

ANALISIS FAKTOR PELAKSANAAN *TRIAGE* DI INSTALASI GAWAT DARURAT (*The Factors Associated with The Triage Implementation in Emergency Department*)

Nur Ainiyah^{*}, Ahsan^{**}, Mukhamad Fathoni^{***}

^{*}Prodi Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat FK Universitas Brawijaya
^{**}, ^{***} Staf Pengajar Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
E-mail: ainiyahannuri@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: *Triage* merupakan proses memilah pasien menurut tingkat keparahannya. Namun fenomena yang terjadi di IGD di beberapa rumah sakit ternyata *triage* tidak dilaksanakan sehingga tidak semua kasus pasien yang datang di IGD merupakan kasus yang mengancam jiwa akan tetapi ada juga yang termasuk pasien dengan *false emergency*. Untuk meminimalkan masuknya pasien *false emergency* tersebut adalah dengan melaksanakan *triage* sehingga pelayanan IGD dapat diberikan secara optimal. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit A dan B. **Metode:** Desain penelitian ini adalah analitik korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian ini adalah instalasi gawat darurat dengan sampel penelitian yaitu perawat IGD dan pasien yang datang ke IGD. Penelitian ini menggunakan total sampling untuk perawat IGD (54 responden) dan *accidental sampling* untuk pasien (54 responden). Pengambilan data dilakukan bulan Juli-Agustus 2014. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi dan kuesioner. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan analisis multivariat regresi logistik dengan metode backward LR. **Hasil:** Faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan *triage* adalah faktor kinerja (p value = 0,002), faktor pasien (p value = 0,011), faktor ketenagaan (p value = 0,017). **Diskusi:** Pihak rumah sakit dapat meningkatkan motivasi kerja, mengoptimalkan ketenagaan perawat dengan cara memberikan *job description* secara jelas dan meningkatkan kualitasnya dengan mengikuti pelatihan *Triage Officer Course*.

Kata kunci: *triage*, faktor kinerja, faktor pasien, faktor ketenagaan

ABSTRACT

Introduction: *Triage* is defined as a process to sort patients based on the severity and emergency situation. In fact, Emergency Department (ED) in several hospitals in Indonesia do not implement it, so not all patients come to Emergency Department due to a true emergency case but there are also a false emergency. Implementing *triage* is important in order to decrease false emergency case and also increase ED service quality. The research goal was to analyze factors associated with the *triage* implementation in Emergency Department in Hospitals (type A and B). **Method:** The research design was a cross sectional with correlative analysis. The research population was emergency department nurses and patients. Samples were taken by total sampling for the nurses (54 respondents) and *accidental sampling* for patients (54 respondents). The research instruments were questionnaire and direct observation. The research datas were analyzed using multivariat logistic regression by backward LR. **Result:** The result showed that the dominant factors correlated with the implementation of the *triage* was the performance factor (p value. 0,002), the patient factor (p value = 0.011), and the staffing factor (p value. 0.017). **Discussion:** The hospital management can increase the work motivation, then optimize the nurses by giving a *job description* clearly and improve nursing service quality through *Triage Officer Course*.

Keywords: *triage*, performance factor, patient factor, staffing factor

PENDAHULUAN

Triage diartikan sebagai proses memilah pasien menurut tingkat keparahannya. Fenomena yang terjadi di beberapa IGD rumah sakit ternyata tidak semua kasus pasien yang datang merupakan kasus dengan kondisi gawat darurat yang mengancam jiwa, namun ada beberapa kasus yang termasuk pasien dengan kategori *false emergency*. Salah satu cara untuk pasien *false emergency* adalah dengan melaksanakan *triage* di IGD tersebut.

Andersson, Omberg dan Svedlund (2006) menyatakan bahwa perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran dan tanggung jawab utama dalam melakukan *triage* di IGD. Kenyataannya, sistem *triage* di Indonesia belum terstandar secara nasional, sehingga pelaksanaan *triage* antar rumah sakit menjadi berbeda. Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti, petugas *triage* di beberapa rumah sakit di Jawa Timur dilakukan oleh profesi yang berbeda-beda, antara lain oleh

dokter umum (dibantu oleh perawat) dan oleh perawat saja. Penelitian Fathoni, Sangchan, Songwatha (2013) di beberapa Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Jawa Timur menunjukkan bahwa kemampuan kognitif perawat mengenai *triage* masih kurang, khususnya dalam hal menentukan prosedur dan manajemen penyakit pasien. Selain itu, kemampuan psikomotor perawat mengenai *triage* juga masih berada dalam kategori sedang.

Berdasarkan observasi di IGD Rumah Sakit A didapatkan gambaran bahwa jumlah perawat yang *stand by* di depan pintu IGD sangat terbatas (hanya satu orang) dibantu dengan seorang mahasiswa keperawatan yang sedang menjalani praktek klinis. Perawat tersebut bertugas untuk menanyakan keluhan pasien, memilah apakah termasuk trauma atau non trauma, mengantar pasien masuk ruang tindakan, dan memberikan kode *triage*. Namun berdasarkan observasi peneliti kode *triage* ini tidak diberikan oleh perawat meskipun telah ada sosialisasi penerapan kode *triage* di dinding.

Data observasi lainnya menunjukkan bahwa perawat IGD Rumah Sakit A juga tidak melakukan pemeriksaan fisik pasien di ruang *triage* (meskipun ada ruang khusus *triage*). Selain itu, peralatan di ruang *triage* tampak terbatas dan kurangnya jumlah perawat yang bertugas setiap *shift*, di mana *shift* pagi hanya terdapat 9 orang perawat, padahal jumlah pasien pada *shift* tersebut sering melebihi kapasitas brankart yang ada (40 buah), sehingga ruangan IGD menjadi sangat penuh (*overcrowded*). Hasil observasi di atas menunjukkan bahwa permasalahan lingkungan kerja di instalasi tersebut sangat kompleks.

Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor pasien, faktor perlengkapan *triage*, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* yang digunakan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review*, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh Andersson, A.K., M. Omberg, dan M. Svedlund (2007) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua faktor yaitu

faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien. Jika faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Pelaksanaan *triage* sangat penting dilaksanakan dalam kondisi kegawatdaruratan, sehingga faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* perlu diidentifikasi serta diperlukan rekomendasi tindak lanjut untuk memperbaikinya, khususnya masalah peningkatan mutu dan jumlah tenaga perawat, serta melengkapi dan mengoptimalkan penggunaan perlengkapan *triage*. Melalui pelaksanaan *triage*, kepuasan pasien di rumah sakit akan dapat tercapai serta kematian dan kecacatan pada kasus kegawatdaruratan dapat diminimalkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit A dan B.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat dan pasien di IGD Rumah Sakit A dan B dengan menggunakan *total sampling* untuk perawat (54 perawat) dan *accidental sampling* untuk pasien yang didampingi oleh keluarga (54 pasien). Analisa data penelitian dilakukan dengan teknik univariat (ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi), bivariat (uji *chi-square*) serta multivariat (uji regresi logistik dengan metode backward).

HASIL

Data penelitian berupa karakteristik responden disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, sedangkan data lainnya disajikan dalam bentuk tabulasi silang.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat IGD adalah laki-laki, sedangkan usia dominan sekitar 18–34 tahun yang menunjukkan usia dewasa dan usia produktif. Latar belakang pendidikan perawat IGD sebagian besar merupakan pendidikan tinggi (D3 Keperawatan).

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebanyak 35% perawat IGD yang memiliki faktor kinerja

Tabel 1. Karakteristik Perawat IGD

Variabel Faktor Kinerja	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	34	63
- Perempuan	20	37
Usia		
- 18–34	15	18
- 35–49	38	72
Pendidikan terakhir		
- SPK	1	2
- D3 Kep	44	81
- S1 Kep	9	17
- S2 Kep	0	0
Total	54	100

Tabel 2. Tabulasi silang faktor kinerja dan pelaksanaan *triage* di IGD

Faktor Kinerja	Pelaksanaan <i>Triage</i>		Total
	kurang optimal f(%)	optimal f(%)	
Kurang baik	20(37)	1(2)	21(39)
Baik	14(26)	19(35)	33(61)
<i>p value</i>	0.000		

Tabel 3. Tabulasi silang faktor pasien dan pelaksanaan *triage* di IGD

Faktor Pasien	Pelaksanaan <i>Triage</i>		Total
	kurang optimal f(%)	optimal f(%)	
Kurang baik	19(35)	2(4)	21(39)
Baik	15(28)	18(33)	33(61)
<i>p value</i>	0.01		

baik melaksanakan *triage* secara optimal. Di sisi lain, ada perawat yang memiliki faktor kinerja kurang baik (2%) namun dapat melaksanakan *triage* secara optimal. Berdasarkan hasil uji *Fisher* didapatkan bahwa $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga H1 diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara faktor kinerja dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Tabel 3 menunjukkan sebanyak 33% responden memiliki faktor pasien yang baik dan mendapatkan pelayanan *triage* yang optimal, sedangkan 4 % responden memiliki faktor pasien yang kurang baik namun tetap mendapatkan pelayanan *triage* yang optimal. Berdasarkan hasil uji *Fisher* didapatkan bahwa $p\text{ value} = 0,01$ ($p < 0,05$), sehingga H1 diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara faktor pasien dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Tabel 4 menunjukkan 2% responden memiliki faktor ketenagaan yang kurang baik dengan pelaksanaan *triage* optimal. Di sisi lain, 35% responden dengan faktor ketenagaan baik menunjukkan pelaksanaan *triage* optimal. Uji *Fisher* didapatkan $p\text{ value} = 0,011$ ($p < 0,05$) sehingga H1 diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara faktor ketenagaan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Tabel 5 menunjukkan bahwa 8% responden berpendapat faktor perlengkapan kurang baik namun pelaksanaan *triage* tetap optimal, 30% responden berpendapat faktor perlengkapan sudah baik dan pelaksanaan *triagenya* optimal. Uji *Fisher* menunjukkan $p\text{ value} = 0,010$ ($p < 0,05$) sehingga H1 diterima

Tabel 4. Hubungan faktor ketenagaan dengan pelaksanaan *triage* di IGD

Faktor Ketenagaan	Pelaksanaan <i>Triage</i>		Total
	kurang optimal f(%)	optimal f(%)	
Kurang baik	12(22)	1(2)	13(24)
Baik	22(41)	19(35)	33(76)
<i>p value</i>	0.011		

berarti ada hubungan faktor perlengkapan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Tabel 6 didapatkan data bahwa faktor model keperawatan yang tidak lengkap 18 responden (37%) menunjukkan pelaksanaan *triage* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan telah optimal dan 36 responden (67%) menunjukkan pelaksanaan *triage* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kurang optimal. Uji *chi square* tidak menunjukkan p value karena data faktor model keperawatan sama (data yang didapatkan konstan), sehingga tidak dapat dihitung nilai statistiknya.

Tabel 5. Tabulasi silang faktor perlengkapan dengan pelaksanaan *triage* di IGD

Faktor Perlengkapan	Pelaksanaan <i>Triage</i>		Total
	Kurang optimal	Optimal	
	f(%)	f(%)	
Kurang baik	19(35)	4(8)	23(42)
Baik	15(28)	16(30)	31(58)
<i>p value</i>	0,010		

Tabel 6. Tabulasi silang faktor model keperawatan dengan pelaksanaan *triage* di IGD

No	Faktor Model Keperawatan	Pelaksanaan <i>Triage</i>		Total
		kurang optimal	Optimal	
		f(%)	f(%)	
1	Lengkap	0	0	0
2	Tidak Lengkap	36(67)	18(37)	0
<i>p value</i>				

Tabel 7. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik

		B	Df	p	OR
Langkah 1 ^a	F kinerja	-3.71	1	.003	0.24
	F perlengkapan	-.28	1	.776	0.75
	F pasien	-2.47	1	.019	0.84
	F ketenagaan	-2.96		.018	0.05
	Constant	1.794	1	.006	6.01
Langkah 2 ^a	F kinerja	-3.80	1	.002	0.02
	F pasien	-2.56	1	.011	0.07
	F ketenagaan	-2.98	1	.017	0.05
	Constant	1.747		.005	5.73

Penelitian ini menggunakan analisis multivariat regresi logistik karena variabel dependent pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan menggunakan skala data berupa kategori dikotomi yaitu optimal dan kurang optimal. Syarat analisis multivariat adalah nilai $p < 0,25$ sehingga variabel yang memenuhi syarat untuk dilakukan analisis multivariat regresi logistik adalah faktor kinerja (p value = 0.000), faktor pasien (p value = 0,01), faktor ketenagaan (p value = 0.011) dan faktor perlengkapan (p value = 0.010).

Tabel 7 menunjukkan bahwa faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan secara berurutan dimulai dari OR yang paling kecil yaitu faktor kinerja (B = -3,803, p sig. 0,002), faktor ketenagaan (B= -2,986, p sig. 0,017), faktor pasien (B= -2,568, p sig. 0,011), dengan konstanta 1,747, sehingga didapatkan persamaan regresi, yaitu:

$$P = 1,747 + -3,803_{\text{kinerja pasien}} + -2,986_{\text{tenaga}} + -2,568$$

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 2 didapatkan data bahwa faktor kinerja yang kurang baik

sebanyak 1 responden (2%) melaksanakan *triage* optimal dan faktor kinerja yang baik 19 responden (35%) melaksanakan *triage* optimal. Berdasarkan hasil uji Fisher didapatkan bahwa $p\text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga H_1 diterima berarti ada hubungan faktor kinerja dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Faktor kinerja dalam penelitian ini meliputi subvariabel kepemimpinan, perawatan kritis, hubungan interpersonal atau kolaborasi, pendidikan kesehatan atau *teaching* dan pengembangan profesi. Responden yang mempunyai faktor kinerja baik ditunjukkan dari sebagian besar responden sering menerima kritikan yang diberikan kepada dirinya dan sering bersifat terbuka atas saran yang diberikan kepada orang lain.

Hal tersebut di atas menunjukkan bahwa responden memiliki sifat kepemimpinan hampir sama dengan gaya kepemimpinan partisipatif, seperti yang disampaikan oleh House dalam Agustina (2009) yang menyatakan bahwa ada beberapa gaya kepemimpinan yang dimiliki seseorang antara lain gaya kepemimpinan partisipatif, suportif dan beberapa yang lain, sedangkan gaya kepemimpinan partisipatif adalah seorang pemimpin terbuka dalam menerima kritikan orang lain, memberikan kewenangan dan tanggung jawab kepada individu atau kelompok untuk mengambil sebuah keputusan. Hal yang sama juga didapatkan dalam penelitian Doran, Amy Sanchez, Martin Gevans, Kathleen MacMillan (2004) bahwa gaya kepemimpinan yang baik akan menciptakan lingkungan yang baik dan kinerja yang baik pula.

Kinerja responden yang baik ini kemungkinan disebabkan karena separuh perawat mempunyai pengalaman yang cukup lama bekerja di IGD (5–10 tahun), dengan pengalaman yang cukup lama, maka kemampuan menghadapi pasien dan kasus juga akan semakin banyak sehingga ketika melaksanakan tindakan perawatan dapat optimal. Hal ini sesuai dengan penelitian Fujino, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. (2014) pada 1395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang menunjukkan bahwa 1045 perawat (76%) menunjukkan

bahwa semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi semakin baik.

Kinerja responden yang baik juga ditunjukkan dengan responden dapat melakukan perawatan baik kritis ataupun non kritis dengan baik yaitu sebagian besar mampu menggunakan perangkat mekanik atau penunjang, sebagian besar sering melakukan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien kritis, hampir separuh perawat sangat sering bekerja dengan kompeten dalam situasi darurat. Hal ini sesuai dengan penelitian Wahyudi (2010) bahwa terdapat hubungan bermakna antara kemampuan praktik profesional dengan kinerja perawat $p\text{ value} = 0,03$ ($p < 0,05$).

Kinerja responden yang kurang baik ditunjukkan dari sebagian kecil responden masih sedikit yang mendapatkan bimbingan dari anggota tim lainnya dalam perencanaan asuhan keperawatan jika mengalami kesulitan, sebagian kecil responden memberikan dukungan emosional pada keluarga pasien yang akan meninggal, dari hal tersebut diketahui bahwa komunikasi interpersonal dengan pasien atau kolaborasi responden dengan dokter atau teman sejawat kurang baik sehingga kinerja yang dilaksanakan kurang baik pula.

Hal tersebut di atas sesuai dengan penelitian Tanabe, Motoko & Yoshimi Suzukamo & Ichiro Tsuji & Sin-Ichi Izumi pada 112 perawat puskesmas yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu salah satunya sebagai kontrol. Penelitian ini memberikan perlakuan berupa pelatihan keterampilan komunikasi dan hasilnya menunjukkan bahwa kinerja perawat meningkat secara signifikan pada responden yang lebih dahulu mendapatkan pelatihan daripada yang tidak diberikan pelatihan.

Kinerja responden yang kurang baik juga ditunjukkan dari sebagian kecil responden merasa kurang atau belum mampu menggunakan kesempatan belajar yang diberikan kepadanya untuk pengembangan diri dan profesional berkelanjutan. Hal ini bertolak belakang dengan Wilson (2012) bahwa standar pengembangan profesional kinerja perawat antara lain pelaksanaan tindakan sesuai etika, kepemimpinan dan standar pengembangan staf.

Penelitian lain yang hal ini telah dilakukan oleh Dadashzadeh, Abbas, Farahnaz Abdolazadeh, Azad Rahman, Morteza Ghojazadeh (2013) bahwa dalam penelitian kualitatifnya menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* dibagi menjadi 3 kategori yaitu pertama faktor personal (keterampilan dan pengetahuan perawat), kedua faktor pasien dan ketiga adalah faktor non personal salah satunya adalah beban kerja.

Hal tersebut di atas dikuatkan pula oleh *Australian Triage Process Review* (2005) menyatakan bahwa kinerja mempengaruhi pelaksanaan *triage*. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa faktor kinerja berhubungan dengan pelaksanaan *triage*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan faktor pasien dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan. *Australian Triage Process Review* (2011) yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* adalah faktor pasien yang meliputi kepuasan atau pengalaman pasien, karakteristik pasien, keamanan dan keselamatan pasien, lama waktu tunggu, serta antrian (*queuing*).

Faktor pasien baik dengan mendapatkan pelayanan atau pelaksanaan *triage* optimal, hal ini ditunjukkan dengan sebagian besar pasien sangat puas karena perawat segera berdiri dan mendekati pasien dan membantu berpindah atau menempati bed atau kursi roda, sebagian besar pasien merasa sangat puas karena perawat menanyakan keluhan yang dirasakan pasien dalam waktu kurang dari 5 menit, hampir seluruh pasien sangat puas karena perawat melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi dan suhu tidak lebih dari 5 menit, sebagian besar pasien sangat puas karena dokter melakukan pemeriksaan tidak lebih dari 10 menit.

Lama waktu tunggu dalam penelitian ini merupakan ketepatan waktu yang diberikan kepada pasien untuk mendapatkan pengobatan sesuai dengan kondisi pasien (status kegawatan pasien). Hal tersebut di atas sesuai dengan Parasuraman dalam Yohana (2011) bahwa kemauan untuk memberikan pelayanan dengan

cepat dan tepat berhubungan dengan kepuasan pasien.

Menurut Tarlier (2004) bahwa hubungan *responsiveness* ini dibentuk berdasarkan 3 elemen yaitu *respect* (hormat), *trust* (percaya), dan *mutuality* (pertolongan). *Responsiveness* ini ditunjukkan dalam penelitian ini bahwa lebih dari separuh perawat segera datang dan berespons ketika pasien membutuhkan sesuatu atau memanggil perawat, sebagian besar responden menyatakan bahwa perawat mampu mengkaji dengan baik, hal ini sesuai dengan penelitian Toma, G, Wayne Triner, Louise-Ann McNutt (2009) yang menyatakan bahwa kepuasan pasien berkorelasi kuat dengan keterampilan interpersonal tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian.

Faktor pasien baik juga ditunjukkan dengan separuh pasien puas karena perawat atau petugas menerima pasien dengan baik mulai dari pintu IGD, sebagian besar pasien puas karena perawat atau dokter menjelaskan tentang kondisi dan pengobatan yang akan diterima, sebagian besar pasien juga sangat puas karena perawat juga mengikutsertakan pasien dalam pengambilan keputusan.

Hal ini menunjukkan bahwa informasi dan komunikasi interpersonal antara perawat atau petugas kesehatan dengan pasien berjalan dengan baik, dengan berjalannya komunikasi yang baik tersebut maka kepuasan akan tercapai, hal ini sesuai dengan penelitian Salehi, Lesley Strawderman, Laura Ruff (2012) pada 722 pasien di Rumah Sakit Australia menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara komunikasi dengan kepuasan pasien, hal yang sama juga dilakukan dalam penelitian Nielsen (2004) bahwa dengan komunikasi akan dapat meningkatkan kepuasan. Hal yang sama juga ditemukan dalam penelitian Radtke (2013) yang melakukan observasi kepuasan pasien selama 3 bulan dan hasilnya menunjukkan terjadi peningkatan dari 75% menjadi 87% setelah perawat melakukan komunikasi interpersonal kepada pasien selama operan.

Berdasarkan hasil penelitian Chan JN and Chau J. (2005) dan Elder (2004) menunjukkan bahwa kepuasan pasien berhubungan dengan pelaksanaan *triage*,

dan salah satu cara meningkatkan kepuasan pasien adalah dengan menurunkan lama waktu tunggu. (Walrath, Jo M. Ramona Tomallo-Bowman, Jeanne M. Maguire. 2004), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor pasien berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan tabel 4 didapatkan data bahwa faktor ketenagaan yang kurang baik 1 responden (2%) menunjukkan pelaksanaan *triage* optimal sedangkan faktor ketenagaan yang baik 19 responden (35%) menunjukkan pelaksanaan *triage* optimal. Berdasarkan hasil uji Fisher didapatkan bahwa $p\text{ value} = 0,011$ ($\rho < 0,05$) sehingga H_1 diterima berarti ada hubungan faktor ketenagaan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan

Faktor ketenagaan baik dengan pelaksanaan *triage* optimal ditunjukkan dengan hasil perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan rumus formula Instalasi Gawat Darurat (Raymond, 2011) didapatkan bahwa di IGD tersebut membutuhkan 8 perawat sedangkan pada kenyataannya tenaga yang dimiliki adalah sejumlah 18 perawat hal ini menunjukkan bahwa ketenagaan yang dimiliki IGD tersebut lebih dari kebutuhan. Hal ini sesuai dengan penelitian Jansen (2011) yang menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* yaitu salah satunya adalah jumlah tenaga dan pengaturan shift.

Faktor ketenagaan baik menunjukkan pelaksanaan *triagenya* optimal, selain dilihat dari segi kuantitas juga dilihat dari segi kualitas di mana kualitas perawatnya seluruhnya sudah pernah mengikuti BLS, BTLS dan PPGD selain itu separuh dari tenaga perawat sudah bekerja selama 5–10 tahun di IGD. Hasil yang demikian ini sejalan dengan dilakukan oleh Russo (2010) yang menunjukkan bahwa pendidikan dan pengalaman perawat mempengaruhi pengambilan keputusan *triage*. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor ketenagaan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan tabel 5 didapatkan data bahwa pendapat tentang faktor perlengkapan yang kurang baik didapat dari 4 responden

(8%) menunjukkan pelaksanaan *triagenya* optimal sedangkan pendapat tentang faktor perlengkapan yang baik 16 responden (30%) menunjukkan pelaksanaan *triagenya* optimal. Berdasarkan hasil uji Fisher didapatkan bahwa $p\text{ value} = 0,010$ ($\rho < 0,05$) sehingga H_1 diterima berarti ada hubungan faktor perlengkapan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Pendapat tentang faktor perlengkapan baik dan pelaksanaan *triagenya* optimal, hal ini ditunjukkan dengan responden menyatakan bahwa sebagian besar setuju pimpinan memonitor semua kegiatan yang dilakukan oleh staf, sebagian besar setuju pimpinan mudah diajak berkonsultasi, bersifat terbuka dan baik dalam mendiskusikan pelaksanaan tugas dengan stafnya, separuh responden setuju pimpinan mempunyai kemampuan penyelesaian masalah yang baik.

Faktor perlengkapan dalam hal ini subvariabel lingkungan kerja (kepemimpinan) menunjukkan bahwa kepemimpinan merupakan bagian yang sangat penting yang dapat mempengaruhi pelayanan keperawatan serta dapat memberikan kualitas praktik keperawatan yang baik kepada pasien (Huber, 2006).

Pendapat tentang faktor perlengkapan baik dan pelaksanaan *triagenya* optimal, juga ditunjukkan dengan sebagian besar responden menyatakan setuju bahwa ketersediaan sarana dan prasarana dalam jumlah yang cukup dan nyaman ketika memberikan pelayanan kepada pasien sebagian besar responden menyatakan sarana dan prasarana yang digunakan telah sesuai dengan perkembangan teknologi kesehatan, sebagian besar setuju bahwa tersedia kesempatan untuk berkomunikasi antara pasien, perawat dan dokter, hampir separuh perlengkapan fisik sarana dan prasarana sudah menunjukkan lengkap.

Berdasarkan hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa lingkungan kerja terbagi menjadi dua yaitu pertama adalah lingkungan kerja fisik (ketersediaan sumber daya atau sarana dan prasarana) dan lingkungan kerja non fisik yaitu yang berhubungan dengan lingkungan kerja, baik hubungan dengan

atasan maupun hubungan dengan sesama rekan kerja, ataupun hubungan dengan bawahan (Sedarmayanti dalam Ghoffur, 2011).

Ketersediaan sumber daya merupakan salah satu dukungan yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan terhadap pasien secara optimal, seperti halnya dalam penelitian kualitatif Jansen (2011) bahwa faktor salah satu faktor yang berpengaruh dalam pelaksanaan pedoman *triage* adalah sumber daya. Hal ini didukung oleh penelitian Yoon, Philip, Ivan Steiner, Gilles Reinhardt (2003) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi lama waktu tunggu di IGD adalah perlengkapan.

Pendapat tentang faktor perlengkapan baik dengan pelaksanaan *triagenya* optimal juga ditunjukkan dari sebagian besar setuju komunikasi antar perawat atau perawat dengan dokter berjalan dengan baik meskipun ketika terjadi kesulitan saat memberikan pelayanan pada pasien, separuh responden setuju pelayanan keperawatan dilakukan secara bersamaan dan saling membantu antar sesama tim, sebagian besar responden setuju adanya kesempatan untuk menyampaikan ide antar sesama rekan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa lingkungan kerja non fisik dapat berupa hubungan komunikasi atau kerja sama antara staf atau antara perawat dan dokter, dengan kerja sama yang baik maka lingkungan menjadi kondusif sehingga pelayanan keperawatan dapat diberikan secara optimal, hal ini didukung oleh Marlene & Claudia (2003) menyatakan bahwa yang menjadi elemen penting dalam hubungan perawat dan dokter adalah kerja sama dan komunikasi dengan kerja sama yang baik

Berdasarkan observasi dalam penelitian ini didapatkan bahwa ketersediaan peralatan *triage* di ruang *triage* masih ada yang belum lengkap, hal ini disebabkan karena sebenarnya peralatan atau instrumen *triage* telah tersedia akan tetapi tidak ditempatkan di ruang *triage* tetapi ditempatkan di gudang peralatan dan ada juga yang ditempatkan di ruang tindakan.

Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Geraci dalam Gerdtz (2000) yang menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* antara lain adalah fasilitas fisik yang disediakan di ruang *triage*.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian kecil responden menyatakan bahwa perawat masih belum mempunyai kesempatan yang sama untuk mengikuti pelatihan. Hal ini didukung oleh penelitian Chen YM and Johantgen ME (2010), bahwa ada hubungan antara pengembangan profesional dengan kepuasan kerja, di mana kepuasan kerja merupakan sikap positif terhadap pekerjaan yang dilakukan, jika sikap positif ini muncul maka kinerja yang dilakukan juga menjadi optimal, kinerja yang dimaksud disini adalah pelaksanaan *triage*.

Berdasarkan *Australian System Process Review* (2011) bahwa faktor perlengkapan mempengaruhi pelaksanaan *triage*. Faktor perlengkapan meliputi perlengkapan atau peralatan *triage*, dukungan antar staf baik perawat dengan perawat ataupun perawat dengan dokter. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa faktor perlengkapan berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan tabel 6 didapatkan data bahwa faktor model asuhan keperawatan yang tidak lengkap 18 responden (37%) menunjukkan pelaksanaan optimal dan 36 responden (67%) menunjukkan pelaksanaan *triage* kurang optimal. Berdasarkan hasil uji *chi square* tidak didapatkan besarnya p karena faktor model asuhan keperawatan di kedua IGD yang sama sehingga data yang didapatkan tidak bervariasi atau konstan, sehingga tidak dapat dihitung nilai statistiknya.

Faktor model asuhan keperawatan yang tidak lengkap dalam penelitian ini ditunjukkan dengan IGD mempunyai model asuhan yang dimiliki IGD ini adalah *resuscitation, GP Clinic* yaitu ketenagaan yang berada di IGD adalah dokter umum, sedangkan dokter spesialis *on call* saja, meskipun sebenarnya IGD ini sudah memiliki dokter spesialis *emergency* yang hanya datang ketika shift pagi saja. Model lain yang dimiliki oleh IGD ini adalah *Maternal Neonatal Emergency Care (early pregnancy units)* serta melayani gawat medik dan gawat bedah (*Medical Surgical Assesment Units*).

Hal tersebut di atas kemungkinan disebabkan karena adanya keterbatasan sumber daya yang ada di masing-masing

rumah sakit meliputi sumber daya manusia, fasilitas, kebijakan serta infrastruktur. *Australian Triage Process Review* (2011) menyatakan bahwa model asuhan keperawatan mempengaruhi pelaksanaan *triage*, seperti *fast track, emergency short stay, pediatrics, psyciatrics emergency care centers, aged coordination and evaluation team, GP clinics, resuscitation, medical surgical assesment units, and early pregnancy*.

Jika memiliki model asuhan keperawatan yang lengkap maka diharapkan setelah perawat atau dokter melakukan *triage* kepada pasien maka pasien akan segera dimasukkan sesuai dengan kasus atau kategori yang terjadi pada pasien tersebut. Hal ini sesuai dengan McHugh, Megan, Kevin Van Dyke, Mark McClelland, Mass (2011) menyatakan bahwa untuk meningkatkan jumlah pasien dan mengurangi penuhnya pasien di IGD maka dilakukan dengan menggunakan model keperawatan salah satunya adalah dengan Fast Track. Oleh karena model asuhan keperawatan yang dimiliki IGD yang tidak bervariasi maka disimpulkan tidak diketahuinya hubungan antara model asuhan keperawatan dengan pelaksanaan *triage*.

Hasil penelitian pada Tabel 7 dapat disimpulkan faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan secara berurutan dimulai dari OR yang paling kecil yaitu faktor kinerja, faktor ketenagaan dan faktor pasien.

Variabel pertama yang paling berhubungan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan adalah faktor kinerja. Kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor individu, faktor organisasi, dan faktor psikologi. faktor individu terdiri dari kemampuan keterampilan, pengalaman dan latar belakang demografi, sedangkan faktor psikologi terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian dan motivasi, sedangkan faktor organisasi, terdiri dari sumber daya, kepemimpinan/kebijakan, imbalan, struktur, pembagian pekerjaan (*job description*). (Gibson dalam Firmansyah, 2009).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja tersebut telah ditemukan dalam penelitian ini yaitu bahwa sebagian besar mempunyai pengalaman yang cukup

lama bekerja di IGD (5-10 tahun), seluruh responden pernah mengikuti BLS, BTLS dan PPGD sedangkan sebagian besar juga sudah mengikuti GELS. Hal ini sesuai dengan penelitian Rahmati, Hashem. Mahboobeh Azmoon, Mohammad Kalantari Meibodi, Najaf Zare (2013) pada perawat IGD di Iran menunjukkan terjadi peningkatan kinerja setelah diberikan pelatihan tentang *triage* setelah 6 minggu.

Responden yang mempunyai kinerja baik akan tetapi pelaksanaan *triagenya* kurang optimal, hal ini kemungkinan disebabkan karena jumlah pasien yang sangat banyak dalam setiap shiftnya, hal ini menunjukkan beban kerja perawat yang tinggi, pembagian *job description* tenaga keperawatan masih belum terkoordinasi secara maksimal seperti tenaga perawat merangkap sebagai petugas administrasi, tidak ada perawat yang bertanggung jawab secara khusus pada satu tingkat atau satu level tertentu.

Berdasarkan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Cone, K.J. and R. Murray, (2002) di temukan 4 tema utama yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* yaitu sifat-sifat pribadi, karakteristik kognitif, karakteristik perilaku, dan pengalaman. Salah satu bagian dari karakteristik perilaku kinerja perawat. Penelitian yang juga dilakukan oleh Andersson, A. K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006) yang diikuti oleh 81 IRD yang ada di Belanda yang terdiri dari manajer, perawat, dan dokter menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pedoman *triage* yaitu kinerja perawat, tingkat pengetahuan, wawasan dan keterampilan, motivasi, dukungan, informasi dokter, pengaturan shift untuk implementasi, deskripsi tugas dan tanggung jawab, beban kerja dan sumber daya.

Variabel kedua yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah faktor ketenagaan. Faktor ketenagaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jumlah perawat di IGD, jumlah satu shift, pendidikan terakhir yang perawat yang bekerja di IGD, pelatihan lanjutan yang pernah diikuti. Hal ini didukung oleh penelitian Dadashzadeh, Abbas, Farahnaz Abdolazadeh, Rahmani, Morteza Ghojzadeh

(2013) yang menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage* adalah faktor personal yang meliputi keterampilan perawat (pengkajian, pendidikan dan pengalaman).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor kinerja (*performance*) dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan, ada hubungan faktor pasien dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan, ada hubungan faktor ketenagaan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan, ada hubungan faktor perlengkapan dengan pelaksanaan *triage* oleh tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat serta tidak ada hubungan antara faktor model asuhan keperawatan dengan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat dikarenakan tidak bisa dilakukan uji statistik. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* adalah faktor kinerja, faktor ketenagaan dan faktor pasien.

Saran

Diharapkan kepada pihak rumah sakit meningkatkan motivasi kerja, mengoptimalkan ketenagaan perawat dengan cara memberikan *job description* secara jelas, memperbaiki sistem *management* yang terkait dengan beban kerja perawat, serta meningkatkan kualitasnya dengan mengikuti pelatihan *Triage Office Course* secara bergantian.

KEPUSTAKAAN

- Andersson, A.K., Omberg, M., & Svedlund, M. 2006. Triage in the emergency department a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *British Association of Critical Care Nurse*, 11, 136–145.
- Agustina, R. 2009. *Hubungan antara Gaya Kepemimpinan dengan Kreativitas Karyawan: Analisis Pengaruh Mediasi Pemikiran Kreatif dan Motivasi Intrinsik pada Karyawan di Industri Media*. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Chan JN dan Chau J., 2005. Patient Satisfaction with Triage Nursing Care in Hong Kong. *J Adv Nurs*; 50(5): 498–507.
- Chen YM and Johantgen ME., 2010. Magnet Hospital Attributes in European Hospitals: A Multilevel Model of Job Satisfaction. *Int J Nurs Stud*. 2010 Aug; 47(8): 1001–12.
- Cone, K.J. and R. Murray. 2002. Characteristics, Insights, Decision Making, and Preparation of ED Triage Nurses. *Journal of emergency nursing*. 28(5): p. 401–406.
- Dadashzadeh, A., Farahnaz A., Azad R., Morteza G., 2013. Factors Affecting Triage Decision-Making From The Viewpoints of Emergency Department Staff in Tabriz Hospitals, *Iran J Crit Care Nurs*; 6(4): 269–276.
- Doran, D., Amy S.M., Martin G. E., Kathleen M., Linda M.H., Dorothy P., Susan S., Antonio V., 2004. *Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance*. Canadian Health Services Research Foundation. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit, Faculty of Nursing, University of Toronto.
- Fathoni, M., Hathairat S., Praneed S., 2010. Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3, 1, 2013, 511–525.
- Firmansyah, M. 2009. Pengaruh Karakteristik Organisasi terhadap Kinerja Perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan untuk Membantu Promosi Kesehatan di Rumah Sakit Umum Sigli. Tesis. Universitas Sumatera Utara.
- Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. 2014. The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence. *Int J Nurs Pract*. 2014 Apr 8. doi: 10.1111/ijn.12311.

- Gerdtz M. F. 2003. *Triage nurses' clinical decision making: A multi-method study of practice, processes and influences*. School of nursing, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Services, University of Melbourne, Melbourne.
- Ghofar, A., Misbahuddin A., 2013. *Pengaruh Lingkungan Kerja terhadap Kinerja Perawat Melalui Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi Pada Perawat Ruang Instalasi Rawat Inap Kelas I, II, III-A, dan III-B Rumah Sakit Islam Unisma Malang)*. Tesis. Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya.
- Janssen, MA., VanAchterberg, T., Adriaansen, MJ., Kampshoff, CS., & Mintjes-deGroot, J., 2011. Adherence to The Guideline 'Triage in Emergency Departments': A Survey of Dutch Emergency Departments. *J Clin Nurs*, 20(17–18), 2458–2468.
- Marlene dan Claudia S., 2003. Securing Good Nurse Physician. *JONM*. 34(7): 34–38.
- Radtke K. 2013. Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clin Nurse Spec*; 27(1): 19–25.
- Rahmati, H., Mahboobeh A., Mohammad KM., Najaf Z. 2013. Effects of Triage Education on Knowledge, Practice and Qualitative Index of Emergency Room Staff: A Quasi-Interventional Study. *Bull Emerg Trauma* 2013; 1(2): 69–75.
- Russo, TA., 2010. *Factors Affecting the Process of Clinical Decision-Making in Pediatric Pain Management by Emergency Department Nurses*. Dissertation. Doctor of Philosophy College of Nursing.
- Safari, SR., 2012. *Perceptions And Challenges Of Using Emergency Triage Assessment Treatment Guideline In Emergency Department At Muhimbili National Hospital, Tanzania*. Masters in Critical Care and Trauma Dissertation. Muhimbili University.
- Salehi, A., Lesley S., dan Laura R., 2012. *The Importance of Communication for Patient Satisfaction*. Department of Industrial and Systems Engineering Human Systems Engineering Lab Mississippi State University. <http://www.iienet2.org/SHS/Details.aspx?id=18430>
- Raymond HS. 2012. *Manajemen Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Tanabe, M., Yoshimi S., Ichiro T., dan Sin-ichi I., 2012. Communication Training Improves Sense of Performance Expectancy of Public Health Nurses Engaged in Long-Term Elderly Prevention Care Program. *ISRN Nursing*. 2012 (12), Article ID 430560, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.5402/2012/430560>.
- Tarlier DS. 2004. Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nurs Philos*; 5(3): 230–41.
- Wahyudi. 2010. *Hubungan Persepsi Perawat tentang Profesi Keperawatan dan Motivasi Kerja terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di RSUD dr. Slamet Garut*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Walrath, JM., Ramona TB., Jeanne MM., 2004. Emergency Department: Improving Patient Satisfaction. *Nurs Econ*. 2004; 22(2).
- Wilson C. 2012. Standards of professional performance for nursing professional development. *J Nurses Staff Dev*. 28(1): 43–4.
- Yoon, P., Ivan S., Gilles R., 2003. Analysis of Factors Influencing Length of Stay in The Emergency Department. *CJEM*.; 5(3): 155 161.
- , Australian Triage Process Review. 2011. *Health Policy Priorities Principal Commitee Australian Process Review*.