

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan akses utama dalam memperoleh perawatan di rumah sakit, mempunyai peranan sangat penting dalam menangani pasien dengan berbagai macam tingkat kegawatdaruratan (Keputusan Menteri Kesehatan RI, 2009). Pasien dengan kondisi kegawatdaruratan yang beranekaragam datang ke IGD dengan harapan memperoleh pelayanan yang optimal, adapun kejadian kegawatdaruratan terjadi oleh siapapun, kapanpun dan dimanapun sehingga perawat harus mempunyai *performance* yang baik setiap saat (Wibowo, 2010). Harapan masyarakat yang tinggi terhadap kinerja perawat di IGD, diharapkan perawat mempunyai kecepatan dalam bertindak, ketrampilan yang cakap dan harus selalu siaga (Sudjito, 2010).

Jumlah dan kasus pasien yang datang ke IGD tidak dapat di prediksi karena kejadian kegawatan atau bencana dapat terjadi kapan saja, dimana saja serta menimpa siapa saja. Kondisi yang tidak terjadwal dan bersifat mendadak serta tuntutan pelayanan yang cepat dan tepat maka di perlukan *triage* sebagai langkah awal penanganan pasien di unit gawat darurat dalam kondisi sehari-hari, kejadian luar biasa maupun bencana. Standar DepKes RI perawat yang melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD) atau *Basic Trauma Cardiac life support* (BTCLS) (Pedoman Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Rumah Sakit, 2010). Pelaksanaan *triage* saat ini dilakukan dengan berbagai metode tetapi semuanya tetap berprinsip pada penilaian jalan nafas (*airway*), pernafasan (*breathing*) dan sirkulasi (*circulation*) atau *primary survey*. Agar penilaian *triage* lebih akurat *primary survey* akan dilanjutkan dengan fokus survey sekunder.

Fasilitas yang diperlukan adalah tempat dan peralatan untuk menilai kondisi pasien, karena fungsinya sebagai penilaian awal pasien yang datang ke IGD maka lokasi yang ideal untuk *triage* adalah ruangan terdekat dengan pintu masuk pasien. Ruangan *triage* memerlukan peralatan untuk melakukan pemeriksaan awal pada pasien seperti tensimeter, thermometer, pulse oxymeter, stetoskop dan glucometer (Brooker, 2008). Perawat *triage* sebaiknya mempunyai pengalaman dan pengetahuan yang memadai karena harus trampil dalam pengkajian serta harus mampu mengatasi situasi yang kompleks dan penuh tekanan sehingga memerlukan kematangan profesional untuk

mentoleransi stress yang terjadi dalam mengambil keputusan terkait dengan kondisi akut pasien dan menghadapi keluarga pasien (Elliott et al, 2007).

Petugas kesehatan IGD dalam melakukan *triage* harus berdasarkan standar ABCDE (*Airway*: jalan nafas, *Breathing*: pernapasan, *Circulation*: sirkulasi, *Disability*: ketidakmampuan, *Exposure*: paparan) (Ignatavicius, 2006 dalam Krisanty, 2009). *Triage* dapat dilakukan oleh dokter ahli, dokter umum ataupun tenaga keperawatan sesuai dengan kelas atau kebijaksanaan rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Sistem *triage* biasanya sering ditemukan pada perawatan gawat darurat di suatu bencana. Penanganan secara cepat dan tepat, dapat menyelamatkan hidup pasien. Jadi Perawat harus mampu menggolongkan pasien tersebut dengan sistem *triage*. Sistem rumah sakit, langkah pertama yang harus dilewati saat masuk rumah sakit adalah penilaian oleh perawat *triage*. Perawat ini kemudian melakukan evaluasi kondisi pasien, perubahan-perubahan yang terjadi, dan menentukan prioritas giliran untuk masuk ke IGD dan prioritas dalam mendapatkan penanganan. Setelah pemeriksaan dan penanganan darurat selesai, pasien dapat masuk ke dalam sistem *triage* rumah sakit (Krisanty, 2009).

Pasien label merah adalah pasien dengan keadaan gawat darurat / pasien cedera berat atau mengancam jiwa dan memerlukan transport segera. Misalnya : gagal nafas, cedera *toracho-abdominal*, cedera kepala atau *maxsilo-facial* berat, shok atau perdarahan berat, luka bakar berat. Pasien dengan label kuning adalah pasien misalnya dengan penyakit infeksi luka ringan, usus buntu, patah tulang, luka bakar ringan. Cedera *abdomen* tanpa syok, cedera dada tanpa gangguan respirasi, cedera kepala atau tulang belakang leher tanpa gangguan kesadaran serta luka bakar ringan. Pasien yang mendapat label hijau adalah pasien dengan kondisi kesehatan yang masih dapat ditunda pelayanan, misalkan benturan memar di permukaan kulit, luka lecet, tertusuk duri, dan demam ringan, radang lambung, tidak perlu penanganan cepat (Depkes RI, 2014)

Pasien dengan tanda *triage* hitam adalah pasien yang tidak memungkinkan memiliki harapan hidup kendati dilakukan tindakan medis. Misalnya pasien dengan kondisi kerusakan berat dari seluruh organ penting tubuh, misalnya akibat kecelakaan, bencana alam dan luka bakar. Seorang petugas kesehatan di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus peka menggunakan kemampuan mata, telinga, indra peraba lebih peka, tanggap situasi, cepat dan tepat dalam menilai perubahan mendadak pasien yang berada di IGD, sewaktu – waktu kondisi status *triage* bisa berubah (Muttaqin, 2012).

Gastman (2010), mengemukakan bahwa kurangnya kerjasama antara tim instalasi gawat darurat serta kurangnya keterampilan yang dimiliki petugas gawat darurat dalam pelaksanaan *triage* sehingga menyebabkan ancaman keselamatan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Kachalia et al., 2016, pada 79 kasus dugaan malpraktik 65% diantaranya adalah kelalaian diagnosa yang terjadi di ruangan gawat darurat yang merugikan pasien. 48% dari kelalaian diagnosa ini berkaitan dengan kerugian yang serius dan 39% berakhir pada kematian. Laporan mengenai proses diagnosa, kesalahan dalam permintaan diagnostik tes yang tepat (58% dari kesalahan), kesalahan dalam pelaksanaan riwayat pengobatan dan pemeriksaan fisik (42%, interpretasi dari tes diagnostik yang tidak tepat (37%), dan kesalahan dalam permintaan konsultasi yang tepat (33%). Faktor yang paling berkontribusi dalam kelalaian dalam diagnosa adalah faktor kognitif (96%), faktor yang berhubungan dengan pasien (34%), ketidaktepatan supervisi (30%), ketidakadekuatan penanganan (24%), beban kerja yang berlebihan (23%). Dampaknya akan ancaman bagi pasien dapat mengakibatkan kematian. Pengetahuan atau pemahaman yang baik akan meningkatkan kepatuhan atau penerapan suatu program (Purwanto, 2010).

Pemilihan IGD RSUD Wonosari Gunungkidul dikarenakan merupakan tempat kerja peneliti dan rumah sakit yang sudah memiliki IGD yang terpisah. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis, didapatkan data jumlah pasien yang masuk Instalasi Gawat Darurat RSUD Wonosari selama bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2017 adalah 19.465 pasien dengan rata-rata per bulan 2017 adalah 1.622 orang. Rata-rata jumlah pasien setiap hari yang masuk mencapai 53 pasien dengan pasien gawat darurat 4-5 orang. NDR (*Nett Death Rate*) 3,7/mil, (Rekam Medis RSUD Wonosari Tahun 2017).

Berdasarkan standar pelayanan gawat darurat di IGD RSUD Wonosari, pasien datang dilakukan *triage* Data tenaga perawat yang dinas di Instalasi Gawat Darurat berjumlah 14 perawat, 5 orang bidan dan 7 orang dokter umum. Pembagian team diatur oleh kepala ruang Instalasi Gawat Darurat dengan pembagian sebagai berikut pagi meliputi 4 orang perawat, 1 orang bidan, 1 orang dokter jaga dan 1 orang dokter intersif. Sore hari meliputi 3 orang perawat, 1 orang bidan, 1 orang dokter umum dan 1 orang dokter intersif. Malam hari meliputi 2 orang perawat, 1 orang bidan dan 1 orang dokter serta 1 orang dokter intersif. Pendidikan perawat IGD terdiri dari DIII Keperawatan sebanyak 10 orang, S.Kep., Ners keperawatan sebanyak 1 orang, dokter umum 7 orang, petugas medis dengan pelatihan *triage* ada 2 orang, meliputi 1 dokter umum dan 1 perawat.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Juli 2018, dari 10 orang tenaga kesehatan di IGD RSUD Wonosari dengan umur 21-50 tahun dengan lama kerja lebih 5 tahun sebanyak 5 orang (50%) kurang dari 5 tahun (50%) dengan pendidikan D3 Keperawatan 7 orang (70%) S1 Keperawatan 1 orang (10%) dan pendidikan dokter sebanyak 2 orang. Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat tentang pengetahuan tenaga kesehatan tentang *Triage* yang meliputi pengertian, tujuan, waktu pelaksanaan didapatkan sebanyak 4 orang (40%) sudah mengetahui tentang *Triage*, 1 orang (10%) mengetahui dengan baik tentang *Triage* karena sudah memperoleh pelatihan *Triage*, dan 5 orang (50%) dengan pengetahuan cukup tentang *Triage*. Fenomena yang terjadi di RSUD Wonosari masih ada perawat yang belum tepat dalam pelaksanaan *triage*.

Berdasarkan uraian tersebut peneliti ingin meneliti tentang “*Hubungan Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang Triage dengan Ketepatan Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul*”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian apakah ada Hubungan Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang *Triage* dengan Ketepatan Pelaksanaan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui “Hubungan Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan tentang *Triage* dengan Ketepatan Pelaksanaan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul.
- c. Mengetahui ketepatan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul

- d. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang *triage* dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Wonosari Gunungkidul.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman bagi penulis tentang penerapan *triage* di Instalasi Gawat Darurat

2. Bagi Instituti Pendidikan Keperawatan

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber pustaka tentang penerapan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat menjadi bahan pertimbangan untuk meningkatkan kemampuan *Triage* tenaga kesehatan di IGD dengan memberikan pelatihan tentang *triage*.

E. Keaslian Penelitian

1. Dwijayanto (2014) melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Triage* dengan Pelaksanaan Tindakan *Triage* di IGD RSUP Dr. Kariadi Semarang”.

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan observasional. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat IGD di rumah sakit Dr. Kariadi Semarang sebanyak 66 orang. Sampel yang diambil sebanyak 40 responden dengan metode *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *kolmogorov-smirnov* test. Hasil penelitian mengatakan bahwa tidak ada hubungan pengetahuan perawat tentang konsep *triage* dengan pelaksanaan tindakan *triage* di IGD RSUP Dr. Kariadi ($p=0,966$; $\alpha=0,05$).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian yaitu variabel bebas pengetahuan, variabel terikat ketepatan pelaksanaan *triage*, metode penelitian yaitu survey analitik dengan pendekatan *cross sectional* dan analisa data yaitu *Spearman Rho*.

2. Kresna (2016) tentang gambaran pengetahuan perawat dalam melakukan *triage* di UGD RSUD Kota Surakarta.

Jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif analitik. Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah 15 perawat, dengan menggunakan teknik total sampling. Hasil penelitian menurut usia perawat bahwa sebagian besar perawat berusia usia 25 – 30 tahun (60%). Frekuensi jenis kelamin sebagian besar perawat laki-laki (93,75%). Frekuensi pendidikan perawat sebagian besar berjumlah 12 (71,8 %) berpendidikan Diploma III. Tingkat pengetahuan perawat dalam melakukan *triage* di UGD RSUD Kota Surakarta sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang cukup dalam melakukan *triage*. Kesimpulan dari penelitian ini, pengetahuan perawat tentang *triage* adalah cukup.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada variabel penelitian yaitu variabel bebas adalah pengetahuan dan variabel terikat adalah ketepatan pelaksanaan *triage*, metode penelitian yaitu survey analitik dengan pendekatan *cross sectional* dan analisa data menggunakan spearman rho.

3. Hadi (2016), tentang gambaran pengetahuan dan penerapan *triage* oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *survei*. Sampel berjumlah 25 perawat yang diambil menggunakan teknik sampel jenuh. Data dianalisa menggunakan analisa deskriptif. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa seluruh perawat (100.0%) masuk kategori baik dalam pengetahuan tentang *triage*. Sebagian besar perawat (88.0%) masuk kategori kurang baik dalam penerapan *triage*. Semua perawat atau 100% memiliki pengetahuan yang baik dalam pengetahuan tentang *triage* tetapi 80% dari mereka kurang baik dalam penerapan *triage*.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya terletak pada metode penelitian yaitu survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*, variabel penelitian yaitu variabel bebas pengetahuan dan terikat ketepatan pelaksanaan *triage*, analisa data menggunakan spearman rank.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terletak pada waktu penelitian ini yaitu tahun 2018, tempat penelitian yaitu RSUD Wonosari, jenis penelitian yaitu survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yaitu *total sampling* dan analisa data menggunakan *spearman rho*.