

Analisis Implementasi Triage, Ketepatan Diagnosa Awal Dengan Lama Waktu Rawatan Pasien di RSUD Prof. DR. MA Hanafiah SM Batusangkar

Ardian Amri¹, Menkher Manjas², Hardisman³

Abstrak

Keselamatan pasien saat ini menjadi perhatian penting dalam pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menerapkan standar keselamatan pasien dengan melaksanakan sistem *triage* yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). **Tujuan:** Menganalisis ketepatan *triage*, ketepatan diagnosa awal dan lamanya waktu rawatan pasien di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode penelitian kombinasi (*mixed methods*) dengan desain *sequential explanatory*. **Hasil:** penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan *triage* di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar tidak tepat hasilnya adalah sebesar 6,7%. Diagnosa tidak tepat yang dilakukan dokter terhadap pasien IGD sebanyak 9,6%. Sebesar 30,8% pasien lama rawatannya tidak sesuai dengan *Clinical pathway*. Tidak ada hubungan yang bermakna antara ketepatan *triage* dengan lamanya hari rawatan (0,673), dan terdapat hubungan yang bermakna antara ketepatan diagnosa dengan lamanya hari rawatan (0,001). **Simpulan:** Triase di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar sudah dilaksanakan sesuai standar *triage* Australia. Dokter sudah melakukan tindakan atau diagnosa sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) tetapi masih ada terjadi kesalahan diagnosa dilihat dari adanya perbedaan diagnosa awal dan diagnosa saat pasien pulang. Persepsi pasien terhadap pelayanan IGD adalah merasa kurang puas, karena pasien merasa diabaikan jika jumlah pasien sedang banyak.

Kata kunci: ketepatan *triage*, ketepatan diagnosa, lama waktu rawatan, instalasi gawat darurat

Abstract

Patient safety is now an important concern in health services such as in hospitals. One of the efforts to improve health services is by implementing patient safety standards by implementing a triage system conducted at the Accident and Emergency Departement. Objectives: To analized the accuracy of triage, the accuracy of the initial diagnosis and the length of time the patient is treated at the Regional Hospital Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar. Methods: This study used a mixed methods with a sequential explanatory design. Results: The implementation of triage at the emergency room at the Regional Hospital Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar is not right the result is 6.7%. Inappropriate diagnosis by doctors of Accident and Emergency Departement patients is 9.6%. As many as 30.8% of patients treated for a long time did not comply with the Clinical Pathway. Conclusions: There was no significant relationship between the accuracy of triage and the length of day of treatment (0.673), and there was a significant relationship between the accuracy of the diagnosis and the length of treatment day (0.001). The conclusion is triage at the emergency room at Regional Hospital Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar has been carried out according to Australian triage standards. The doctor has taken action or diagnosis according to the Standard Operating Procedure (SOP) but there is still a diagnostic error seen from the existence of differences in the initial diagnosis and diagnosis when the patient returns home. The patient's perception of Accident and Emergency Departement services is still less satisfied, because the patient is still ignored if the patient is in very many conditions.

Keywords: *triage accuracy, diagnose accuracy, treatment time, accident and emergency departement*

Affiliasi penulis: 1. RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah SM Batusangkar
2. Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang (FK Unand) 3. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK Unand.
Korespondensi: Menkher Manjas, Email: menkherm@yahoo.com
Telp : 08129291831

PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah suatu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan terhadap masyarakat yang mengalami penyakit akut maupun yang mengalami trauma sesuai dengan standar yang ditetapkan. Gawat darurat merupakan keadaan dimana pasien memerlukan pemeriksaan medis segera dan apabila tidak dilakukan pemeriksaan akan berakibat fatal bagi pasien tersebut.¹

Pasien yang datang ke IGD akan mengalami proses *triage* (pemilihan). *Triage* diartikan sebagai proses memilah pasien menurut tingkat keparahannya.² Pasien akan mendapatkan pelayanan sesuai kondisi dan tingkat kegawatan. Pada saat atau setelah proses *triage*, maka keluarga pasien/pengantar secara bersamaan diarahkan untuk mendaftarkan identitas pasien, kemudian pasien akan dilayani oleh dokter jaga dan perawat. Diagnosa dan terapi, dokter jaga akan melengkapi pemeriksaan fisik dan penunjang (laboratorium, radiologi). Dokter jaga IGD juga didukung oleh dokter spesialis yang lengkap dan siap *on call* 24 jam. Setelah mendapat pelayanan di IGD, pasien dapat dirawat, pulang atau bahkan ada yang meninggal. Diakhiri proses pelayanan, pasien dan keluarga akan menyelesaikan administrasi, sedangkan untuk pasien dirawat, maka penyelesaian administrasi pada saat pasien pulang dirawat.³

Keselamatan pasien saat ini menjadi perhatian penting dalam pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menerapkan standar keselamatan pasien dengan melaksanakan sistem *triage* yang dilakukan di IGD. Metode *triage* yang biasa digunakan adalah *Simple Triage And Rapid Treatment* (START). Metode START digunakan untuk pertolongan pertama pada pasien dengan lama waktu penggolongan 30 detik atau kurang

berdasarkan tiga pemeriksaan primer seperti respirasi, perfusi (mengecek nadi radialis) dan status mental.¹

Kemampuan dokter dalam melakukan *triage* sangat berpengaruh terhadap tingkat keberhasilan pertolongan pada saat pasien mengalami kegawat daruratan. Ketepatan perawat dalam melaksanakan *triage* juga dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain pengetahuan perawat tentang *triage*, motivasi kerja dan beban kerja. Pengetahuan menjadi salah satu faktor yang sangat penting dalam ketepatan pelaksanaan *triage*.²

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada 6 Maret 2018 di IGD RSUD Prof. DR. M.A. Hanafiah SM, jumlah perawat ada 19 perawat dan 5 bidan. Sistem *triage* yang digunakan adalah START sistem. Setiap pasien yang datang akan dilakukan *triage* oleh perawat ataupun bidan yang berjaga, tidak ada petugas *triage* khusus karena semua perawat dan bidan yang berjaga berwenang melakukan *triage*. Pasien akan masuk ruang *triage* dan akan dilakukan *triage* sesuai dengan kegawatan pasien.

Penandaan *triage* dilakukan dengan melihat warna pada lembar observasi ketepatan *triage* yang digunakan. Setelah dilakukan *triage* pasien akan ditempatkan sesuai dengan golongan *triagenya*. *Uptriage* dilakukan ketika terjadi kondisi pasien yang tiba-tiba memburuk ataupun ketika terjadi keraguan dalam menentukan tingkat kegawatan (*triage*). Dalam melakukan *triage* pernah terjadi kesalahan terutama pada kunjungan pasien banyak, namun kesalahan tersebut langsung dilakukan *uptriage*.²

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kombinasi (*mixed methods*) dengan desain *sequential explanatory* yaitu metode penelitian yang menggabungkan kuantitatif dan kualitatif secara berurutan. Metode ini menggunakan metode kuantitatif pada tahap pertama dengan pendekatan *cross sectional* dan pada tahap kedua menggunakan metode kualitatif untuk mendukung hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan pada tahap pertama.⁴

HASIL

Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang digunakan untuk melihat distribusi frekuensi atau gambaran dari masing-masing variabel penelitian.

a. Ketepatan *Triage*

Tabel 1. Ketepatan triage yang dilaksanakan di IGD RSUD Prof.DR.M.A Hanafiah, SM Batusangkar

| Karakteristik Triage | f | % |
|---------------------------|-----|------|
| <i>Triage</i> Tepat | 87 | 82.1 |
| <i>Triage</i> Tidak Tepat | 19 | 17.9 |
| Total | 106 | 100 |

b. Ketepatan Diagnosa

Tabel 2. Ketepatan diagnosa yang dilaksanakan di IGD RSUD Prof.DR.M.A Hanafiah, SM Batusangkar

| Karakteristik Ketepatan Diagnosa | f | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Diagnosa Tepat | 97 | 91.5 |
| Diagnosa Tidak Tepat | 9 | 8.5 |
| Total | 106 | 100 |

c. Lamanya Hari Rawatan

Tabel 3. Ketepatan lamanya hari rawatan yang dilaksanakan di IGD RSUD Prof.DR.M.A Hanafiah, SM Batusangkar

| Karakteristik Lamanya Hari Rawatan | f | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Sesuai panduan praktek klinis | 73 | 68.9 |
| Tidak sesuai panduan praktek klinis | 33 | 31.1 |
| Total | 106 | 100 |

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel Independen (ketepatan *trriage*, ketepatan diagnosa) dengan variabel dependen (lamanya hari rawatan). Hasil analisis bivariat penelitian yaitu:

Tabel 4. Hubungan ketepatan triage dengan lama rawatan

| Ketepatan Triage | Lamanya Hari Rawatan | | | | Total | p | |
|------------------|-------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------|-----|-------|
| | Sesuai Panduan Praktek Klinis | | Tidak Sesuai Panduan Praktek Klinis | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Tepat | 60 | 69.0 | 27 | 31.0 | 87 | 100 | 1.000 |
| Tidak tepat | 13 | 68.4 | 6 | 31.6 | 19 | 100 | |

Diketahui persentase lama rawatan sesuai dengan Panduan Praktek Klinis dengan *Triage* tepat lebih tinggi (69,0%) dibandingkan lamanya hari rawatan sesuai Panduan Praktek Klinis dengan *Triage* tidak tepat (68.4%).

Tabel 5. Hubungan ketepatan diagnosa dengan lama rawatan

| Ketepatan Diagnosa | Lamanya Hari Rawatan | | | | Total | p | |
|--------------------|-------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------|-----|------|
| | Sesuai Panduan Praktek Klinis | | Tidak Sesuai Panduan Praktek Klinis | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Tepat | 60 | 69.0 | 27 | 31.0 | 87 | 100 | 1.00 |
| Tidak tepat | 13 | 68.4 | 6 | 31.6 | 19 | 100 | 0 |

Diketahui persentase lama hari rawatan sesuai dengan Panduan praktek klinis dengan diagnose tepat lebih tinggi (74.2%) dibandingkan lamanya hari rawatan sesuai Panduan praktek klinis denga diagnosa tidak tepat (11.1%).

1. Ketepatan *trriage*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, *Focus Group Discussion* (FGD) dan observasi disajikan dalam matrik triangulasi pada Tabel 6 berikut ini:

Tabel 6. Matrik triangulasi metode tentang ketepatan pelaksanaan *triage* di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar

| Topik | Wawancara mendalam | FGD | Observasi | Analisis Triangulasi |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Pelaksanaan ketepatan <i>triage</i> | Pelaksanaan <i>triage</i> sudah dilaksanakan sesuai standar Australia dengan membedakan pasien kepada <i>triage</i> merah, kuning, hijau dan hitam. | Pasien diterima IGD dan langsung dtangani sesuai tingkat kegawatannya | <i>Triage</i> sudah dijalankan di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar. | <i>Triage</i> di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah, SM Batusangkar sudah dilaksanakan |

2. Ketepatan diagnosa

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan *telaah dokumen* disajikan dalam matrik triangulasi pada Tabel 7 berikut ini:

Tabel 7. Matrik triangulasi metode tentang ketepatan diagnosa di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar

| Topik | Wawancara mendalam | Observasi | Analisis Triangulasi |
|--------------------|--|--|--|
| Ketepatan diagnose | Diagnosa yang dilakukan kepada pasien sudah tepat. | Dalam dokumen ditemukan masih ada diagnosa pasien awal dan pasien pulang yang berbeda. | Dokter sudah melakukan tindakan atau diagnosa sesuai SOP tetapi masih ada terjadi kesalahan diagnosa dilihat dari adanya perbedaan diagnosa awal dan diagnosa pada saat pasien pulang. |

3. Persepsi pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD) disajikan dalam matrik triangulasi pada Tabel 8 berikut ini:

Tabel 8. Matrik triangulasi metode tentang persepsi pasien di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar

| Topik | Wawancara mendalam | FGD | Analisis Triangulasi |
|-----------------|--|---|---|
| Persepsi pasien | Pasien mengeluhkan pelayanan perawat yang lambat dan tidak ramah | Pelayanan lambat karena perawat harus mendahulukan pasien yang gawat dan karena kondisi pasien sering ramai | Perawat melakukan tindakan terhadap pasien berdasarkan tindakan kegawatannya, sehingga pasien yang tidak gawat ditunda sebentar, dan pelayanan yang lama disebabkan jumlah pasien yang banyak |

PEMBAHASAN

A. Penelitian Kuantitatif

Analisis Univariat

a. Ketepatan *triage*

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui jika sebagian besar *triage* sudah tepat, hanya sebagian sebagian kecil saja yang tidak tepat. Hal ini menunjukkan jika selama ini perawat sudah memberikan pelayanan sesuai dengan *triage* yang ditetapkan. Perawat IGD sudah bisa memilah atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganannya.

Sistem *triage* yang menjadi acuan perawat adalah *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), sistem ini ideal untuk incident korban massal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. Pelayanan *triage* dengan sistem START di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar ini mengklasifikasikan pasien dalam kelompok terapi hijau yaitu pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, *walking wounded* dan pasien histeris, triase kuning yaitu semua pasien yang tidak termasuk golongan merah dan hijau, *triage* merah yaitu semua pasien dengan gangguan *airway, breathing, circulation*

disability and exposure termasuk pasien pasien yang bernafas setelah *airway* dibebaskan, kemudian triase hitam yaitu pasien meninggal dunia.

Prinsip *triage* diartikan sebagai suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan beratnya cedera yang diprioritaskan, *triage* harus dilakukan segera dan cepat. Setiap perawat harus memiliki kemampuan untuk menilai dan merespon dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan nyawa pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa. Jumlah pasien, keterampilan perawat, ketersediaan peralatan dan sumber daya dapat menentukan setting prioritas.

Hasil yang berbeda didapatkan oleh Khairina *et al* (2018) dalam penelitiannya yang menyatakan jika pendidikan bukan menjadi faktor penentu dalam pengambilan keputusan perawat melaksanakan *triage*, justru faktor yang dominan memengaruhi ketepatan perawat dalam pengambilan keputusan melaksanakan *triage* adalah faktor pengetahuan.⁵

b. Ketepatan diagnosa

Berdasarkan hasil yang didapat jika, pasien IGD sebagian besar sudah di diagnosa secara tepat, sedangkan diagnosa yang tidak tepat hanya sebagian kecil. Hal ini menunjukkan jika dokter sudah tepat dalam menegakkan atau mengidentifikasi mengenai suatu jenis penyakit atau masalah kesehatan yang diderita atau dialami oleh seorang pasien atau masyarakat, hasil diagnosa yang dilakukan oleh dokter adalah diagnosa penyakit.

Ketidaktepatan penilaian *triage* memiliki resiko menurunnya angka keselamatan pasien dan kualitas dari layanan kesehatan. Penilaian yang dikategorikan ke *undertriage* memiliki dampak langsung ke waktu tunggu pasien dan penurunan angka keselamatan pasien. Hal ini terjadi disebabkan karena penurunan penilaian skala *triage* daripada yang seharusnya akan memperpanjang waktu penanganan yang seharusnya diterima oleh pasien tersebut sesuai dengan kondisi klinisnya. Indikator lama waktu tunggu pasien di instalasi gawat.⁵

Ketepatan melakukan diagnosa menjadi langkah awal dalam sebuah proses pengobatan karena ketepatan melakukan diagnosis maka akan mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan

selanjutnya. Diagnosa juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan, dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien untuk mencari perawatan.

c. Lamanya hari rawatan

Berdasarkan hasil diketahui jika lebih dari separuh lebih pasien lama hari rawatannya sudah sesuai dengan *Clinical Pathway*, sedangkan kurang dari separuh pasien lama rawatannya tidak sesuai dengan *Clinical Pathway*. Lama rawat atau lama hari rawat atau *Length of Stay* (LOS) adalah suatu ukuran berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada suatu periode perawatan. Satuan lama hari rawat adalah hari. 30% pasien yang lama rawatannya tidak sesuai dengan *Clinical Pathway* karena masih ada perbedaan diagnosis yang dilakukan dokter IGD terhadap pasien saat datang dengan diagnosis pasien pulang.

Di Indonesia Standar Pelayanan Minimal pelayanan IGD dilakukan selama 24 jam penuh, 7 hari terhadap kasus gawat darurat, resusitasi dan stabilisasi (*life saving*). Waktu tunggu pasien saat kedatangan pasien < 5 menit. Pada kondisi kepadatan pasien manajemen IGD dapat menerapkan lama rawat < 6-8 jam.⁶

Analisis Bivariat

a. Hubungan ketepatan *triage* dengan lamanya hari rawatan

Ketepatan perawat dalam melakukan *triage* disini artinya adalah ketepatan perawat dalam menangani dan memilah pasien. Salah satu peran dan fungsi perawat gawat darurat adalah melakukan *triage*, mengkaji dan menetapkan prioritas dalam spektrum lebih luas terhadap kondisi klinis pada berbagai keadaan yang bersifat mendadak mulai dari ancaman nyawa sampai kondisi kronis.⁷

Analisis bivariat menunjukkan jika persentase *triage* tepat yang sesuai *Clinical Pathway* lebih tinggi dibandingkan dengan *triage* tidak tepat tidak sesuai *Clinical Pathway*, yaitu 70,1% berbanding 29%. Persentase ketepatan diagnosa yang tepat sesuai *Clinical Pathway* dibandingkan diagnosa tidak tepat sesuai *Clinical Pathway*, yaitu 75,5% berbanding 10%.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketepatan diagnosa dengan lamanya hari rawatan.

b. Hubungan ketepatan diagnosa dengan lamanya hari rawatan

Ketepatan merupakan seberapa jauh perilaku seseorang dalam hal penggunaan obat, mengikuti diet atau mengubah gaya hidup sesuai dengan nasehat medis atau saran kesehatan sehingga tidak terjadi hal yang membahayakan hasil terapi pasien.⁸ Ketepatan diagnosa dalam penelitian ini adalah diagnosa dikatakan tepat jika diagnosa awal pasien masuk sama dengan diagnosa pasien saat pulang. Jika diagnosa tepat maka lama hari rawatan pasien juga sesuai dengan *Clinical Pathway*, tetapi jika diagnosa tidak tepat maka tidak akan sesuai dengan *Clinical Pathway*.

Hasil uji statistik bivariat yang dilakukan didapatkan hasil persentase ketepatan diagnosa yang tepat sesuai *Clinical Pathway* dibandingkan diagnosa tidak tepat sesuai *Clinical Pathway*, yaitu 75,5% berbanding 10%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketepatan diagnosa dengan lamanya hari rawatan.

B. Penelitian Kualitatif

1. Ketepatan *triage*

Sistem *triage* gawat darurat medis digunakan untuk menentukan pasien man yang harus ditangani lebih dahulu dibandingkan dengan pasien lainnya. Konsep awal *triage* gawatdarurat adalah membagi pasien menjadi 3 kategori yaitu *immediate*, *urgent* dan *non urgent*. Sistem *triage* medis memilah pasien berdasarkan kondisi saat masuk ruang perawatan dan memberikan kode warna untuk pasien mulai dari merah yang diberikan kepada pasien yang jika tidak diberikan penanganan dengan cepat maka pasien akan meninggal, dengan syarat pasien tersebut masih memiliki kemungkinan untuk hidup.

Pelaksanaan *triage* sangat penting dilaksanakan dalam kondisi kegawatdaruratan, sehingga faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* perlu diidentifikasi, melalui

pelaksanaan *triage*, kepuasan pasien dirumah sakit akan dapat tercapai serta kematian dan kecacatan pada kasus kegawatdaruratan dapat diminimalkan.

Triage kuning diberikan kepada pasien yang memerlukan perawatan segera, namun masih dapat ditunda karena ia masih dalam kondisi stabil. Pasien dengan kondisi kuning masih memerlukan perawatan di rumah sakit dan pada kondisi normal akan segera ditangani. *Triage* hijau diberikan kepada pasien yang memerlukan perawatan tetapi masih dapat ditunda, biasanya pasien cedera yang masih sadar dan bisa berjalan masuk dalam kategori ini. Ketika pasien gawat lain sudah selesai ditangani, maka pasien dengan kode warna hijau akan ditangani. *Triage* hitam diberikan kepada pasien yang setelah diperiksa tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan.

Berdasarkan hasil penelitian *triage* yang diterapkan di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar adalah *triage* skala Australia, yaitu penghitungan waktu dimulai sejak pasien pertama kali tiba di UGD, pemeriksaan tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan *triage* disamping melakukan pemeriksaan kegawatan pasien secara menyeluruh. Pelaksanaan *triage* di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar sudah dijalankan sesuai standar, hal ini didukung oleh hasil penelitian kuantitatif melalui uji statistik univariat jika lebih dari 93% *triage* yang dilakukan perawat sudah tepat. Pelaksanaan *triage* di IGD dilakukan oleh perawat.

Perawat merupakan seseorang yang telah dipersiapkan merawat dan menyembuhkan orang yang sakit meliputi usaha rehabilitasi, pencegahan penyakit yang dilaksanakan sendiri dibawah pengawasan dokter.⁹ Di ruangan IGD perawat adalah sumber daya manusia dirumah sakit yang harus mampu memberikan pelayanan atau tindakan keperawatan secara profesional sehingga tingkat kepercayaan pasien dan keluarga terus meningkat terhadap perawat.¹⁰

Keterampilan *triage* merupakan kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan kedalam bentuk tindakan. Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) pengetahuan dan keterampilan perawat sangat dibutuhkan, terutama dalam pengambilan keputusan klinis dimana keterampilan penting bagi perawat

dalam penilaian awal. Perawat harus mampu memprioritaskan perawatan pasien atas dasar pengambilan keputusan yang tepat, untuk mendukung hal tersebut diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus dalam pemisahan jenis dan kegawatan pasien dalam *triage*, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah. Pemisahan yang dimaksud adalah *triage*.¹¹

Pelatihan dapat meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya.¹² Dalam keterampilan anamnesa pasien, perawat memfokuskan kepada keluhan utama pasien, kapan masalah itu timbul dan tindakan yang sudah dilakukan sebelum pasien datang ke IGD. Pertimbangan lain dalam keterampilan pengambilan keputusan di *triage* adalah setiap gejala yang cenderung berulang dan intensitasnya meningkat, setiap gejala yang disertai perubahan pasti lainnya, kemunduran yang progresif, usia yang sangat muda atau sangat tua, dan pasien tidak dapat menjelaskan sumber masalah.

Penelitian lain di dapatkan hasil bahwa sebanyak 15 orang (100%) menunjukkan perawat yang mendapatkan pelatihan BCTLS dan PPGD memiliki sikap dan keterampilan yang baik dalam menerapkan tindakan *triage* sesuai dengan protap atau ketentuan yang berlaku di IGD.¹³

Hal ini sudah diatasi oleh pihak manajemen dengan menganggarkan biaya pelatihan perawat IGD di tahun 2019 untuk memberikan kesempatan kepada perawat tersebut meningkatkan kompetensinya melalui pelatihan, sehingga indikator SPM perawat yang memiliki sertifikat dapat mencapai target 100% dan pelayanan IGD di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar.

2. Ketepatan diagnosa

Dalam proses penetapan diagnosa pasien, dokter melakukan beberapa tahapan yaitu : *proffiling* yang merupakan proses paling awal yang dilakukan oleh dokter untuk mengerucutkan diagnosis yaitu dengan mengumpulkan identitas pasien. Tahap kedua yaitu melakukan *anamnesa* dan juga merupakan langkah awal mengumpulkan informasi, dimana dokter bertanya apa saja keluhan pasien dan menggali lebih lanjut pertanyaan yang terarah untuk mengerucutkan diagnosa, misalnya keluhan pasien kapan dirasakan,

bagaiman terjadinya bagaimana keluhan diatasi, apakah ada keluhan lain dan lain-lain. Ada dua tipe anamnesa yang dilakukan dokter untuk mendiagnosis penyakit yaitu *auto anamnesis* yaitu tanya jawab langsung kepada pasien dan *allo anamnesis* yaitu tanya jawab yang dilakukan dengan keluarga pasien, untuk keberhasilan diagnosis penyakit adalah dokter harus menanyakan keluhan utama yang menjadi sebab si pasien berobat atau masuk kerumah sakit.

Tahap ketiga adalah pemeriksaan fisik yang langsung dilakukan kepada pasien, hal-hal yang dilakukan dalam pemeriksaan fisik adalah inspeksi yaitu melihat, mengamati keadaan penderita secara garis besar, palpasi atau perabaan, perkusi atau ketukan serta auskultasi atau mendengarkan dengan alat.

Tahap keempat adalah melakukan pemeriksaan penunjang bila selama pemeriksaan fisik ada hal-hal yang masih meragukan, dokter membutuhkan pemeriksaan lain untuk mengkonfirmasi misalnya radiografi seperti *Magneting Resonance Imaging* (MRI), *Computed Tomography Scan* (CT Scan), Ultrasonografi ((USG) atau pemeriksaan laboratorium.

Berdasarkan fakta dilapangan ditemui jika masih ada perbedaan diagnosa antara dokter IGD dengan dokter penanggung jawab pasien. Seharusnya ada persamaan persepsi antara dokter IGD dengan DPJP untuk menghindari terjadinya perbedaan diagnosa pada pesain. Untuk itu diharapkan adanya koordinasi antara dokter IGD dengan DPJP terkait penegakan diagnosa pasien.

3. Persepsi pasien

Berdasarkan hasil penelitian terkait persepsi pasien terhadap pelayanan di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar diketahui jika masih ada pasien yang masih merasa kurang puas terhadap pelayanan perawat yang dianggap lambat dan mengabaikan pasien, hal ini berpengaruh terhadap penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan di IGD, observasi yang dilakukan langsung oleh peneliti juga memperlihatkan adanya pasien yang mengeluh karena belum mendapat pelayanan di IGD, hal tersebut terjadi disaat jumlah pasien meningkat di IGD. Hal ini mestinya menjadi bahan evaluasi bagi

manajemen Rumah Sakit. Manajemen mestinya bisa mengkaji ulang tentang kebutuhan tenaga perawat di IGD dibandingkan dengan kunjungan pasien, jika jumlah pasien selalu ramai sebaiknya manajemen menambah tenaga perawat di IGD.

Jumlah pasien dapat mempengaruhi pelayanan yang dilakukan oleh perawat atau tenaga medis, jumlah pasien yang banyak, bisa memungkinkan pelaksanaan *triage* tidak tepat. Ada hubungan jumlah kunjungan pasien dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di instalasi gawat darurat, pelaksanaan *triage* yang tepat dapat dilakukan disaat kunjungan pasien tidak banyak dan sebaliknya jika jumlah pasien meningkat maka berkemungkinan menimbulkan pelaksanaan *triage* yang tidak tepat.¹⁴

Masyarakat atau pasien melihat pelayanan yang bermutu sebagai suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluarganya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Persepsi pasien sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhipengobatan dan mau datang berobat kembali.¹⁵

SIMPULAN

Tidak ada hubungan yang bermakna antara ketepatan *triage* dengan lamanya hari rawatan, ada hubungan yang bermakna antara ketepatan diagnosa dengan lamanya hari rawatan. *Triage* di IGD RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar sudah dilaksanakan sesuai standar *triage* Australia. Dokter sudah melakukan tindakan atau diagnosa sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) tetapi masih ada terjadi kesalahan diagnosa dilihat dari adanya perbedaan diagnosa awal dan diagnosa pada saat pasien pulang serta persepsi pasien terhadap pelayanan IGD adalah masih merasa kurang puas, karena pasien merasa masih diabaikan jika jumlah pasien sedang banyak.

SARAN

Pihak manajemen RSUD melalui direktur agar meningkatkan anggaran biaya pelatihan bagi perawat dan dokter di IGD yang belum mendapatkan pelatihan,

meningkatkan koordinasi antara dokter IGD dengan dokter penanggung jawab pasien saat melakukan diagnosa terhadap pasien, Dokter penanggung jawab pasien patuh terhadap *clinical pathway*, mempertimbangkan sebelum melakukan *rolling* atau perpindahan tugas perawat dari IGD ke ruangan lain dan sebaliknya dan melengkapi sarana penunjang diagnostik di IGD.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada seluruh pihak yang turut membantu dalam menyelesaikan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Kartikawati ND. Buku ajar dasar dasar keperawatan gawat darurat. Jakarta: Salemba Medika; 2011.hlm.27-34.
- 2 Zimmerman, Herr. Triage nursing secret. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2006.hlm.127-9.
- 3 Kementerian Kesehatan RI. Standar instalasi gawat darurat di rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2009.
- 4 Sugiyono. Metode penelitian kombinasi. Bandung: Alfabeta; 2016.hlm.59-60.
- 5 Khairina I, Mallini H. Huriani E. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan perawat dalam ketepatan triage di kota Padang. Indonesian Journal for Health Sciences. 2018; 2(1):1-7.
- 6 Kementerian Kesehatan RI. Kepmenkes RI No. 856 tentang Standar Penanganan Pasien Gawat Darurat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2009.
- 7 Faidah N, Ratnawaty R, Setyoadi. Pengalaman perawat dalam pengambilan keputusan triage di instalasi gawat darurat RSUD RAA Sowondo Pati. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama. 2013;1(2):93-104.
- 8 Rantucci MJ. Komunikasi apoteker-pasien. Jakarta: ECG; 2009.hlm.13-4.
- 9 Departemen Kesehatan RI. Pedoman manajemen sumber daya manusia (SDM) kesehatan dalam penanggulangan bencana. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2006.
- 10 Musliha. Keperawatan gawat darurat. Yogyakarta. Nuha Medika; 2010.hlm.59-65.

- 11 Oman KS, Kaziol-Mclain J, Scheetz LJ. Keperawatan emergency. Jakarta: ECG; 2012.hlm. 45-7.
- 12 Virgillio DG. Problem based learning for training health care managers developing countries. Jurnal Medical Education. 2003;3:35-47.
- 13 Rica M. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2016.hlm.75-9.
- 14 Nonutu. Hubungan jumlah kunjungan dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di instalasi gawat darurat RSUP Prof.Dr. D Kondou Manado [tesis]. Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2015.
- 15 Pohan LS. Jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar. Jakarta: Kesaint Blanc; 2003.hlm.22-5.