

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian rumah sakit yang memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu. Pelayanan yang wajib diberikan adalah pelayanan dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat serta melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*) melalui respon yang tepat dan penanganan yang cepat. Respon yang tepat dan penanganan yang cepat dimulai sejak klien masuk sampai mendapatkan penanganan (*respon time*) dengan batas waktu paling lama 5 menit sejak klien masuk IGD (KEPMENKES RI, 2009).

IGD berperan penting dalam penanganan pertama klien memerlukan sistim triase apabila dalam waktu bersamaan terdapat beberapa klien atau pada saat terjadi korban masal yang memerlukan penanganan dengan jumlah melebihi perawat. Triase merupakan sistim yang berfungsi untuk menyeleksi klien berdasarkan kategori kegawatdaruratan untuk memberikan prioritas pelayanan kepada klien (Oman,2008).

Penerapan manajemen risiko di instalasi gawat darurat menggunakan triase membantu perawat IGD dalam mengurutkan serta menilai klien berdasarkan pada kategori kegawatan sehingga dapat memberikan pertolongan dengan tepat dan secepat mungkin untuk menyelamatkan nyawa klien dengan menggunakan sumberdaya yang tersedia sesuai dengan alur klien di instalasi gawat darurat (Gilboy, 2010; Andersson *et al* 2016).

Triase bertujuan agar klien mendapatkan pelayanan yang optimal serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas memegang peranan penting dalam pengaturan darurat melalui pengelompokan dan memprioritaskan klien secara efisien sesuai dengan tampilan medis klien bersumber pada penyakit, kategori cedera, kategori keparahan, prognosis dan ketersediaan sumber daya dan menentukan kebutuhan terbesar klien untuk segera menerima perawatan secepat mungkin yaitu mengidentifikasi klien yang membutuhkan tindakan resusitasi segera, menetapkan klien ke area perawatan, memprioritaskan dalam perawatan dan untuk memulai tindakan diagnostik atau terapi (Fitzgerald *et al*, 2009; Hodge *et al*, 2013).

Penerapan triase di IGD pada negara-negara berpenghasilan rendah terdapat berbagai masalah namun bila dilaksanakan dengan baik dapat menurunkan biaya kesehatan. Penerapan triase yang kurang dan belum memadai akan membahayakan kehidupan klien yang tiba di IGD. Tindakan pengobatan kepada klien dalam urutan kedatangan tanpa penilaian sebelum menentukan kategori kegawatan dari penyakitnya atau tanpa melakukan triase terlebih dahulu dapat mengakibatkan penundaan intervensi klien dengan kondisi kritis sehingga berpotensi mematikan (Baker 2009, Nolan *et al* 2011, Aloyce *et al* 2014).

Penelitian Fathoni *et al* (2013) menyatakan bahwa Indonesia belum mempunyai standart nasional dan kesepakatan tentang metode triase apa yang digunakan di rumah sakit sehingga dalam pelaksanaan penerapan triase setiap rumah sakit bisa berbeda dan sebagian besar masih menggunakan konsep triase bencana (triase merah, kuning, hijau, dan hitam). Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa perawat mempunyai peranan yang cukup penting dalam melakukan triase di IGD walaupun dalam

kenyataannya menunjukkan triase di beberapa rumah sakit di Jawa Timur dilakukan oleh profesi yang berbeda-beda.

Sistim triase umumnya menggunakan 2 cara yaitu berdasarkan diagnosis penyakit dan berdasarkan tanda dan gejala. Triase berdasarkan diagnosis penyakit terbagi menjadi PI, PII, dan PIII (Calder, S., & Platz, E, 2014). *Australasian Triage Scale* (ATS) adalah salah satu sistim triase berdasarkan tanda dan gejala dibagi menjadi 5 kategori yaitu ATS 1 (*resusitasi*), ATS 2 (*emergency*), ATS 3 (*urgent*), ATS 4 (*semi urgent*), dan ATS 5 (*false emergency*). ATS dibagi menjadi 4 kategori tanda dan gejala yaitu *airway*, *breathing*, *circulation*, dan *disability* untuk menentukan klien masuk ke dalam kategori ATS. (van der Wulp, 2009; Nash, 2011; *Australasian College for Emergency Medicine*, 2013).

Penelitian Fernandes *et al* (2015) dan Christ *et al* (2010) membandingkan antara triase tiga kategori dengan triase lima kategori. Hasil penelitian tersebut menyimpulkan bahwa reliabilitas antara perawat triase dan experts rendah pada triase tiga kategori dengan nilai kappa 0,19-0,38 dibandingkan dengan reliabilitas antar observer dalam sistim triase lima kategori yaitu dengan nilai kappa sebesar 0.68 ( $p < 0,01$ ).

Forero & Nugus (2012) menjelaskan bahwa skala triase lima kategori valid dalam membedakan kondisi klinis klien yang memerlukan penilaian dan tindakan mendesak atau segera. Triase valid dan reliabel untuk kategori yang paling akut ( 1 dan 2) namun kurang reliabel untuk kategori triase yang lebih rendah ( 3, 4, dan 5). Penelitian yang dilakukan oleh Wirotomo dan Emaliyawati (2016) di IGD RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan membuktikan bahwa penggunaan metode *Australasian Triage Scale* lebih efektif dibandingkan triase tiga kategori dalam penerapan di IGD.

Metode triase lima kategori memiliki korelasi kuat dengan pemakaian sumber daya unit gawat darurat, kebutuhan rawat inap dan rawat intensif pasien gawat darurat, angka mortalitas, dan kesesuaian waktu yang dibutuhkan untuk pertolongan segera pada pasien baru dibandingkan dengan metode konvensional. Triase lima kategori juga memiliki reliabilitas interobserver yang lebih baik ( $\kappa = 0.68$ ;  $p < 0.01$ ) dibandingkan dengan triase konvensional ( $\kappa = 0.19-0.38$ ) (van Veen *et al* 2008; Manos *et al* 2012; McMahon, 2013).

Metode triase lima kategori ini memungkinkan setiap pasien yang masuk ke unit gawat darurat akan diterima oleh perawat triase. Perawat triase melakukan proses pengambilan keputusan berdasarkan metode terstruktur yang ditetapkan dan dilakukan dalam waktu singkat (2-5 menit) kemudian mengarahkan pasien ke zona pelayanan medik yang sesuai kategori triase. Perawat triase harus menetapkan skala prioritas pasien, tidak melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik mendalam, tidak perlu menetapkan rumusan masalah apalagi menetapkan diagnosis (Parenti *et al*, 2010; Travers *et al*, 2012; Worster, 2014).

Metode *Australasian Triage Scale* (ATS) merupakan salah satu dari beberapa sistem triage di dunia yang banyak digunakan di beberapa Negara termasuk Indonesia. Metode *Australian Triage Scale* (ATS) dalam menentukan prioritas hanya memberikan gambaran secara singkat mengenai lamanya waktu klien menerima tindakan dan diterapkan di negara negara maju dengan fasilitas yang baik (Gerdtz, 2009).

Metode ini sangat sulit diterapkan di Indonesia karena *overcrowded* instalasi gawat darurat yang relatif tinggi, rasio perawat yang tidak ideal serta ruang triase yang tidak berstandar akan membuat *waiting time* semakin

lama sehingga target pencapaian waktu yang ditetapkan sistim ATS akan sulit dicapai (Moskop *et al*, 2009; Forero *et al*, 2010).

Kegagalan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan umumnya disebabkan oleh kegagalan mengenal resiko, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana dan prasarana yang memadai, pengetahuan dan keterampilan tenaga medis dan keperawatan yang belum terlatih dalam mengenal keadaan resiko tinggi secara dini, masalah dalam pelayanan kegawatdaruratan dan kondisi ekonomi. (Lee, *et al*, 2011).

Penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD dipengaruhi oleh faktor kinerja (*performance*), faktor klien, faktor perlengkapan triase, faktor ketenagaan (*staffing requirements*) dan faktor *model of caring* yang diterapkan di instalasi tersebut. Faktor yang mempengaruhi *triage decision making* terbagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja termasuk beban kerja tinggi, pengaturan praktis (*shift*), kinerja perawat, kondisi klinis klien dan riwayat klinis klien (Anderson *et al*, 2007; Nash, 2011).

Faktor lain yang mempengaruhi pelaksanaan penerapan triage adalah pengetahuan, wawasan dan keterampilan, kinerja, motivasi atau komitmen, dukungan, informasi dokter, pengaturan shift, deskripsi tugas dan tanggung jawab, beban kerja dan sumber daya. Penelitian di RS Puri Indah Jakarta menemukan bahwa pengetahuan, keterampilan dan sikap perawat mempunyai hubungan dengan penerapan triase bila faktor-faktor tersebut tidak dilaksanakan secara optimal dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan dan menyebabkan kecacatan pada klien (Lusiana, 2011; Jansen *et al*, 2011; Safari, 2012).

Faktor kepemimpinan dan kebijakan institusi, pendidikan, pengalaman, pengetahuan dan sikap sangat berpengaruh terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (Yanti *et al*, 2013; Gerdz *et al*, 2013; Nonutu *et al*, 2015). Hasil kontradiktif dikemukakan oleh Iriana (2014) yang menyatakan bahwa lama bekerja tidak berpengaruh signifikan terhadap penerapan triage.

*Emergency Nursing Association* (2014) mengembangkan pedoman kebutuhan tenaga keperawatan di ruang IGD menyatakan bahwa keterampilan dan latar belakang pendidikan yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penerapan ATS.

Perawat yang baru menyelesaikan pendidikan tanpa ada pengalaman kerja sebelumnya tidak memenuhi syarat untuk mengikuti program pendidikan perawat triase. Triase harus dilakukan oleh perawat yang berpengalaman dengan kompetensi khusus triage (*College of Emergency Nursing Australasian*, 2009).

KEPMENKES RI (2009) menyatakan bahwa kualifikasi perawat pelaksana di IGD adalah perawat yang telah mengikuti pelatihan *Emergency Nursing Basic*. Rasio jumlah perawat dan klien akan mempengaruhi penerapan triage karena rasio ideal antara perawat dan klien akan memberikan dampak dan kualitas hasil perawatan dan pelaksanaan klien terutama untuk klien dengan kondisi kritis yang harus diprioritaskan untuk menerima perawatan darurat (Carl *et al*, 2013).

Rumah Sakit Pusat Nasional dr. Ciptomangunkusumo (RSCM) yang terakreditasi internasional menerapkan triase lima kategori di Instalasi Gawat Darurat. Konsep lima kategori di RSCM merupakan penyesuaian dari konsep ATS walaupun banyak perbedaan pendapat antara perawat di IGD RSCM

ketika sistim ini diterapkan karena sebagian masih menganut triase bencana (Iriana, 2014).

IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi menerapkan *Australian Triage Scale* (ATS) pada awal 2016. Penerapan ATS di IGD menggunakan kategori berdasarkan lamanya waktu klien menerima tindakan. Nash (2011), Forero & Nugus (2012) membagi ATS menjadi ATS 1 harus segera ditangani, ATS 2 maksimal *waiting time* 10 menit, ATS 3 maksimal *waiting time* 30 menit, ATS 4 maksimal *waiting time* 60 menit, ATS 5 maksimal *waiting time* 120 menit. *Waiting time* yang melebihi 2 jam menunjukkan terjadinya kegagalan akses dan kualitas pelayanan. *Waiting time* klien sesuai SOP IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi adalah 4 jam termasuk menunggu hasil laboratorium dan observasi dan waktu maksimal klien di IGD adalah 6 jam.

Analisis laporan IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi tahun 2016 didapatkan jumlah kunjungan IGD sebanyak 16.008 kunjungan dengan rata-rata kunjungan perbulan 4385 kunjungan. Pada kategori morbiditas didapatkan analisa penyakit jantung sebanyak 112 kasus dengan kasus terbanyak yaitu gagal jantung 52 kasus Pada kategori mortalitas penyakit jantung sebanyak 65 kasus dengan kasus terbanyak syok kardiogenik 45 kasus. Hasil analisis tersebut mendeskripsikan bahwa IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi mempunyai keragaman kasus yang kompleks sehingga memerlukan sistim triage yang bisa memberikan intervensi yang cepat dan tepat.

Hasil observasi di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi didapatkan bahwa penerapan ATS (*Australasian Triage Scale*) belum terlihat. Pengamatan di ruang IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi bahwa perawat menggunakan model triase labeling ketika klien datang yang seharusnya bisa menggunakan *vision triage*. Ruang yang digunakan untuk

*vision triage* juga belum memadai karena belum dapat menjaga *privacy* klien saat dilakukan pemeriksaan untuk menentukan klasifikasi penyakitnya.

Peneliti menemukan bahwa terdapat sebagian perawat IGD tidak melakukan triase pada saat menerima klien baru, sebagian perawat juga melakukan triase pada saat klien masih berada di depan pintu IGD atau pada saat klien turun dari kendaraan padahal klien yang mereka terima tidak dalam kondisi gawat darurat. Perawat IGD langsung menempatkan klien berdasarkan hasil triase yang mereka lakukan di depan pintu IGD dan tidak melakukan pemeriksaan terlebih dahulu di tempat tidur triase.

Penerapan *Australasian Triage Scale* dalam sistim kegawatdaruratan di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi sangat penting dan diharapkan bisa dilaksanakan sesuai metode triase yang disepakati oleh instalasi dan institusi sehingga diperlukan identifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penerapan ATS untuk meningkatkan kinerja dan kualitas dari pelayanan kegawatdaruratan dengan meminimalkan resiko yang ada.

Berdasarkan latarbelakang tersebut peneliti ingin mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi Penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) Di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar

## **1.2 Rumusan masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini apakah faktor kepemimpinan, faktor *waiting time*, faktor dokumentasi triase, faktor pendidikan dan pelatihan kegawatan mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar



### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Menganalisis faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Mengidentifikasi pengaruh faktor kepemimpinan terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar
- b. Mengidentifikasi pengaruh faktor *waiting time* dengan terhadap *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar
- c. Mengidentifikasi pengaruh faktor dokumentasi triase terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar
- d. Mengidentifikasi pengaruh faktor pendidikan terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar
- e. Mengidentifikasi pengaruh faktor pelatihan kegawatan terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar
- f. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan ketajaman (*acuity*) dalam menilai kategori kegawatan klien, mendorong praktisi dan akademisi di bidang emergensi untuk mengembangkan, mengaplikasikan dan mengevaluasi sistim triase di IGD rumah sakit dan sebagai referensi dasar untuk penelitian selanjutnya

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Hasil signifikasi praktis dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Kabupaten Blitar dan sebagai dasar pertimbangan dalam merancang dan mendesain Standar Operasional Prosedur (SOP) di bidang pelayanan kegawatdaruratan terutama pelaksanaan *Australian Triage Scale* dan pengetahuan bagi perawat triage tentang faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* (ATS) di IGD rumah sakit