliran pasien, pengetahuan dan keterampilan perawat atau petugas triase dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan triase.

C. Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

1. Defenisi Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan merupakan tindakan memberikan pelayanan dengan efisien dan efektif mengikuti standar profesi, standar pelayanan dilakukan menyeluruh menyesuaikan kebutuhan pasien dengan menggunakan teknologi yang tepat serta hasil penelitian dalam pengembangan pelayanan kesehatan atau keperawatan untuk mencapai hasil kesehatan yang maksimal (Dedi, 2019). Rumah sakit harus meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan untuk meningkatkan kepuasan pasien. Dalam UUD no 44 tahun 2019 menyebutkan bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan secara aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan menggunakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit. Pada pasal 40 ayat 1 UUD no 44 tahun 2019 menyatakan bahwa upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi setiap tiga tahun sekali. Standar mutu berasal dari pekerjaan sehari-hari yang dilakukan oleh seluruh staf di unit pelayanan kesehatan yang melakukan pengkajian terhadap kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan yang maksimal (Nursalam, 2022).

Mutu pelayanan asuhan keperawatan di Indonesia yang telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 49 tahun 2013 tentang komite keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan mengatur tata kelola klinis yang baik, sehingga mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dirumah sakit dapat lebih terjamin dan lebih terlindungi (Kemenkes RI, 2013). PMK Nomor 49 tahun 2013 sejalan dengan PMK nomor 40 tahun 2017 yang mengatur tentang jenjang

karier seorang perawat. PMK ini dibuat untuk memberikan kesempatan bagi sumber daya manusia khususnya perawat untuk meningkatkan kinerja keperawatan melalui karier keperawatan professional. Maka seorang perawat apabila bekerja sesuai dengan kompetensi klinis akan lebih percaya diri saat melakukan tindakan keperawatan dan dapat meningkatkan kepuasan pasien dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan (Supri et al., 2019).

Mutu pelayanan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh profesi dengan memberikan pelayanan yang efisien, efektif dan sesuai dengan kaidah dan standar profesi, standar pelayanan kesehatan atau keperawatan untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Mutu pelayanan keperawatan merupakan kualitas pelayanan kesehatan sebagai faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan dimasyarakat. Faktor keperawatan yang merupakan faktor terbesar atau memiliki kelompok jumlah yang terbanyak, paling depan serta paling dekat dengan pasien selama 24 jam untuk melayani pasien dengan segala derita, kesakitan dan kesengsaraan yang dirasakan oleh pasien dan keluarganya (Nursalam, 2014).

Mutu pelayanan keperawatan yang merupakan salah satu indikator kualitas rumah sakit yang diberikan kepada pasien dapat memuaskan pasien atau tidak, karena kepuasan merupakan perbandingan antara kualitas jasa pelayanan yang didapatkan sesuai dengan keinginan, harapan dan kebutuhan. Mutu pelayanan kesehatan memenuhi atau melebihi kebutuhan dan harapan

pelanggan, keluarga dan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Nursalam, 2014).

2. Pengukuran Mutu Pelayanan

Menurut Donabedian dalam (Dedi, 2020), merekomendasikan bahwa kualitas kesehatan dapat dievaluasi atau diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu struktur atau input, proses dan output/outcome dari pelayanan kesehatan. Mutu asuhan pelayanan suatu rumah sakit dapat diketahui mutunya jika pelayanan tersebut dikaji pemanfaatan sarana pelayanan kepada masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensinya. Secara umum aspek yang penilaian yang dapat dilakukan bisa berupa evaluasi, dokumentasi, instrument, dan audit (Nursalam, 2014).

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan evaluasi terkait penerapan triase yang ditinjau dari sisi input, proses, dan outcome.

a. Input

Input didefinisikan sebagai sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi dan informasi (Dedi, 2020). Struktur merupakan semua input untuk sistem pelayanan sebuah rumah sakit yang meliputi tenaga (sumber daya manusia), sarana prasarana, metode asuhan keperawatan, dana, pemasaran dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang menyatakan bahwa jika struktur sistem rumah sakit tertata dengan baik, maka akan lebih menjamin mutu pelayanan. Kualitas struktur RS diukur

dari tingkat kewajaran, kualitas biaya dan mutu dari masing masing komponen struktur (Nursalam, 2014).

Standar sumber daya manusia pada pelayanan IGD dengan type rumah sakit berada pada level 2 atau type RS kelas C yaitu Dokter spesialis bedah, obgine, anak dan penyakit dalam on call. Kepala ruangan adalah perawat S1 atau DIII yang memiliki sertifikat *Emergency Nursing/ BTCLS/ ATL/ACLS/PPGD*. Perawat IGD sudah mendapatkan pelatihan *Emergency Nursing/ BTCLS/ ATL/ACLS/PPGD* dan on site 24 jam. Sedangkan untuk standar sarana dan prasarana serta peralatan juga memiliki standar sesuai kelasnya yaitu pada ruangan triase harus terdapat kit pemeriksaan sederhana minimal dua set, brancart penerimaan pasien dengan standar rasio cross sectional, pembuatan rekam medik khusus dalam bentuk form triase (Kepmenkes RI, 2022).

b. Proses

Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting karena proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interkasinya dengan pasien atau masyarakat. Setiap tindakan medis/ keperawatan harus mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Semua tindakan korektif di buat dan meminimalkan risiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya (Dedi, 2020).

Proses yaitu semua kegiatan dokter, perawat, tenaga profesi lain yang mengadakan interaksi secara professional dengan pasien. Interksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakan

diagnosis, rencana tindakan, indikasi tindakan, penanganan penyakit dan prosedur pengobatan (Nursalam, 2014).

Proses yang akan kami nilai disini adalah proses triase atau pemeriksaan singkat dan cepat pada pasien yang dilakukan oleh perawat meliputi pemeriksaan kondisi umum, tanda tanda vital, kebutuhan medis dan kemungkinan bertahan hidup, kemudian menetapkan kategori pasien sesuai kondisi pasien. Menurut *Emergency Nurses Association (ENA) di Amerika dan American College of Emergency Physicians (ACEP) 2017*, menyatakan bahwa Standar dan proses kategorisasi ketajaman triase berdasarkan *Emergency Severity Index* berdasar pada konsesnsus ahli dan bukti yang tersedia saat ini yang menyatakan bahwa triase ini merupakan triase yang andal dan valid (Adler et al., 2019). Adapun Prosedur proses pelaksanaan triase sesuai pada PMK no 47 tahun 2019 adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi pasien yang datang dan di bawa oleh petugas ke ruangan triase.
- 2) Melakukan seleksi pasien secara cepat dan tepat oleh dokter atau perawat,
- 3) Menghitung perkiraan jumlah sumber daya triase yang akan digunakan dan pemberian tindakan,
- 4) Menentukan kriterian kegawat daruratannya menurut kriteria triase
- 5) Menempatkan pasien diruangan sesuai dengan kasusnya untuk mendapatkan tindakan pemeriksaan dan pengobatan selanjutnya

misalnya pasien luka luka diruangan tindakan bedah, tindakan resusitasi diruangan resusitasi, dan non bedah diruangan tindakan non bedah.

- 6) Respon time penanganan pasien gawat darurat berdasarkan sesuai standar triase.

Untuk pemilahan pasien atau pengkategorian pasien berdasarkan tingkat kegawatannya dengan berdasarkan standar ESI:

a) ESI 1

- i. Mempunyai kesempatan hidup yang besar
- ii. Penanganan dan pemindahan pasien bersifat segera yaitu gangguan pada jalan napas, pernapasan dan sirkulasi.
- iii. Contohnya pasien dengan sumbatan jalan napas, tension pnemothorax, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combustio (luka bakar) tingkat I dan tingkat II atau $> 25 \%$.
- iv. Waktu penanganan pasien level ESI 1: penilaian dan terapi segera secara simultan.

b) ESI 2

- i. Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat.
- ii. Penanganan dan pemindahan bersifat segera.
- iii. Penderita dengan keadaan akut tapi tidak gawat. Contoh : Patah tulang besar tapi tidak disertai syok, combustio (luka bakar) < 25

%, trauma thorax/abdomen tanpa disertai syok, laserasi luas, trauma bola mata.

- iv. Waktu Penilaian dan terapi pada level ESI 2 yaitu ≤ 10 menit.
- c) ESI 3,4, dan 5
- i. Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera.
 - ii. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir
 - iii. Untuk penderita yang tidak akut dan tidak gawat
 - iv. Contoh: luka superficial, luka luka ringan, dll
 - v. Waktu penilaian dan terapi pada pasien kategori level ESI 3 ≤ 30 menit.
 - vi. Waktu penilaian dan terapi pada pasien kategori level ESI 4 ≤ 60 menit.
 - vii. Waktu penilaian dan terapi pada pasien kategori level ESI 5 ≤ 120 menit.

Menurut Kepmenkes no 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit (SPMRS) diketahui bahwa waktu tanggap pasien prioritas pertama di IGD memiliki standar maksimal 5 menit di tiap kasus (Kemenkes RI, 2008).

Pelaksanaan triase kita dapat mengukur alokasi waktu dan dapat juga memperkiraan pemanfaatan sumber daya yang dapat dilakukan dengan cara yang baik untuk memaksimalkan efektifitas sarana dan prasarana yang tersedia. Dengan triase ini pasien dapat dikunjungi dan ditangani secara cepat berdasarkan kondisinya sehingga pasien yang

kritis lebih cepat ditangani dibandingkan pasien yang stabil. Kecepatan pelayanan atau waktu tanggap pelayanan merupakan salah satu indikator keberhasilan pelayanan gawat darurat, oleh sebab itu dibutuhkan respon time yang cepat, tepat dan efisien sejak pasien tiba di UGD sampai mendapatkan tindakan perawatan sesuai kebutuhan pasien yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian dan kecacatan. Waktu tanggap harus ditekankan agar dapat mempertahankan dan mewujudkan pelayanan yang berkualitas atau sesuai dengan standar (Mahmoodian et al., 2014).

Waktu tanggap pada *realtime*, didefinisikan sebagai satuan waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi pertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat/ *emergency respon time rate* (Kementerian Kesehatan RI, 2011)

Waktu tanggap penanganan kegawatdaruratan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan dimana hal ini sebagai indikator proses untuk mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup. Waktu tanggap pelayanan adalah gabungan dari waktu tanggap saat pasien masuk atau tiba di depan pintu IGD sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas IGD dengan waktu dimulainya diberikan tindakan pelayanan sebagai waktu yang diperlukan pasien sampai selesai mendapatkan pelayanan (Ajriani et al., 2019).

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderitanya gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderitanya gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu ada bencana. Keberhasilan waktu tanggap sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah cacat sejak tempat kejadian atau dalam perjalanan hingga mendapatkan pertolongan dari rumah sakit (Pratiwi et al., 2017).

Pelayanan pertama gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap penderitanya gawat atau darurat yang dilayani dengan tindakan *live saving* oleh petugas gawat darurat lebih dari 15 menit waktu yang diperlukan pasien sejak masuk rumah sakit sampai dilakukan alih rawat/ rawat jalan/operasi emergency di IGD, menggunakan waktu 2 jam sebagai batas toleransi lama penanganan di IGD. Walaupun waktu penanganan lebih dari 2 jam bila penyebabnya tindakan atau resusitasi maka dinyatakan tidak termasuk keterlambatan. Sedangkan untuk kriteria pasien yang menggunakan metode penanganan berdasarkan prioritas sebagai *exigent: Most life Threatening conditions*, dibutuhkan intervensi seketika misalnya tension pneumotorax, fraktur laring dengan obstruksi jalan napas atas. Kondisi *emergency*: Kondisi yang membutuhkan penanganan segera, dalam jam pertama (misalnya perdarahan hebat, lesi masa intracranial). *Urgent*: kondisi yang membutuhkan intervensi dalam beberapa jam pertama

(misalnya *open contaminated frakturs, ischemic extremity*). *Deferrabel*: kondisi yang tidak membutuhkan tindakan segera (misalnya luka robek yang perdarahannya sudah berhenti) (Setiawati et al., 2022).

Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan nomor : 856/menkes/SK/2009 terdapat ketentuan bahwa pasien rawat darurat harus ditangani paling lambat 5 menit setelah pasien sampai di IGD, dengan demikian, standar waktu tanggap (*respon time*) 1 adalah tidak melebihi 5 menit (Kementrian Kesehatan RI, 2009). Namun pada penelitian ini *respon time* di evaluasi dengan menggunakan standar waktu triase berdasarkan Emergency Severity Index, yaitu untuk ESI 1: segera atau < 5 menit, ESI 2 ≤ 10 menit, ESI 3 ≤ 30 menit, ESI 4 ≤ 60 menit, ESI 5 ≤ 120 menit (Habib, et al., 2016).

Untuk Penggunaan sumber daya, kita beranjak dari definisi triase yang mengartikan bahwa kemampuan seorang perawat untuk memprediksikan jumlah sumber daya yang diperlukan pasien sesuai dengan kondisi pasien (Seyedhosseini-davarani et al., 2018). Dari hasil prediksi tersebut yang nantinya akan dapat dinilai apakah triase yang dilakukan sudah efektif atau akurat begitupun sebaliknya, dalam hal ini *overtriase* dan *undertriase* dapat diketahui (Bergs et al., 2014). Sumber daya yang dimaksud disini adalah laboratorium, EKG, monitor, sinar

X/radiologi, konsultasi spesialis, cairan intravena, injeksi IV/IM, Nebulisasi, Pasang cateter, pasang NGT, jahit/hecting.

(c). Dokumentasi

Pencatatan dan pelaporan secara lengkap terkait pelaksanaan triase pada lembar formulir triase yang sudah tersedia.

c. Output/ Outcome

Outcome merupakan hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan yang berupa perubahan terjadi pada konsumen terkait kepuasan dari konsumen. Tanpa melakukan pengukuran hasil kinerja rumah sakit atau keperawatan, kita tidak dapat mengetahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula (Dedi, 2020). Adapun outcome yang kami maksudkan disini adalah kepuasan pasien.

Kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan harapannya. Kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan, hal tersebut yang merupakan penilaian terhadap pelayanan yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan (Sumarno et al., 2017).

Konsep mutu berdasarkan Servqual (Service Quality) yaitu konsep kualitas layanan akan ditentukan dari beberapa kesenjangan antar persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan atau yang diterima

dibandingkan dengan harapan pelanggan terhadap pelayanan yang diterima. Ada lima kesenjangan atau gap yang terdapat dalam skema grand theory Parasuraman et al (1985) dalam (Dedi, 2020) yaitu :

- a. Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dengan persepsi manajemen. Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum dapat secara tepat mengidentifikasi serta memahami harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan (Dedi, 2020).
- b. Kesenjangan antar persepsi manajemen dengan spesifikasi kualitas jasa. Pemahaman manajemen rumah sakit tentang harapan pelanggan atau pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diartikan dengan aksi nyata dan spesifik. Contohnya selalu menuntut pelayanan yang mermutu cepat, ramah, tepat serta biaya terjangkau (Dedi, 2020).
- c. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dengan penyampaiannya. Standar pelayanan dan cara penyampaian jasa sudah tersusun dengan baik, namun sering muncul kesenjangan atau perbedaan pendapat antara staf pelaksana pelayanan yang berada di garis terdepan seperti perawat, bidan, dokter di sebuah rumah sakit karena belum ada pelatihan khusus terkait masalah tersebut (Dedi, 2020).
- d. Kesenjangan antara penyampaian jasa dengan harapan pihak eksternal. Harapan pengguna jasa dipengaruhi oleh cara staf serta manajemen dalam berkomunikasi dengan masyarakat atau pelanggan (Dedi, 2020).
- e. Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna yang diharapkan. Jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan cara

berbeda, seperti persepsi pengguna berbeda dai kualitas jasa pelayanan yang diharapkan (Dedi, 2020).

Konsep kualitas pelayanan disebut bermutu jika pelayanan yang diharapkan lebih kecil dari pelayanan yang diterima (bermutu), Disebutkan bahwa konsep kualitas layanan yang memenuhi harapan, jika pelayanan yang diharapkan sama denga pelayanan yang diterima (memuaskan). Dengan ini disebutkan bahwa persepsi tidak memenuhi harapan jika pelayanan yang diharapkan lebih besar dari pada pelayanan yang diterima (tidak bermutu).

Konsep kualitas pelayanan yang sangat berkaitan dengan kepuasan pasien dapat dinilai dengan melakukan pengukuran terhadap lima dimensi kepuasan pasien dikenal dengan istilah “RATER “ Daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*Assurance*), wujud atau bukti fisik (*Tangibels*), Keandalan (*Reability*) empati (*Empaty*). Inti konsep kualitas layanan untuk menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan sehingga memuaskan orang orang yang menerima pelayanan sesuai dengan daya tanggap, menimbulkan jaminan, menunjukkan bukti fisik yang akan dilihat oleh pelanggan, menciptakan empaty dari orang orang yang memberikan pelayanan terhadap keandalan dalam melakukan tugas yang diberikan secara konsekuen agar memuaskan penerima pelayanan (Dedi, 2020). Adapun lima konsep yang dimaksud adalah:

1) Daya tanggap (*Responsiveness*)

Daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, agar orang yang diberi pelayanan merasa diperhatikan atau di tanggapi. Dalam hal ini sebagai petugas kesehatan harus tanggap terhadap keluhan pasien, serta berusaha menjelaskan kepada pasien dengan singkat, jelas dan mudah dipahami untuk mengatasi keluhannya.

2) Jaminan (*Assurance*)

Jaminan adalah kepastian dalam setiap bentuk pelayanan yang diberikan. Hal ini termasuk rasa aman dan kenyamanan pasien karena adanya kepercayaan terhadap petugas kesehatan yang memiliki kompetensi dan keterampilan yang tepat dalam memberikan pelayanan.

3) Bukti fisik (*Tangible*)

Bukti fisik biasanya dapat berupa sarana dan prasarana yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan dan kemampuan serta penampilan dari petugas kesehatan

4) Empati (*Empathy*)

Empaty dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu sikap perhatian, kepedulian, pengertian dalam memahami masalah atau keluhan klien, berusaha untuk mengatasi keluhan tersebut sehingga klien merasa puas

5) Keandalan (*Reliability*)

Keandalan dalam pemberian pelayanan artinya, diharapkan pemberi pelayanan memiliki pengetahuan, keahlian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi sehingga pelayanan yang diberikan dapat memuaskan.

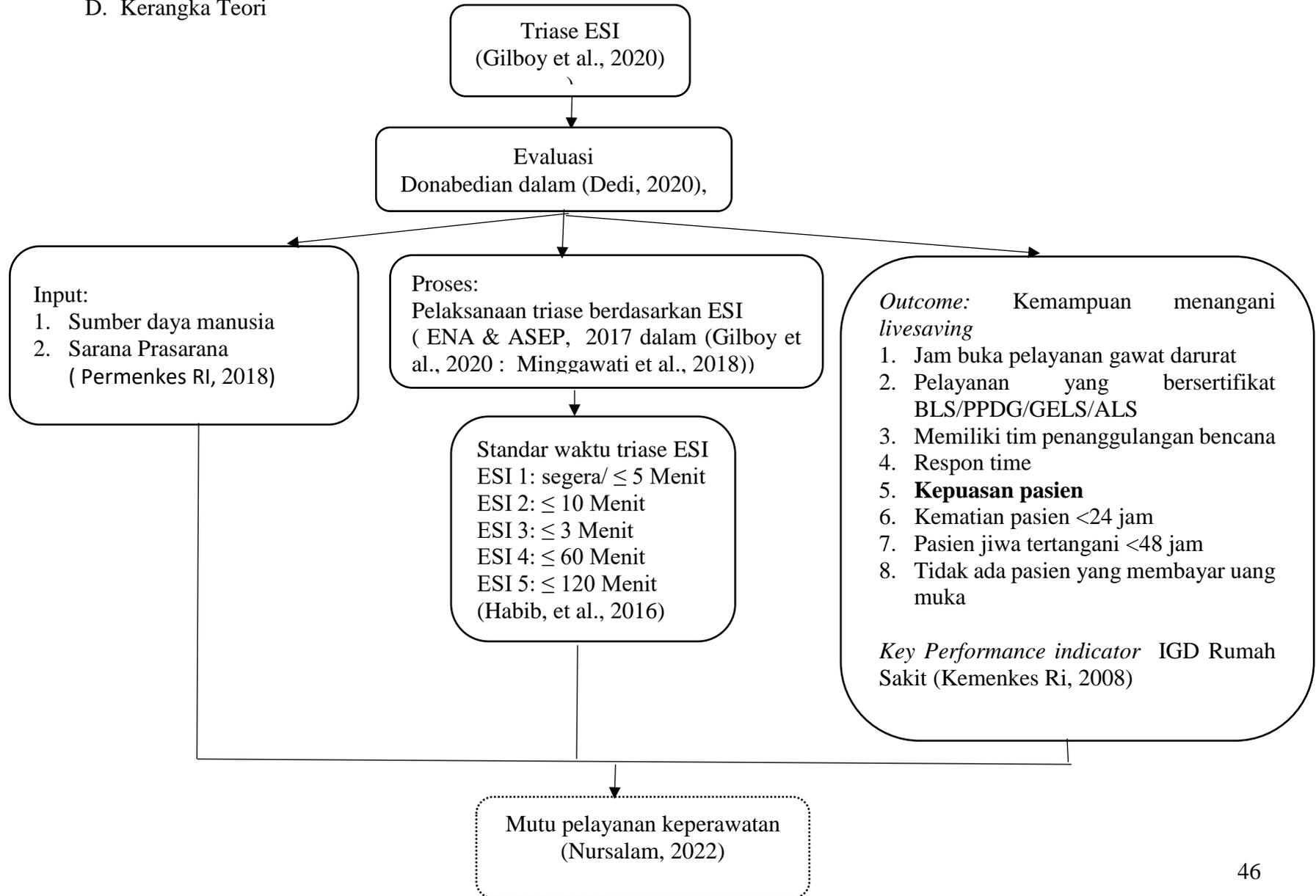
3. Upaya peningkatan mutu

Ada beberapa cara untuk meningkatkan mutu menurut Dedi (2020), yaitu :

- a. Mengembangkan akreditasi dengan meningkatkan mutu rumah sakit sesuai indikator pemenuhan
- b. Standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan Republik Indonesia.
- c. ISO 9001:2000 yaitu standar internasional dalam system manajemen kualitas yang bertujuan menjamin kesesuaian proses pelayanan dengan kebutuhan persyaratan yang spesifikasikan dengan pelanggan dan rumah sakit.
- d. Memperbaharui keilmuan dalam menjamin tentang tindakan medis dan keperawatan yang dilakukan dan sudah didukung oleh bukti ilmiah yang mutakhir
- e. *Good corporate governance* yakni mengatur aspek institusional serta aspek bisnis dalam penyelenggaraan sarana pelayanan kesehatan agar memperhatikan transparansi serta akuntabilitas sehingga tercapai manajemen yang efisien dan efektif.

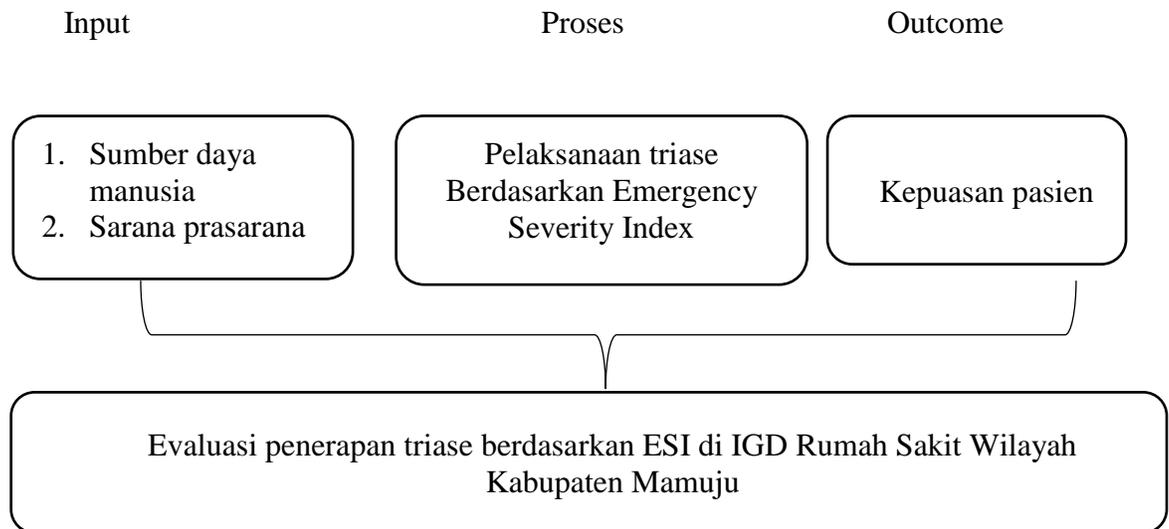
- f. *Clinical governance* yaitu bagian dari *corporate governance*, merupakan kerangka kerja organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu secara berkesinambungan. Tujuannya agar tetap menjaga standar pelayanan yang tinggi dan menciptakan lingkungan menjadi kondusif. *Clinical governance* menjelaskan hal penting yang harus dilakukan oleh seorang dokter dalam menangani pasien dan keluarganya.
- g. Membangun strategi terhadap rumah sakit lain baik didalam atau diluar negeri. Kerjasama lintas sektor dan lintas fungsi harus menjadi bagian dari budaya rumah sakit misalnya kerjasama tim yang baik.
- h. Melakukan evaluasi dengan strategi pembiayaan, agar tarif pelayanan bisa bersaing secara global, misalnya *outsourcing investasi, contracting out* untuk fungsi fungsi tertentu seperti *cleaning servise, gizi , loundry* perparkiran.
- i. Orientasi pelayanan sering terjadi benturan nilai, disatu pihak masih kuatnya nilai masyarakat secara umum tentang rumah sakit yaitu institusi yang mengutamakan fungsi social. Sementara dipihak lain etika para investor dalam dan luar negeri yang menganggap rumah sakit adalah industry dan bisnis jasa, sehingga orientasi mencari laba merupakan sesuatu yang salah.
- j. Orientasi bisnis besar dampak positifnya bila potensial negative dapat dikembalikan seperti, tindakan medis yang berlebihan dan sebenarnya tidak bermanfaat bagi pasien.

D. Kerangka Teori



BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual



Gambar. 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Variabel yaitu segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut kemudian dapat ditarik kesimpulan (Sugiyono., 2020). Pada penelitian ini variabel yang dimaksud adalah input (Sumber daya manusia, sarana dan prasarana) Proses (penerapan triase), *outcome* (Kepuasan pasien), yang akan dilakukan evaluasi guna untuk peningkatan mutu pelayanan di IGD.

C. Defeni Operasional

Tabel 3.1. Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Demografi Perawat:				
Usia	Usia responden dalam tahun pada saat penelitian	Formulir biodata	Dihitung dengan menggunakan nilai mean	Numerik
Jenis Kelamin	Ciri biologis perawat berdasarkan Kartu identitas yang sah	Formulir biodata	1: Laki -laki 2: Perempuan	Nominal
Pendidikan	Pendidikan tertinggi yang dimiliki oleh perawat	Formulir biodata	1: D3 2: Ners	Ordinal
Masa kerja	Masa kerja responden sejak bekerja di IGD	Formulir biodat	Dihitung dalam tahun dan bulan dengan menggunakan nilai mean	Numerik
Demografi Pasien:				
Usia	Usia responden dalam tahun pada saat penelitian	Formulir biodata Kusioner	Dihitung dengan menggunakan nilai mean	Numerik
Jenis Kelamin	Ciri biologis perawat berdasarkan Kartu identitas yang sah	Formulir biodata Kusioner	1: Laki -laki 2: Perempuan	Nominal
Pendidikan	Pendidikan tertinggi yang dimiliki oleh perawat	Formulir biodata Kusioner	1: SD 4: D3 2: SMP 5: S1 3: SMA 6: S2	Ordinal
Pekerjaan	Rutinitas sehari hari yang dilakukan oleh responden	Formulir biodata Kusioner	1: PNS 2: Wiraswasta 3: Petani 4: IRT 5: Pelajar	Nominal

Variabel	Defenisis operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala	
Input:					
Sumber Daya manusia	Jumlah perawat IGD yang melakukan triase	Lembar observasi	Standar: Jumlah perawat yang melakukan triase sesuai standar Kurang Standar: Jumlah perawat yang melakukan triase kurang dari standar (Standar: Semua perawat IGD mempunyai sertifikat BTCLS/NE/PPGD)	Nominal	
Sarana Prasarana	Jumlah prasarana dengan Starkes 2022	Sarana sesuai pedoman observasi	Lembar ceklist observasi	Standar: Saprass sesuai dengan standar Kurang Standar: Jumlah saprass kurang dari standar Standar: a. 1 R.Triase b. 1 R. Resusitasi c. 1 R.Tindakan d. 2 R. Observasi e. 2 Set kit pemeriksaan singkat f. Form triase sesuai jumlah pasien g. Brankar sesuai ratio pasien	Nominal

Variabel	Defenisis operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Proses triase:				
Identifikasi Pasien	Penulisan data demografi pasien	Lembar ceklist observasi	<p>Optimal: Jika form identitas pada lembar triase terisi lengkap nama, No RM, Alamat lengkap, jenis kelamin, tanggal lahir, tanggal dan jam masuk pasien terisi > 80%-100% =10</p> <p>Kurang Optimal: Jika form identitas klien hanya terisi 50%-80% =5</p> <p>Tidak Optimal : Jika form identitas klien hanya terisi <50% =0</p>	Nominal
Anamnese Singkat	Pemeriksaan singkat yang dilakukan oleh perawat. berupa pengukuran tanda vital dan keluhan umum yang dirasakan pasien dan riwayat kesehatan.	Lembar ceklist observasi	<p>Optimal: Jika data Keluhan umum dan TTV serta riwayat kesehatan pada form triase terisi lengkap atau terisi > 80%-100% =10</p> <p>Kurang Optimal: Jika data Keluhan umum dan TTV dan riwayat kesehatan pada form triase terisi lengkap atau terisi 50%-80% =5</p> <p>Tidak Optimal: Jika data Keluhan umum dan TTV dan riwayat kesehatan</p>	Nominal

Variabel	Defenisis operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Penetapan kategori triase	Menetapkan kategori triase berdasarkan standar ESI	Lembar ceklist Observasi	ESI 1: Pasien yang mengancam Nyawa ESI 2: pasien dengan kondisi berisiko mengancam nyawa ESI 3: Pasien stabil namun perlu pemantauan Esi 4: Pasien stabil tetapi perlu di observasi Esi 5: Pasien stabil dan boleh pulang	Ordinal
Penempatan pasien	Menempatkan pasien pada ruangan tertentu sesuai dengan standar triase ESI Standar penempatan pasien: R.Resusitasi: Jika pasien dengan kategori ESI 1 dan ESI 2 R. Tindakan: jika pasien dengan kasus bedah yang perlu tindakan segera. R. Obeservasi: Pada pasien dengan Kategori triase ESI 3,ESI 4 dan ESI 5.	Lembar ceklist	Sesuai : Jika pasien Ditempatkan sesuai dengan standar penempatan pasien Tidak Sesuai : Jika pasien ditempatkan tidak sesuai dengan standar penempatan pasien	Nominal
<i>Respon time</i> penanganan kegawatdaruratan	Waktu yang dibutuhkan perawat dari mulai anamneses sampai dilakukan tindakan yang disesuaikan dengan standar ESI	Lembar isian	Waktu Assesmen: waktu saat perawat mulai melakukan pemeriksaan Waktu tindakan: Waktu saat	Numerik

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
	Standar respon time berdasarkan ESI: ESI 1: ≤ 5 menit ESI 2: ≤ 10 menit ESI 3: ≤ 30 menit ESI 4: ≤ 60 menit ESI 5: ≤ 120 menit		perawat/dokter melakukan tindakan Respon time: waktu yang dibutuhkan perawat mulai dari assesmen sampai dilakukan tindakan. Sesuai : jika respon time sesuai standar Tidak Sesuai : jika respon time melebihi standar	
Outcome Variabel: Kepuasan pasien	Hasil pendapat atau penilaian pasien terhadap kesesuai harapan sebelum dan sudah menerima layanan.	Kusioner	Skala Likert dengan jumlah pertanyaan 20 5: sangat setuju 4: Setuju 3: Ragu-Ragu 2: Tidak setuju 1: Sangat tidak setuju Puas: >60 Kurang puas: ≤ 60	Nominal
SubVariabel: <i>Responsiveness</i>	Daya tanggap perawat dalam memberikan penjelasan terkait kebutuhan klien	Kusioner	Skala Likert dengan jumlah pertanyaan 4 Puas: >12 Kurang Puas: ≤ 12	Nominal
<i>Assurance</i>	Kemampuan perawat memberikan pelayanan yang berkompeten	Kusioner	Skala Likert dengan jumlah pertanyaan 3 Puas: >9 Kurang Puas: ≤ 9	Nominal
<i>Tangibels</i>	Bentuk sarana prasarana triase yang tersedia	Kusioner	Skala Likert dengan jumlah pertanyaan 4	Nominal

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
<i>Empathy</i>	Perhatian yang diberikan perawat kepada pasien	Kusioner	Puas: >12 Kurang Puas: ≤ 12	Nimal
<i>Reliability</i>	Kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan sesuai standar	Kusioner	Puas: >15 Kurang Puas: ≤ 15	Nonimal