

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERAWAT
DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN TRIAGE
DI INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)
RUMAH SAKIT LOMBOK
NUSA TENGGARA BARAT**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh :

**BAIQ FITRIHAN RUKMANA
NIM. 176070300111040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN GAWAT DARURAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2019**



**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERAWAT
DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN TRIAGE
DI INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)
RUMAH SAKIT LOMBOK
NUSA TENGGARA BARAT**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh :

**BAIQ FITRIHAN RUKMANA
NIM. 176070300111040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN GAWAT DARURAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2019**



**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERAWAT
DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN TRIAGE
DI INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)
RUMAH SAKIT LOMBOK
NUSA TENGGARA BARAT**

Oleh
BAIQ FITRIHAN RUKMANA
176070300111040

Dipertahankan didepan penguji
Pada tanggal : 20 Juni 2019
Dan dinyatakan memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001

Dr. Kuswanto Rusca Putra, S.Kp., M.Kep
NIP. 197905222005021005

Komisi Penguji

Ketua

Anggota

Prof. Dr. dr. Respati Suryanto Dradjat, Sp.OT
NIP. 1954404151981031000

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 197702262003122001

Mengetahui

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med, SpA (K)
NIP. 197307262005011008



PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

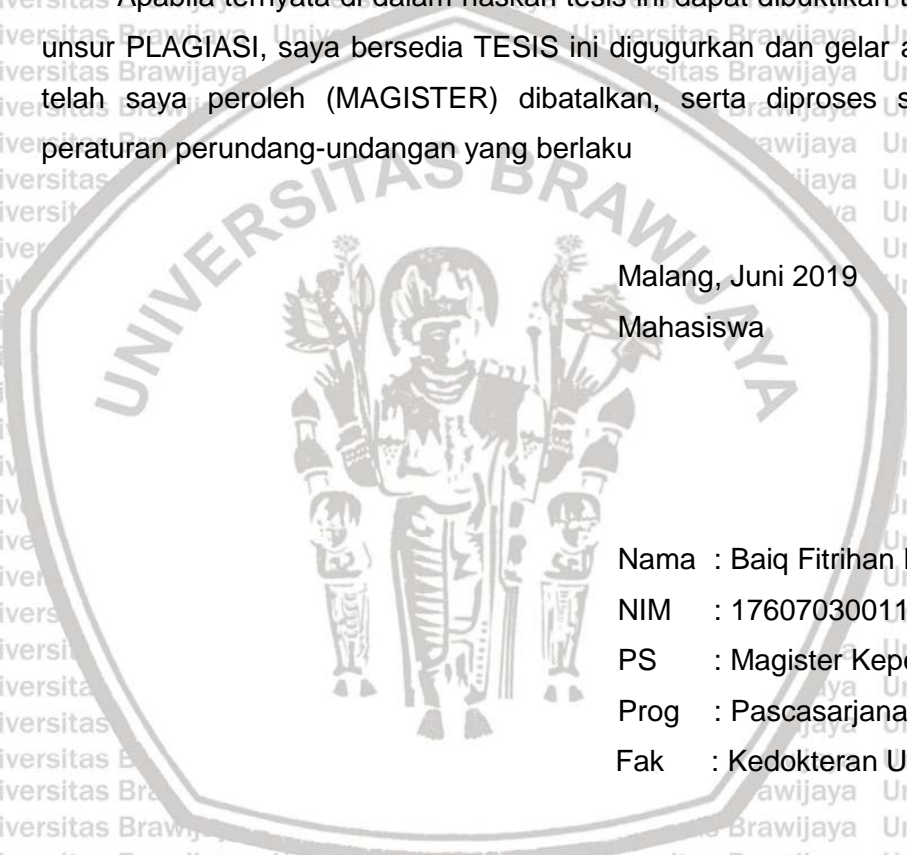
Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

Malang, Juni 2019

Mahasiswa

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
 NIM : 176070300111040
 PS : Magister Keperawatan
 Prog : Pascasarjana
 Fak : Kedokteran UB



IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

JUDUL TESIS

Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Nama Mahasiswa : Baiq Fitrihan Rukmana

NIM : 176070300111040

Program Studi : Magister Keperawatan

Peminatan : Keperawatan Gawat Darurat

KOMISI PEMBIMBING

Ketua : Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes

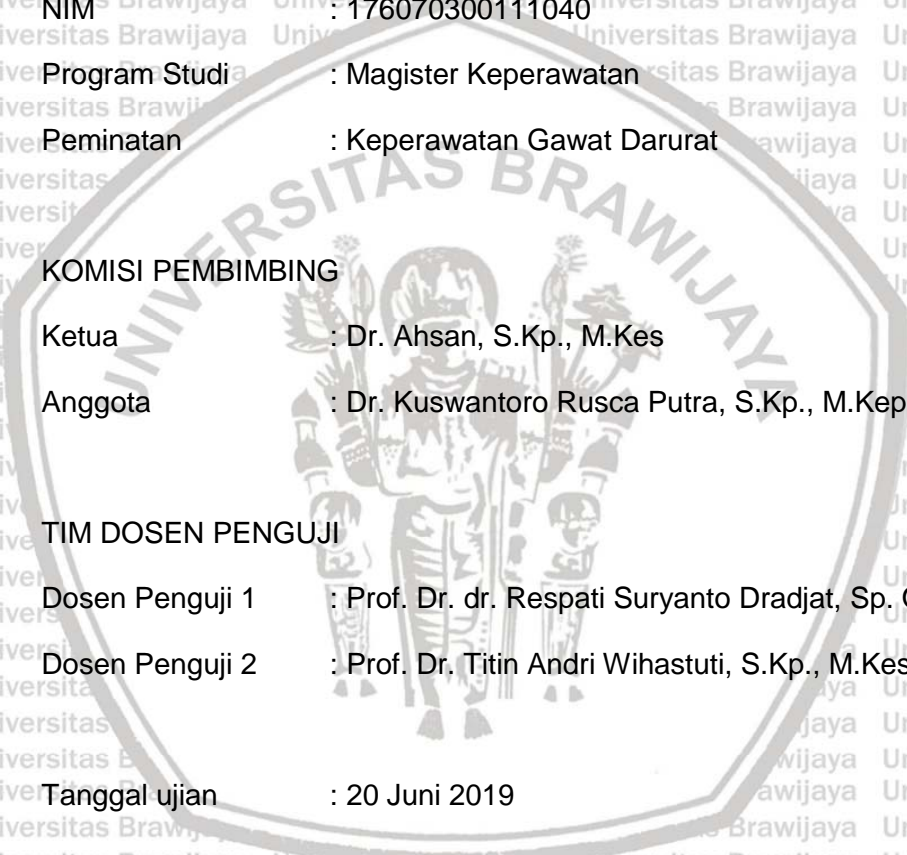
Anggota : Dr. Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp., M.Kep

TIM DOSEN PENGUJI

Dosen Penguji 1 : Prof. Dr. dr. Respati Suryanto Dradjat, Sp. OT

Dosen Penguji 2 : Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes

Tanggal ujian : 20 Juni 2019



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Mu penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul

“Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan *Triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat”.

Dengan selesainya tesis ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Nuhfil Hanani AR, MS selaku Rektor Universitas Brawijaya.
2. Dr. dr. Wisnu Barlianto, Msi, Med, Sp. A (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya periode 2019 hingga 2023.
3. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya periode 2015 hingga 2019.
4. Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyelesaian tesis ini.
5. Dr. Ahsan S.Kp., M.Kes selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dan kebijaksanaan dalam penyelesaian tesis ini.
6. Dr. Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran dan kebijaksanaan dalam penyelesaian tesis ini.
7. Prof. Dr. dr. Respati Suryanto Dradjat, Sp.OT selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan serta arahan dalam penyelesaian tesis ini.

8. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB, Rumah Sakit Umum Kota Mataram, Rumah Sakit Umum Daerah Praya, Rumah Sakit Umum Daerah Patut Patuh Patju, Rumah Sakit Umum Daerah Soedjono Selong, yang telah memberikan kesempatan dan membantu proses penyelesaian tesis ini.

9. Mamik H.Lalu Nawawi S.H dan Mamak Hj. Maslihanah yang selalu memberikan do'a dan dukungan untuk saya selama proses hidup dan penyusunan tesis ini.

10. Suami Tercinta Arief Wahyudi S.E yang selalu memberikan do'a, motivasi dan dukungan selama penyusunan tesis ini.

11. Adik-adikku Baiq Wihan Sirtama, Lalu Alif Al-Amin, Baiq Sri Ayu Sabila, Lalu Sigit Al-Amin yang selalu memberikan inspirasi baru untuk saya dalam penyusunan tesis ini.

12. Semua pihak yang telah memberikan semangat dalam menyelesaikan tesis ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari Sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima masukan dari semua pihak baik kritik maupun saran yang berguna untuk pengembangan tesis selanjutnya. Akhir kata penulis menyampaikan semoga tesis ini dapat berguna dan bermanfaat bagi berbagai pihak serta peningkatan bagi pelayanan profesi keperawatan yang berkualitas dan profesional.

Malang, Juni 2019

Penulis

RINGKASAN

Baiq Fitrihan Rukmana, NIM 176070300111040, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Komisi Pembimbing Ketua: Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes Anggota: Dr. Kuswanto Rusca Putra, S.Kp., M.Kep

Triage menjadi tindakan yang penting untuk dilaksanakan pada ruangan instalasi gawat darurat terutama dalam mengategorikan tingkat kegawatdaruratan. Hal ini berkaitan dengan ketepatan penatalaksanaan sesuai prioritas yang dilakukan oleh perawat. Proses *triage* dilaksanakan oleh perawat IGD dalam menilai kondisi pasien dengan cepat dan tepat. Namun, pelaksanaan *triage* ini membutuhkan pengetahuan, pengalaman, pendidikan dan lingkungan kerja yang mendukung dalam menentukan prioritas pasien.

Berdasarkan hasil *preliminary study* yang dilakukan di tanggal 31 Oktober 2018 bahwa di rumah sakit Lombok terdapat permasalahan perawat dalam pengambilan keputusan pada proses *triage* berupa sebagian perawat IGD tidak melakukan *triage* dengan tepat seperti kesalahan dalam penentuan prioritas serta pendokumentasiannya yang tidak dilakukan dengan baik. Hal ini tentunya dapat berdampak negatif terhadap pelayanan yang diberikan di ruangan gawat darurat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan pada perawat dalam pengambilan keputusan *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah responden sebanyak 135 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan, pengalaman, pendidikan dan lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* dengan masing-masing nilai $p=0.000$. Variabel pengetahuan menjadi variabel yang paling mempengaruhi pengambilan keputusan *triage* dengan nilai koefisien B 5.204. Pengetahuan, pengalaman kerja, pendidikan dan lingkungan kerja perawat mempengaruhi pengambilan keputusan *triage*.

Pengetahuan perawat yang tinggi terkait *triage* dapat meningkatkan ketepatan perawat dalam mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Pengetahuan perawat yang tinggi ini dapat menggolongkan kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang di alami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan *outcome* yang lebih baik. Pengalaman kerja yang tinggi/lama mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Pengalaman perawat yang tinggi ini menjadi pembelajaran bagi perawat untuk dapat menggolongkan kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang dialami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan *outcome* yang lebih baik. Pendidikan dan kompetensi perawat yang tinggi ini menjadi dasar utama bagi perawat untuk dapat melakukan penilaian kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang di alami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan *outcome* yang lebih baik. Pendidikan dan kompetensi perawat yang tinggi akan meningkatkan pengetahuan dan skil perawat dalam melakukan penilaian *triage* dengan cepat dan tepat.

Lingkungan kerja perawat yang baik dapat meningkatkan ketepatan perawat dalam mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Lingkungan kerja perawat yang baik dapat dinilai dari dukungan staf perawat

yang baik dan fasilitas lengkap yang digunakan perawat untuk melakukan penilaian kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang di alami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan outcome yang lebih baik. Lingkungan kerja yang baik akan meningkatkan efisiensi dan kinerja perawat sehingga kualitas pelayanan yang diberikan akan maksimal dan berkualitas. Pengetahuan perawat menjadi faktor yang paling berhubungan dan menjadi bagian yang terpenting dalam melakukan *triage*. Perawat harus mempunyai pengetahuan yang cukup dalam menangani pasien terutama pada pasien yang dalam kondisi berbahaya maupun kondisi tidak berbahaya yang berkaitan penanganan yang diberikan pada masing-masing kategori pasien tersebut. Untuk kedepannya, diharapkan adanya penentuan standar perawat yang bekerja diruangan *triage* sehingga pelaksanaan *triage* dapat berjalan dengan maksimal.

Kata kunci: Pengambilan Keputusan *Triage*, Perawat, Pengetahuan, Keterampilan, Pendidikan



SUMMARY

Triage is an important action to do in emergency unit, especially in categorizing emergency state level. It deals with management accuracy based on priority done by nurses. *Triage* process is done by emergency unit nurses in assessing patient conditions quickly and accurately. However, this process needs supportive knowledge, experience, education, and working environment to determine patients' priorities.

Based on *preliminary study* done in October 31, 2018, there was problem in Lombok hospital in making triage process decision. Several of its nurses did not conduct *triage* accurately. They did mistake to determine priority of patients and to document appropriately. It negatively influenced emergency unit's service.

This research aims to identify correlative factors of nurses in making *triage* decision in Emergency Unit of Lombok Nusa Tenggara Barat. This analytic observational research with *cross sectional* approach took 135 persons as respondents. The findings showed correlation among knowledge, experience, education, and working performance to *triage* decision making with each p score is 0.000. Knowledge becomes the most influential variable in *triage* decision making with coefficient score B 5.204. Knowledge, experience, education, and working environment influenced *triage* decision making.

High nurses' knowledge about *triage* could improve accuracy in *triage* decision making in an emergency unit. The condition may help to categorize accurate *triage* based on condition suffered by patients. Thus, it may improve working performance and better outcomes. High experience could improve *triage* decision making. It became a learning for nurses to categorize *triage* accurately based on conditions of the patients to improve better working performance of the nurses as its outcome. Better education and competences of the nurses become main principle for them to do *triage* category assessment accurately based on patients' conditions, leading to better working performance and outcome. Better education of the nurses improved knowledge and skill of them in assessing *triage* quickly and accurately.

Better working environment improved accuracy of the nurses to provide *triage* decision making in an emergency unit. It can be seen from good nursing staff and complete facility used by them to categorize *triage* accurately based on the conditions of patients so that working performance and outcome improved better. Better working environment improved efficiency and working performance of nurses maximally. Knowledge of the nurses becomes most contributive factor and becomes the most important in conducting *triage*. Nurses must have sufficient knowledge in handling patients especially those extremely severe or not and related to given treatment for each of them. It is expected to have standard requirement of emergency unit nurses in doing *triage* to run maximally.

Keywords: *Triage* Decision Making, Nurses, Knowledge, Skill, Education

ABSTRAK

Rukmana, Baiq Fitrihan. 2019. **Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.** Tugas Akhir, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: (1) Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes, (2) Dr. Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp, M.Kep

Triage menjadi hal yang penting untuk dilakukan di ruangan instalasi gawat darurat. *Triage* digunakan untuk menentukan prioritas pelaksanaan kegawatdaruratan sehingga tim kesehatan dapat melaksanakan penanganan untuk pasien yang sangat memerlukan penatalaksanaan dengan cepat serta tepat yang mampu meningkatkan peluang hidup pasien tersebut. Proses *triage* dimulai ketika pasien masuk di ruang IGD dimana perawat menilai berdasarkan pengkajian yang ditemukan baik secara subyektif maupun obyektif yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat yang dilakukan oleh perawat. Namun, pelaksanaan *triage* ini membutuhkan pengetahuan, pengalaman, pendidikan dan lingkungan kerja yang mendukung dalam menentukan prioritas pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan pada perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah responden sebanyak 135 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan, pengalaman, pendidikan dan lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* dengan masing-masing nilai $p = 0.000$. Variabel pengetahuan menjadi variabel yang paling berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage* dengan nilai koefisien B 5.204. Pengetahuan, pengalaman kerja, pendidikan dan lingkungan kerja perawat mempengaruhi pengambilan keputusan *triage*. Untuk kedepannya, diharapkan adanya penentuan standar perawat yang bekerja diruangan *triage* sehingga pelaksanaan *triage* dapat berjalan dengan maksimal.

Kata kunci: Pengambilan Keputusan *Triage*, Perawat, Pengetahuan, Keterampilan, Pendidikan

ABSTRACT

Rukmana, Baiq Fitrihan. 2019. **Analysis of Factors Correlating to Nurses in Making Triage Decision in Lombok Nusa Tenggara Barat Emergency Unit**. Final Project. Master of Nurse Program. Medicine Faculty. Universitas Brawijaya Malang. Advisors: 1) Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes, (2) Dr. Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp, M.Kep

Triage is an important thing to do in emergency unit installation. It is used to determine priority of emergency management to allow medical team handling patients whom need quick management accurately and being capable of improving life opportunity of the patient. *Triage* begins since a patient enters emergency unit where its nurses assess based on subjective and objective reviews quickly and accurately. However, this process requires supportive knowledge, experience, education, and working environment in determining priority of the patients. This research aims to identify factors correlating to triage decision making of the nurses in Lombok Nusa Tenggara Barat emergency unit. It is an analytic observational research with *cross sectional* approach by taking 135 respondents. The findings showed correlation among knowledge, experience, education, and working environment to *triage* decision making with each p score is 0.000. The most influential variable is knowledge with coefficient B 5.204. Knowledge, experience, education, and working environment influenced *triage* decision making. It is also expected to have standard requirement for nurses working in *triage* room so *triage* may run maximally.

Keywords: *Triage* Decision Making, Nurses, Knowledge, Skill, Education

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan	ii
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	iii
Identitas Penguji	iv
Kata Pengantar.....	v
Ringkasan	vii
Summary.....	ix
Abstrak	xi
Abstract.....	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Gambar	xvi
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Lampiran	xviii
Daftar Istilah	xix
Daftar Singkatan.....	xx

BAB.1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktik	7
1.4.3 Manfaat Penelitian.....	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 <i>Triage</i>	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Konsep Prioritas Kegawatan Dalam <i>Triage</i>	8
2.1.3 Jenis <i>Triage</i>	9
2.1.4 Tujuan <i>Triage</i>	12
2.1.5 Kategori <i>Triage</i>	12



2.1.6 Kegiatan yang Diharapkan pada Pelaksanaan <i>Triage</i> ..	17
2.1.7 Proses <i>Triage</i>	18
2.2 Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan <i>Triage</i>	21
2.3 Faktor-faktor yang Berhubungan Dalam Pengambilan Keputusan Perawat dalam Pelaksanaan <i>Triage</i>	35
2.4 Kerangka Teori	42

BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep	43
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep	43
3.3 Hipotesis	44

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	45
4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	45
4.2.1 Populasi	45
4.2.2 Sampel	45
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	45
4.3 Definisi Operasional	46
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian	49
4.5 Etika Penelitian	49
4.6 Prosedur Penelitian dan Alur Penelitian	50
4.6.1 Prosedur Penelitian.....	50
4.6.2 Alur Penelitian	51
4.7 Pengumpulan Data	52
4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas	53
4.8.1 Uji Validitas	53
4.8.2 Uji Reliabilitas	53
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	54
4.9.1 Pengolahan Data	54
4.9.2 Analisis Data	55

BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	58
5.2 Analisis Univariat	58





5.3 Analisis Bivariat	
5.3.1 Hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat.....	63
5.3.2 Hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat.....	64
5.3.3 Hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat.....	64
5.3.4 Hubungan faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat.....	65
5.4 Analisis Multivariat	65
BAB 6. PEMBAHASAN	
6.1 Hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat...	68
6.2 Hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat...	71
6.3 Hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat...	73
6.4 Hubungan faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat.....	76
6.5 Faktor yang paling berhubungan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat...	80
6.6 Implikasi Keperawatan.....	82
6.10 Keterbatasan Penelitian.....	82
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	83
7.2 Saran	83
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

1.1 START 17

1.2 *The Situated Clinical Decision-Making Framework* 24

2.1 Kerangka Teori 42

3.1 Kerangka konsep 43

4.1 Alur Penelitian 51



DAFTAR TABEL

2.1 <i>Triage</i> Australian dan Skala Akuitasnya	14
2.2 <i>Triage</i> Kanada dan Skala Akuitasnya	15
2.3 <i>Triage</i> Manchester dan Skala Akuitasnya	15
2.4 Pengkajian Antar-Ruang Pada Pasein Anak	19
4.1 Definisi operasional	46
5.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, pengalaman kerja, pengetahuan, lingkungan kerja perawat, pengambilan keputusan <i>Triage</i>	59
5.2 Uji Homogenitas	60
5.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan kompetensi	61
5.4 Hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat	63
5.5 Hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat	64
5.6 Hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat	64
5.7 Hubungan faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat	65
5.8 Hubungan faktor pendidikan, pengalaman kerja, pengetahuan dan lingkungan kerja perawat pengambilan keputusan <i>Triage</i> di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat	65



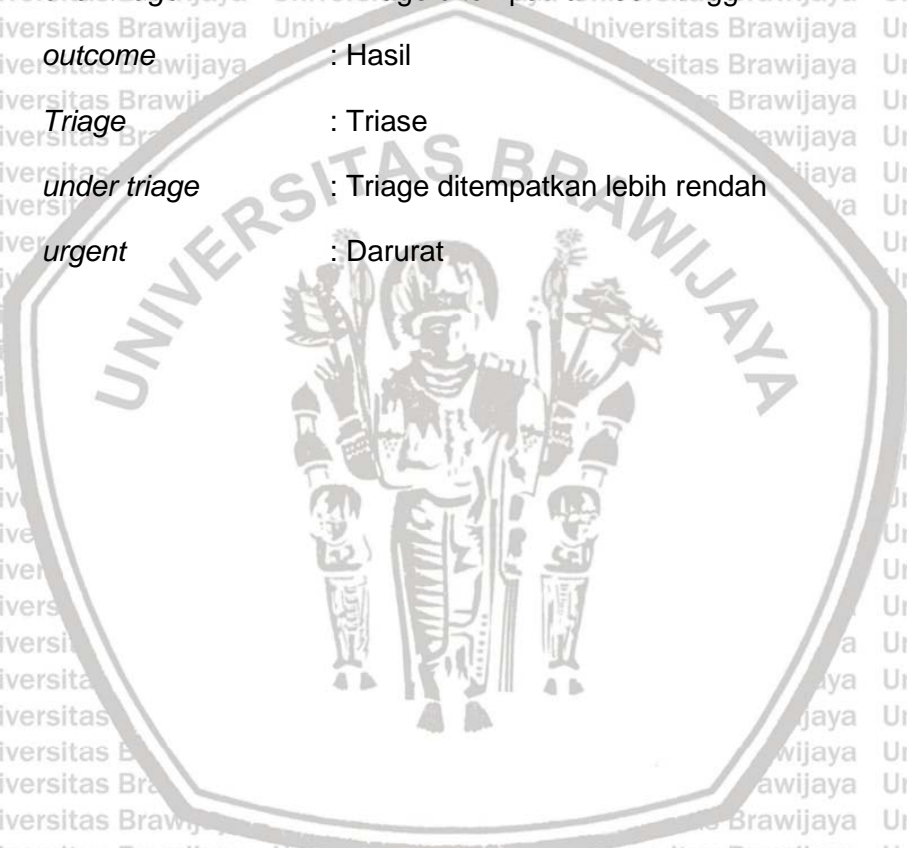
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Penelitian.....	92
Lampiran 2. Penjelasan Penelitian.....	93
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	95
Lampiran 4. Kuesioner	96
Lampiran 5 <i>Ethical Clearance</i>	106
Lampiran 6 Surat Keterangan Studi Pendahuluan, Selesai Validitas, Reliabilitas dan Penelitian.....	107
Lampiran 7 Hasil Validitas dan Reliabilitas.....	120
Lampiran 8 Analisis Hasil Penelitian	120
Lampiran 9 Lembar Konsultasi	145
Lampiran 10 Hasil Plagiasi	147
Lampiran 11 Master Tabel Penelitian.....	148
Lampiran 12 Kisi-Kisi Kuesioner	161
Lampiran 13 Manuskrip Tesis.....	163
Lampiran 14 LoA Jurnal.....	178
Lampiran 15 Jurnal Bebas Predator.....	179
Lampiran 16 Daftar Riwayat Hidup	180



DAFTAR ISTILAH

<i>emergent</i>	: Gawat Darurat
<i>expected triage</i>	: Sesuai hasil triage
<i>Implikasi</i>	: Dampak
<i>merefleksikan</i>	: Mengalihkan
<i>non urgent</i>	: Tidak Darurat
<i>over triage</i>	: Triage ditempatkan lebih tinggi
<i>outcome</i>	: Hasil
<i>Triage</i>	: Triase
<i>under triage</i>	: Triage ditempatkan lebih rendah
<i>urgent</i>	: Darurat



DAFTAR SINGKATAN

- ACLS : *Advanced Cardiac Life Support*
- ATS : *Australian Triage Scale*
- CENA : *College of Emergency Nursing Australasia*
- BLS : *Basic Life Support*
- BTCLS : *Basic Trauma and Cardiac Life Support*
- EMS : *Emergency Medical Service*
- ENA : *Emergency Nurse Association*
- ESI : *Emergency Severity Index*
- IGD : *Instalasi Gawat Darurat*
- NTB : *Nusa Tenggara Barat*
- PPGD : *Pertolongan Pertama Gawat Darurat*
- RSU : *Rumah Sakit Umum*
- RSUD : *Rumah Sakit Umum Daerah*
- START : *Simple Triage and Rapid Treatment*
- VIF : *Varian Inflation Factor*



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Instalasi gawat darurat (IGD) adalah salah satu fasilitas pelayanan pada rumah sakit yang menyediakan layanan kegawatdaruratan secara umum baik yang bersifat akut atau kronis, korban akibat kecelakaan serta berbagai permasalahan kegawatdaruratan lainnya yang membutuhkan penanganan dengan segera (Permenkes, 2018). Penanganan segera yang diberikan di ruangan IGD diberikan berdasarkan penilaian *triage* (Rochana, Morphet, & Plummer, 2016). *Triage* merupakan cara pengklasifikasian pasien yang berdasarkan tipe serta tingkat kegawatdaruratan yang bertujuan memperbaiki perawatan dan memprioritaskan kasus dalam hal kegawatdaruratan klinis (Aacharya, Gastmans, & Denier, 2011).

Penilaian *triage* pada pasien merupakan langkah yang paling utama dalam memberikan perawatan serta bisa menjadi indikator tindakan selanjutnya yang akan diberikan pada pasien (Johnson, Alhaj-Ali, & Cincinnati, 2017). Sistem *triage* diaplikasikan dalam mengklasifikasikan prioritas pelaksanaan kegawatdaruratan sehingga tim kesehatan dapat melaksanakan penanganan untuk pasien yang sangat memerlukan penatalaksanaan dengan cepat serta tepat yang mampu meningkatkan peluang hidup pasien tersebut. Proses *triage* dimulai ketika pasien masuk di ruang IGD dimana perawat menilai berdasarkan pengkajian yang ditemukan baik secara subjektif maupun objektif yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat (Farrokhnia & Göransson, 2011). Proses *triage* dilakukan oleh salah satu tenaga medis yaitu perawat (Ebrahimi et al., 2016).

Perawat *triage* memiliki tugas dalam memposisikan pasien di tempat yang tepat sesuai dengan tingkat kegawatannya. Perawat *triage* akan menggolongkan pasien sesuai dengan kondisi kegawatan yang dideritanya yaitu merah untuk pasien dengan kondisi gawat darurat, kuning untuk pasien segera, hijau untuk pasien yang tidak berbahaya (tidak segera) dan hitam untuk pasien meninggal (Ningsih, 2011). Setelah pemberian label, kemudian perawat *triage* membawa pasien ke ruang tindakan sesuai dengan urutan dan prioritas kegawatan. Kemudian perawat *triage* memberikan perawatan yang sesuai dengan kegawatannya (Wolf, Delao, Perhats, Moon, & Zavotsky, 2018).

Tingginya kunjungan pasien ke IGD menyebabkan perawat harus mampu memilih pasien dengan cepat serta tepat berdasarkan dengan kegawatdaruratan cedera yang terjadi atau kesakitannya (Rathlev *et al.*, 2012). Kesalahan dalam menilai kondisi penderita dapat berakibat pada kepadatan pasien serta lama rawat inap pasien di IGD (Han *et al.*, 2010). Penelitian Ferero McCarty & Hillman (2011) menyatakan bahwa kesalahan dalam melakukan *triage* akan berdampak pada bertambahnya masa rawat pasien serta penumpukan pasien di ruangan IGD (Forero, McCarthy, & Hillman, 2011).

The Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) mendefinisikan penumpukan pasien di ruang IGD disebabkan banyaknya jumlah pasien yang menunggu untuk mendapatkan perawatan sehingga fungsi ruang IGD menjadi terhambat. Pasien sering harus menunggu lama sebelum dirawat oleh dokter serta memerlukan waktu lebih lama sebelum dipindahkan ke tempat tidur di ruang IGD. Hal ini bukan hanya menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien tetapi menyebabkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien tidak optimal, keselamatan pasien terancam serta

biaya perawatan meningkat (Aacharya *et al.*, 2011). Selain itu, banyaknya pasien di ruangan IGD juga mengakibatkan munculnya kondisi yang berdampak negatif seperti meningkatnya *workload*, penurunan fisik staf, ansietas pasien, kesalahan pelayanan medis, tidak efisien, melalaikan keselamatan pasien serta pelayanan yang tidak lancar (The College of Emergency Medicine, 2012).

Perawat *triage* dituntut mempunyai pengalaman serta pengetahuan yang memadai. Pengetahuan dan pengalaman yang memadai membuat perawat *triage* mampu untuk mengkaji dan dapat menangani kondisi yang kompleks serta banyak tekanan (Smith, 2013). Perawat *triage* perlu bersikap profesional untuk mengatasi stresor yang muncul dalam menentukan suatu langkah berkaitan pada keadaan akut pasien serta keluarga pasien (Abraham *et al.*, 2018).

Permasalahan dapat terjadi akibat kurangnya pengetahuan dari perawat yang menyebabkan keputusan *triage* yang salah, identifikasi gejala yang tidak lengkap serta penilaian yang tidak lengkap (Johnson, Gillespie, & Vance, 2018). Kurangnya pengalaman dan pengetahuan perawat akan *triage* berdampak pada kurang tanggapnya perawat serta menunda perawatan dapat menyebabkan morbiditas atau mortalitas yang meningkat. Ketidaktepatan *triage* yang dilakukan perawat dapat menurunkan kualitas perawatan dan berdampak buruk pada pasien (Johnson *et al.*, 2017). Hal tersebut menjelaskan tidak mudah bagi perawat dalam melaksanakan *triage* (Rochana *et al.*, 2016).

Pengetahuan dan pengalaman perawat terkait *triage* berkaitan erat dengan pendidikan ataupun kompetensi yang dimiliki oleh seorang perawat (Martinez-Segura *et al.*, 2017). Pendidikan perawat yang tinggi dan kompetensi perawat berupa kemampuan *basic life support* (BLS) maupun

advanced life support dapat mempengaruhi tingkat pengetahuannya akan *triage* (Hassankhani *et al.*, 2018). *Emergency Nurses Association* menjelaskan bahwa *triage* yang aman, efektif dan efisien hanya jika dilaksanakan oleh seorang perawat profesional dan sudah terlatih dalam prinsip-prinsip *triage* dengan pengalaman kerja minimal selama enam bulan di IGD (ENA, 2011).

Perawat yang bekerja di IGD juga harus memiliki keterampilan untuk mengatur kemampuan fungsional dalam berbagai kondisi. Keterampilan dalam proses *triage* dalam kondisi gawat darurat merupakan kemampuan perawat darurat dalam menggunakan kemampuan serta pengambilan keputusan untuk memprioritaskan pasien pada kategori yang tepat (Smith & Cone, 2010). Keterampilan perawat yang baik akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam melakukan *triage* sehingga menjadi gambaran kualitas perawat itu sendiri. Adapun keterampilan perawat dalam melakukan *triage* dilihat dari penilaian pasien dengan cepat, pengkategorian pasien serta alokasi pasien tersebut (Fathoni, Sangchan, & Songwhattana, 2010).

Proses *triage* juga dipengaruhi oleh sarana prasarana serta lingkungan kerja yang ada di ruangan IGD. Tersedianya alat-alat dan lingkungan kerja yang mendukung dalam proses *triage* dapat membantu perawat dalam melakukan proses *triage* dengan cepat sehingga dapat mengkategorikan pasien dengan tepat (Lowe, 2002). Hal ini tentunya dapat berpengaruh langsung terhadap kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien serta hasil yang lebih baik untuk pasien. Tentunya hal ini juga harus didukung oleh lingkungan kerja yang kondusif serta kerjasama yang baik antar profesi kesehatan baik itu dokter, perawat dan lainnya (Aloyce, Leshabari, & Brysiewicz, 2014).

Penelitian Atmaja (2016) menjelaskan terdapat pengaruh faktor internal terhadap peningkatan akurasi pengambilan keputusan perawat dalam pelaksanaan *triage*. Adapun faktor internal itu berupa pengetahuan (Atmaja, 2016). Sejalan dengan penelitian Stanfield (2015) menyatakan keterampilan perawat dalam mengambil keputusan berdampak terhadap kepuasan pasien, lama rawat pasien, mengurangi waktu tunggu, dan jumlah jiwa yang lebih banyak dapat diselamatkan. *Triage* dapat membantu perawat dalam mengambil keputusan saat menghadapi keadaan darurat dapat secara cepat dan tepat. Saat perawat mengambil keputusan secara akurat pada pasien gawat darurat seberapa cepat pasien dapat ditangani oleh tim medis di ruang IGD sesuai dengan tingkat keparahan pasien. Hasil dari kajian literatur bahwa saat perawat melakukan *triage*, perawat harus memperhatikan informasi klinis yang disampaikan pasien dengan memperhatikan pendidikan dan pengalaman pasien (Stanfield, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di tanggal 31 Oktober 2018 bahwa di rumah sakit Lombok terdapat permasalahan perawat dalam pengambilan keputusan pada proses *triage*. Peneliti melakukan observasi langsung pada 30 perawat yang mana menemukan sebanyak 20 perawat IGD tidak melakukan *triage* dengan tepat seperti pasien yang dalam kategori hijau diletakkan dikategori kuning. Pendokumentasian *triage* yang kurang lengkap berupa tidak memberi tanda posisi *triage* pasien di rekam medis dan juga terdapat pemeriksaan fisik yang tidak lengkap. Hal ini tentunya dapat berdampak negatif terhadap pelayanan yang diberikan di ruangan gawat darurat. Peneliti tidak dapat mengambil 1 rumah sakit yang ada di Lombok Utara dikarenakan rumah sakit tersebut masih dalam proses perbaikan paska gempa yang terjadi di Pulau Lombok sehingga peneliti hanya mengambil 5 rumah sakit yang berada di Lombok (RSUD Praya,

RSUD Patut Patuh Patju, RSUD Soedjono Selong, RSUD Provinsi NTB, dan
RSU Kota Mataram).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti melaksanakan
penelitian dengan judul “Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perawat
Dalam Pengambilan keputusan *Triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa
Tenggara Barat.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah di penelitian ini yaitu faktor apa saja yang
berhubungan dengan perawat dalam pengambilan keputusan *triage* di IGD
rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat?.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Teridentifikasi faktor yang berhubungan dengan perawat dalam
pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa
Tenggara Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi hubungan faktor pengetahuan terhadap
pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa
Tenggara Barat.
- b. Teridentifikasi hubungan faktor pengalaman kerja terhadap
pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa
Tenggara Barat.
- c. Teridentifikasi hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan
keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara
Barat.

d. Teridentifikasi hubungan lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

e. Teridentifikasi faktor paling dominan yang berhubungan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu berkontribusi dalam meningkatkan dasar-dasar teori yang dapat berhubungan pada *triage* dan menjadi bahan pembelajaran tambahan di dunia medis.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu diaplikasikan oleh pihak rumah sakit dalam menentukan tenaga kesehatan yang berkompeten dari segi pengetahuan, pendidikan, pengalaman kerja serta mampu bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melakukan proses *triage* di ruangan instalasi gawat darurat.

1.4.3 Manfaat Penelitian

Dapat menjadi informasi peneliti selanjutnya terkait faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan perawat dalam pelaksanaan *triage*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Triage*

2.1.1 Definisi

Kata *triage* berasal dari bahasa Perancis "*Trier*" yang merupakan suatu kata kerja dan mempunyai arti "memilih" yang secara umum dapat dijelaskan bahwa *triage* yaitu sebuah proses yang menempatkan pasien di tempat yang tepat di dekat tim *triage* untuk memperoleh perawatan secara tepat serta cepat (Becker *et al.*, 2015; Qureshi & Veenema, 2003).

Triage merupakan pengkategorian yang dilakukan tenaga kesehatan kepada pasien berdasarkan kebutuhan klinis dan sumber daya yang dimiliki rumah sakit. *Triage* adalah alat vital untuk mengurangi waktu tunggu pasien (Bergs, Gillet, Vandijck, Hasselt, & Leuven, 2014).

Berdasarkan penjelasan di atas, maka bisa disimpulkan *triage* yaitu instrumen atau alat yang digunakan untuk melakukan pengkategorian pasien sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan serta kebutuhan klinis pasien yang dapat mengurangi waktu tunggu pasien di rumah sakit.

2.1.2 Konsep Prioritas Kegawat Dalam *Triage*

Konsep gawat darurat adalah pelayanan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang dilihat dari waktu yang secepat mungkin.

Perawatan darurat adalah fokus besar pelatihan para perawat profesional dalam menggunakan sistem *triage*. *Triage* merupakan keputusan klinis yang dipertimbangkan melalui menggabungkan informasi yang diperoleh dari pasien dan aturan yang berlaku dalam *triage* untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien. Keberhasilan *triage* adalah bagaimana implementasinya terhadap kecepatan dan ketepatan menangani pasien

didalam bekerja. Pasien dikategorikan dalam 5 kategori yaitu : *immediate* “harus ditangani secara langsung”, *very urgent* “dalam waktu 10 menit”, *urgent* “dalam waktu 60 menit”, *standart* “dalam waktu 2 jam”, *non urgent* “dalam waktu 4 jam”. Penilaian kegawatdaruratan melibatkan pasien menghadirkan masalah dan keluhan pasien dan dapat dikombinasikan dengan parameter fisiologis (Zachariasse, 2017).

Menurut Jessica Castner (2011) melihat *triage* sebagai bentuk kemasan tindakan kegawatdaruratan kepada pasien secara cepat dan tepat. Perawat memiliki konseptual yang lebih luas dalam melakukan *triage*, pengkajian awal dan pengumpulan data yang bersifat valid. *Emergency Severity Index* (ESI) mengemukakan bahwa *triage* sebagai standar baku di Indonesia dan Amerika Serikat, namun penelitian menunjukkan apakah perawat telah menilai dan merekam telah sesuai dengan sumber daya yang diantisipasi (Castner, 2011).

Oredsson (2011) menyatakan prinsip *triage* menggunakan sistem prioritas yang berupa menentukan pasien mana yang mesti ditangani terlebih dahulu terkait penatalaksanaan pasien yang mengancam jiwa melalui penyortiran pasien berdasarkan: 1) Ancaman jiwa yang mampu meninggal dalam beberapa menit, 2) Ancaman jiwa yang mampu meninggal dalam hitungan jam, 3) Cedera ringan, 4) Sudah meninggal (Oredsson *et al.*, 2011).

2.1.3 Jenis *Triage*

Pengolongan jenis *triage* dapat diidentifikasi dari beberapa sumber.

Thomas dan Dains tahun 1992 menjelaskan tiga tipe umum dari sistem *triage* berupa tipe 1 *traffic director/triage non-nurse*, tipe 2 *spot check triage/advanced triage* dan tipe 3 *comprehensive triage* (Ningsih, 2011).

- a. *Traffic Director* atau *Non-Nurse*, *triage* dilakukan oleh petugas yang tidak memiliki ijazah yang bisa dilakukan minimal dan terbatas seperti pendaftaran pengkajian, mengkaji keluhan utama melalui pendataan visual, tidak dilakukan dokumentasi, tidak ada pedoman, tidak ada standar baku yang bisa dijadikan intervensi oleh petugas.
- b. *Spot Chek* atau *Advanced triage* yang bisa dilakukan oleh petugas profesional seperti perawat dan dokter.
- c. *Comprehensive triage* yang dilakukan oleh petugas yang memiliki pengalaman dan pendidikan yang sesuai, telah mengikuti pelatihan yang cukup dan memiliki standarisasi kemampuan yang sesuai, kategori prioritas dan protokol standarisasi tertulis dengan lengkap untuk proses termasuk tes diagnostik.

Berdasarkan *Emergency Nurses Association (ENA)* sistem *triage* dapat terbagi menjadi tiga tipe, adalah sebagai berikut (Ningsih, 2011):

- a. Tipe 1

Tipe ini dilakukan oleh non-perawat, yang menjadi tipe yang paling dasar seorang penyedia pelayanan ditunjuk untuk menyambut pasien dan mencatat keluhan pasien. Dari anamnesa ini dilakukan pemeriksaan awal untuk menentukan pasien sakit atau tidak. Pasien yang sakit ditransfer ke ruang perawatan selanjutnya untuk lakukan pemeriksaan. Pada tipe 1 ini hanya bersifat standar mencatat status pasien mengenai nama dan keluhan utama. Hasil ini kurang efektif karena penempatan didepan pintu, hasil tidak memenuhi kriteria atau standar sehingga menyebabkan pasien yang tidak dapat ditangani dengan benar atau bahkan bisa tidak ditangani.

b. Tipe 2

Tipe 2 ini dilaksanakan oleh perawat yang berpengalaman (*Registered Nurse/RN*) yang bertugas di ruangan. Pasien yang masuk ruangan secepatnya dilakukan tindakan pengobatan yang cepat dan tepat oleh tenaga medis profesional yang ada di ruangan. Data subjektif serta objektif yang diperoleh terfokus di keluhan utama.

Pasien dikategorikan dalam tiga klasifikasi: gawat darurat, darurat atau biasa. Rumah sakit yang mengaplikasikan sistem ini harus mempunyai pedoman yang baku sebagai standar acuan untuk menentukan status kegawatan pasien.

c. Tipe 3

Sistem komprehensif adalah tipe yang memiliki sistem paling bagus dibandingkan tipe lain. Tipe ini yang dianjurkan oleh *Emergency Nurse Association* (ENA) dalam pelaksanaan gawat darurat. Perawat yang telah teregistrasi di ruangan gawat darurat bertugas menetapkan prioritas masalah keperawatan. Perawat yang bekerja pada ruangan *triage* adalah perawat yang telah teregistrasi. Proses pengkajian meliputi data objektif dan subjektif. Tujuan tindakan komprehensif untuk mendapatkan informasi penting untuk proses selanjutnya. Tingkat penentuan bergantung pada pihak rumah sakit, apakah menggunakan sistem bertingkat tiga, empat, atau lima. Hasil akan dicatat di rekam medis oleh perawat sesuai dengan kondisinya.

Emergency Nurse Association (ENA) menyarankan sistem ini untuk dilakukan selama 3-5 menit.

2.1.4 Tujuan *Triage*

Adapun tujuan *triage* yang dilakukan yaitu sebagai berikut (Aacharya *et al.*, 2011):

- a. Menentukan prioritas klinis pasien berdasarkan apa yang telah disampaikannya.
- b. Untuk mengurangi jumlah morbiditas dan mortalitas.
- c. Mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan segera tetapi tetap memperhatikan keadaan pasien dalam keadaan aman dan tidak memerlukan perawatan darurat sama sekali.
- d. Perawat dapat cepat menilai pasien dengan kriteria yang sudah ditentukan dan dapat sesegara mungkin untuk menangani pasien yang membutuhkan perawatan darurat.
- e. Penilaian *triage* berdasarkan evaluasi yang handal dan valid.

2.1.5 Kategori *Triage*

Triage dapat diklasifikasikan menjadi menjadi beberapa kategori yaitu (Ningsih, 2011):

a. *Triage* dua tingkat

Dalam *triage* tingkat dua, pasien digolongkan dalam kategori sakit dan tidak sakit. Pasien harus segera mendapatkan perawatan segera jika kondisi mengancam jiwa dan pasien yang menunjukkan tanda-tanda tidak serius dapat menunda perawatan.

b. *Triage* tiga tingkat

Sistem *triage* ini banyak diaplikasikan di luar negeri khususnya di Amerika Serikat yang pasien digolongkan berdasarkan warna (merah, kuning, hijau) atau pemberian nomor (kategori 1,2,3) pada dasarnya kategori ini mengacu pada:

1) Gawat darurat yaitu pasien yang memerlukan perawatan segera yang mengancam jiwa pasien misalnya: *cardiac arrest*, cedera berat dan *respiratory failure*. Respon pasien yang muncul harus diamati serta dilaksanakan pemantauan secara intensif.

2) Darurat yaitu pasien memerlukan perawatan segera namun masih dapat menunggu perawatan misalnya: nyeri perut, fraktur dan batu ginjal, perlu dilakukan pemantauan/30 menit.

3) Biasa yaitu pasien dapat menunggu untuk mendapatkan perawatan, menunggu untuk mendapatkan pemeriksaan karena keadaan pasien tidak dalam keadaan yang berbahaya. Pasien biasanya ditempatkan di *ambulatori care*, misalnya: konjungtiva, gangguan tenggorokan, kulit dan sebagainya. Pasien perlu dilaksanakan pemantauan selama 1-2 jam.

c. *Triage* empat tingkat

Pada *triage* empat tingkat dapat dilaksanakan melalui cara menambahkan diagnosa ancaman jiwa selain gawat darurat, darurat dan biasa.

d. *Triage* lima tingkat

Berdasarkan kebijakan yang disepakati antara *American College of Emergency Physicians (ACEP)* dan *Emergency Nursing Association (ENA)* pada tahun 2003, di Amerika telah ditetapkan sistem lima tingkat ini secara nasional. *American College of Emergency Physicians (ACEP)* dan *Emergency Nursing Association (ENA)* meyakini bahwa dengan menggunakan lima sistem level ini kualitas pelayanan akan menjadi lebih baik. Saat ini *triage* lima tingkat sudah diaplikasikan di Amerika Serikat. Pada skala ini menambahkan

level satu berada pada tingkat tertinggi berarti gawat darurat dan tingkat lima dengan kondisi pasien dalam keadaan ringan.

e. Skala *triage* Australia

Skala *triage* ini banyak diaplikasikan di rumah sakit Australia. Pasien pertama kali tiba di IGD mulai dihitung waktunya, jika perawat akan menetapkan keputusan tingkat kedaruratan *triage* dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Proses *triage* ini menilai kegawatdaruratan pasien secara menyeluruh.

Tabel 2.1 *Triage* Australian dan Skala Akuitasnya

Tingkat	Waktu Perawatan	Presentase Tindakan
Sangat mengancam hidup	Langsung	100
Sedikit mengancam hidup	10 menit	80
	30 menit	75
Beresiko mengancam kehidupan	60 menit	70
Darurat	120 menit	70
Biasa		

f. Skala *Triage* Kanada

Skala yang dikembangkan di Kanada, para dokter dan perawat di Kanada mengembangkan lima level *triage* ini. Setiap tingkat pada *triage* ini menggambarkan keadaan pasien, pada *triage* tingkat 1 contoh kasusnya: *cardiac arrest*, cedera berat, *acute respiratory failure*, dan lain-lain. Sedangkan *triage* 5 tingkat, misalnya: pasien terkilir, luka ringan dan sebagainya. *Triage* yang dilaksanakan oleh perawat harus sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan pasien dan tingkat pengalaman atau pendidikan yang dimiliki perawat. Dalam melaksanakan *triage* perawat harus dapat memilih pasien sesuai dengan tingkat kegawatannya yaitu seberapa lama pasien harus

menunggu dan dilakukan pengkajian komprehensif, seberapa lama pasien menunggu sampai mendapatkan perawatan oleh dokter. Pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat membantu perawat dalam menentukan pasien sesuai dengan level-levelnya berada.

Tabel 2.2 *Triage* Kanada dan Skala Akuitasnya

Tingkat	Waktu untuk perawat	Waktu untuk dokter	Respon langsung
Langsung	Langsung	Langsung	98%
Resusitasi	Langsung	< 15 menit	95%
Gawat Darurat	< 30 menit	< 30 menit	90%
Darurat	< 60 menit	< 60 menit	85%
Biasa	< 120 menit	< 120 menit	80%
Tidak gawat			

g. Skala *Triage* Manchester

Skala *triage* Manchester ini dikembangkan di Inggris oleh tim gawat darurat seperti perawat dan dokter. Pada level ini pasien di beri label warna dan tanda untuk menentukan tingkat kegawatdaruratannya. Jawaban iya dari pasien membantu perawat dalam menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien.

Tabel 2.3 *Triage* Manchester dan Skala akuitasnya

No	Nama	Warna	Waktu
1	Langsung	Merah	0 menit
2	Gawat darurat	Orange	10 menit
3	Darurat	Kuning	60 menit
4	Standart	Hijau	120 menit
5	Biasa	Biru	240 menit

h. Metode *Simple Triage and Rapid Treatment* (START)

Metode START dikembangkan pada penolong pertama dengan melakukan pengecekan pemeriksaan primer berupa respirasi, perfusi dan status mental (Ningsih, 2011). Pada penilaiannya, pasien diberikan label dalam mengklasifikasikan pasien. Adapun klasifikasi pasien dapat ditentukan sebagai berikut (Ningsih, 2011):

1) *Immediate* (Warna Merah)

Pasien dengan kategori *immediate* diberikan label berwarna merah/kegawatan yang mengancam nyawa (Prioritas 1).

Adapun kategori *immediate* yaitu respirasi >30x/menit, tidak terdapat nadi radialis dan tidak sadar/adanya penurunan kesadaran.

2) *Delay* (Warna Kuning)

Pasien dengan kategori *delay* diberikan label berwarna kuning/kegawatdaruratan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2). Adapun kategori *delay* yaitu respirasi <30 x/menit, nadi teraba dan status mental normal.

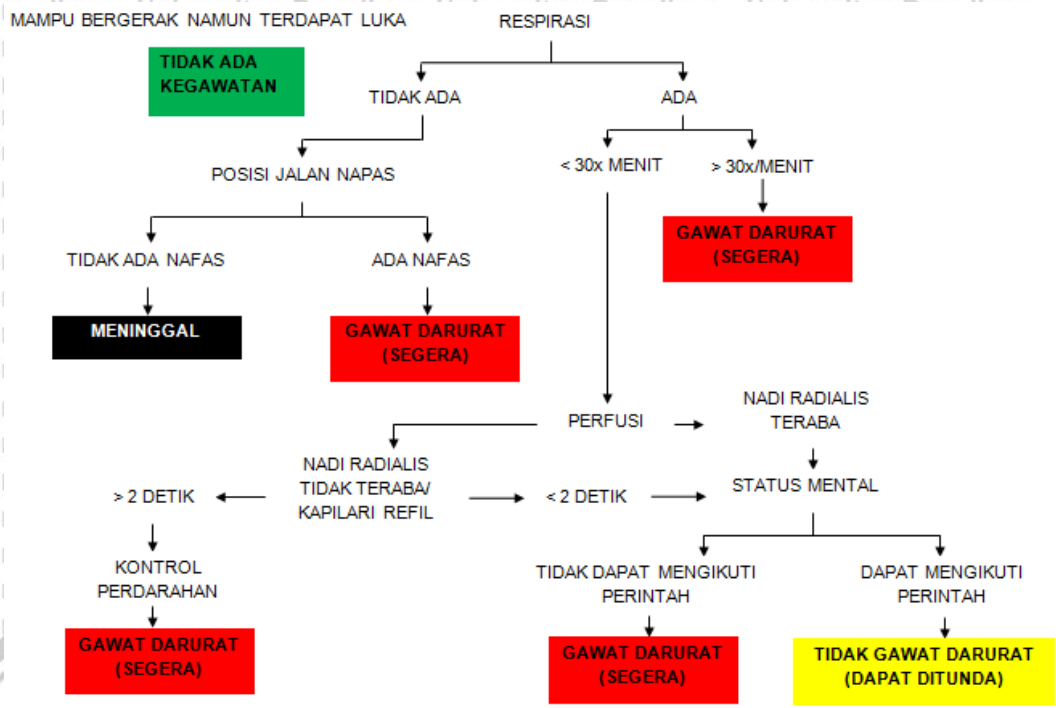
3) *Minor* (Warna Hijau)

Pasien dengan kategori *minor* diberikan label berwarna hijau/tidak terdapat kegawatdaruratan sehingga penanganan dapat ditunda (prioritas 3). Adapun kategori *minor* yaitu pasien dapat mengikuti instruksi verbal dari penolong.

4) *Dead*

Pasien dengan kategori *dead* diberikan warna hitam yang mana pada kategori ini tidak memerlukan penanganan apapun.

Adapun alur START dijelaskan pada bagan berikut:



Gambar 1. Alur START
Sumber: (Ningsih, 2011)

2.1.6 Kegiatan yang Diharapkan pada Pelaksanaan Triage

Menurut Depkes RI pelaksanaan *triage* di ruangan yang dilakukan oleh perawat ketika pasien datang adalah (Depkes, 2009):

- a. Memprioritaskan perawatan pasien, menentukan pasien kedalam gawat darurat (*emergency*), gawat (*urgent*), dan tidak gawat (*non urgent*).
- b. Menangani pasien dengan segera untuk mendapatkan pengobatan terhadap pasien yang mengalami trauma untuk segera dibawa ke ruang resusitasi untuk mendapatkan penanganan sesuai dengan keadaan pasien.
- c. Memfasilitasi akses untuk semua orang yang mencari bantuan medis (Depkes, 2009).
- d. Menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien yang tidak membutuhkan perawatan segera, sementara menunggu pengobatan.

2.1.7 Proses *Triage*

Dalam pelaksanaan *triage* hendaknya perawat memperkenalkan diri terlebih dulu dengan memperhatikan keadaan pasien seperti kepatenan jalan napas, bernapas dan sirkulasi (terjadi perdarahan yang banyak dan perubahan warna kulit) (Bracken, 2003).

Tujuan dari proses *triage* menyelamatkan jiwa pasien dengan segera dengan mengumpulkan data dari pasien dan data yang didapat dilakukan pengambilan *triage* dan dapat dilakukan intervensi sesuai dengan keadaan pasien yang mengancam nyawa, pernapasan ataupun sirkulasi maka perawat harus secepatnya melaksanakan intervensi serta membawa pasien menuju ruangan perawatan (Becker *et al.*, 2015; Bracken, 2003).

Pemeriksaan *triage* pasien dimulai dengan pengkajian awal, perawat harus menentukan kondisi pasien seperti keadaan umum pasien memperhatikan adanya bau yang tidak khas dan suara yang tidak biasa. Perawat yang sudah biasa menangani pasien gawat darurat akan cepat mengetahui keadaan pasien melihat pasien yang membutuhkan penanganan segera dan mendapatkan perawatan. Ada beberapa cara untuk melakukan *triage* yang dapat dilakukan oleh perawat pengkajian antar-ruang (pandangan sekilas) ketika pasien datang pertama kali (Becker *et al.*, 2015; Bracken, 2003).

Pada saat melakukan *triage* perawat harus tetap memperhatikan adanya sumber infeksi dalam kondisi apapun dimana bisa terjadi melalui kontak darah dan cairan tubuh. Setiap kali kontak dengan pasien perawat harus membersihkan tangan dengan sabun merupakan langkah penting dalam mengurangi penyebaran infeksi (Becker *et al.*, 2015; Bracken, 2003).

Emergency Nursing Pediatric Course pada anak-anak dalam melakukan *triage* ada beberapa panduan pengkajian antar ruang yaitu sebagai berikut (Ganley & Gloster, 2011):

Tabel 2.4 Pengkajian Antar – Ruang Pada Pasien Anak

Penampilan	Keadaan otot
	Pandangan Mata
	Tangisan, ucapan
Status pernapasan	Gangguan pada hidung
	Retraksi intercosta
	Suara napas abnormal
	Posisi kenyamanan
	Perubahan status pernapasan
Sirkulasi kulit	Pucat
	Sianosis
	Mottling

Sumber: (Ganley & Gloster, 2011)

Proses *triage* meliputi :

a. Pengkajian *Triage* secara Subjektif

Pengkajian yang bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien saat ini yang diperoleh dari pasien atau keluarga pasien yang dilakukan secara cepat dan tepat. Data subjektif ini meliputi keluhan utama, gejala-gejala yang terkait dan apa yang dirasakan dan dikeluhkan pasien, faktor pencetus atau riwayat penyakit sekarang, mekanisme cedera, obat-obat yang digunakan sebelumnya dari riwayat alergi serta mengevaluasi riwayat medis pasien, termasuk pengalaman pasien dirawat di rumah sakit. (Johnson *et al.*, 2017).

b. Pengkajian *Triage* secara Objektif

Pengkajian yang didapat selama wawancara dengan pasien. Memeriksa tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah) yang dilakukan oleh perawat *triage*. Berat badan dan data fisik dilakukan dengan cara palpasi, perkusi dan auskultasi. Fokus utama

perawat *triage* adalah keluhan utama, riwayat terjadinya keluhan, gejala dan tanda-tanda seperti (Johnson *et al.*, 2017):

1) Pengkajian nyeri dilakukan dengan cara menggunakan *Provoking Incident, Quality or Quantity of Pain, Region, Severity of Pain, Time* (PQRST) yang meliputi *provoke* yaitu penyebab rasa nyeri atau rasa sakit, yang membuat rasa sakit menjadi semakin baik atau buruk yang dilakukan saat rasa nyeri muncul, *quality* bagaimana kualitas nyeri yang dirasakan, seperti diremas, kaku, seperti terbakar, seperti ditusuk-tusuk sampai mengganggu tidur, *region* yaitu terjadi penyebaran atau tempat rasa sakit yang dirasakan, apakah rasa sakit menyebar disatu titik atau rasa sakit dirasakan ditempat lain, *severity* yaitu keparahan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien, nilai rasa nyeri tersebut dapat dilakukan dengan menilai dalam skala 1-10 dilihat dari 0 tidak sakit dan 10 yang dirasakan paling sakit menggunakan skala *faces* pada pasien anak-anak, *times* yaitu waktu munculnya rasa sakit yang dirasakan pertama kali atau rasa sakit yang hilang timbul atau terus menerus (Johnson *et al.*, 2017).

2) Pengkajian pada anak menggunakan *Chief Complaint, Immunizations, Allergies, Medications, Past Medical History, Parents/Caregivers Impressions, Event Surrounding the Condition* (CIAMPEDS) yaitu yang meliputi *chief complaint* yaitu keluhan utama, *immunizations* yaitu isolasi atau ada kemungkinan pada anak terkena penyakit menular seperti pada penyakit *Tubercle Bacillus* (TBC), cacar dan lain-lain. *Allergies* yaitu adanya alergi terhadap makanan perawat memeriksa dan menanyakan, pengobatan atau produk, *medications* yaitu pengobatan,

menanyakan jenis pengobatan yang sedang dijalani termasuk suplemen, jamu dan resep dokter, *past medical history* yaitu riwayat kesehatan, *parents/caregivers impressions* yaitu penilaian yang dilakukan oleh orang tua terhadap kondisi anak, *event sumpunding the condition* yaitu kejadian yang menyertai penyakit, diet yaitu asupan makanan atau nutrisi yang dikonsumsi oleh anak dan berhubungan dengan proses penyakit, *diapers* yaitu popok yang digunakan adalah frekuensi BAB dan BAK, *symptoms* yaitu gejala-gejala yang terkait dengan penyakit yang dirasakan (Johnson *et al.*, 2017).

2.2 Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan *Triage*

Pengambilan keputusan adalah proses yang dilakukan perawat dalam memilih pasien yang mengalami kasus gawat darurat (Hutton & Arbon, 2011).

Pengambilan keputusan *triage* merupakan proses pengambilan keputusan dengan mengutamakan kebutuhan pasien dan memperhatikan tingkat keparahan pasien untuk mendapatkan perawatan medis (Stanfield, 2015).

Pengambilan keputusan *triage* adalah proses *inheren*, *kompleks* dan *dinamis*.

Keputusan dilakukan dalam satu lingkup yang membutuhkan waktu cepat dengan informasi yang terbatas, untuk pasien yang umumnya tidak memiliki prognosis medis (Ganley & Gloster, 2011). Pengambilan keputusan *triage* ini

memaksa perawat harus memiliki kompetensi pelatihan dan yang paling penting adalah pengalaman perawat. Keputusan *triage* ini mencakup pasien,

perawatan yang diberikan, lama dirawat, dan kepuasan pasien. Proses *triage*

ketika pasien pertama kali datang dan perawat memperhatikan kondisi

pasien (Stanfield, 2015). Keputusan *triage* dapat dibagi menjadi keputusan

triage primer dan sekunder. Keputusan *triage* primer berhubungan dengan

penilaian awal *triage*, alokasi kategori *triage*, bantuan awal dan pemindahan

pasien, sedangkan keputusan *triage* sekunder berkaitan pada asuhan keperawatan dalam mempercepat penatalaksanaan darurat serta menyediakan kenyamanan untuk pasien (Gerdts & Bucknall, 2000).

Dalam melakukan penilaian *triage* ada tiga kemungkinan yang ada yaitu pasien ditempatkan lebih rendah dari tingkat kegawatan yang sebenarnya (*under triage*), pasien ditempatkan sesuai dengan tingkat kegawatan yang sebenarnya (*expected triage*) serta pasien ditempatkan lebih tinggi dari tingkat kegawatannya (*over triage*) (considine *et al.*, 2007). Masing-masing penilaian *triage* ini mengandung konsekuensi bagi pasien yaitu jika terjadi *under triage* maka hal ini akan berpengaruh pada waktu tunggu yang terlalu lama bagi pasien yang seharusnya perlu mendapatkan penanganan segera, hal ini tentu saja merugikan bagi pasien. Sebaliknya jika terjadi *over triage* maka tentu saja menguntungkan bagi pasien yang mendapat penanganan kerana mendapatkan pelayanan segera namun disaat yang bersamaan pasien yang lain juga memerlukan penanganan segera tidak terlayani (considine *et al.*, 2007).

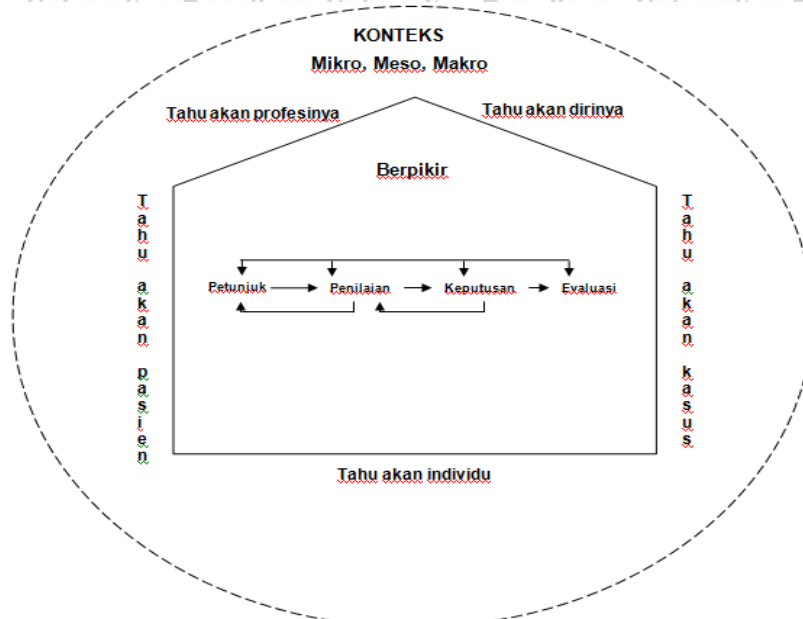
Triage merupakan titik awal adanya kontak klinik dari perawat dengan seluruh pasien yang datang ke IGD. Keputusan klinik dalam pelaksanaan *triage* sangat penting dalam meningkatkan *survival* pasien serta keefektifan penyediaan penatalaksanaan kegawatdaruratan. Keputusan klinis yang dibuat oleh perawat *triage* harus bisa memanfaatkan pengetahuannya dalam berpikir kritis disaat kondisi dengan informasi yang terbatas, kurang lengkap serta membingungkan. Kualitas dan akurasi keputusan *triage* adalah inti dari pelayanan klinik yang sesuai. Kemampuan dalam melakukan *triage* yang efektif dan efisiensi bergantung pada keluasan pengetahuan dan pengalaman terkait penyakit dan pola cedera yang dihadapi (considine *et al.*, 2007; Ebrahimi *et al.*, 2016).

Asosiasi perawat kegawatdaruratan Australia tahun 2007 menetapkan standar minimum terkait dengan peran perawat dalam melakukan *triage* yaitu standar praktik klinik dan standar pendidikan, pelatihan serta pengembangan profesi. Pada standar praktik klinik pengambilan keputusan perawat meliputi melakukan pengkajian serta memprioritaskan pasien, melakukan survei primer, mengkaji faktor resiko, memulai intervensi keperawatan yang sesuai, memastikan keberlangsungan pengkajian ulang dan manajemen pasien, menyediakan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga (CENA, 2007).

Khusus bagi pasien yang mengalami trauma maka perawat *triage* juga di bekali dengan kemampuan khusus dalam mengkaji mekanisme cedera dengan menggunakan *Mechanism of injury* yaitu mekanisme cedera, *injuries sustained/symptoms* atau gejala yang dirasakan, *vital sign prior to arrival/presentation on arrival emergency services* (EMS) yaitu tanda-tanda vital sebelum kedatangan atau presentasi tentang kedatangan EMS dan *treatment* yang berarti tatalaksana yang telah dilakukan (CENA, 2007).

Pada standar pendidikan, pelatihan dan pengembangan profesi, perawat *triage* harus memiliki kualifikasi dan pengalaman sebagai perawat *triage* yang teregistrasi sehingga mampu melaksanakan tugas sebagai perawat *triage* yang ahli, telah mendapatkan program pelatihan *triage* sebelumnya, berpartisipasi dalam proses penelitian untuk mengaudit dan mengevaluasi praktik *triage*, berpartisipasi dalam pelatihan dan pengembangan profesional di bidang *triage* (CENA, 2007).

Pengambilan keputusan *triage* ini berdasarkan *The Situated Clinical Decision-Making Framework* dari Gillespie tahun 2010 yang terdiri dari konteks, dasar pengetahuan, proses pengambilan keputusan dan proses berpikir (Gillespie, 2010). Adapun *The Situated Clinical Decision-Making Framework* diterangkan pada gambar di bawah ini:



Gambar 1. *The Situated Clinical Decision-Making Framework*

Sumber : (Gillespie, 2010)

a. Konteks

Perawat membuat keputusan klinis dapat meliputi level mikro (hubungan perawat dengan pasien), level meso (unit keperawatan dan Rumah sakit) dan level makro (profesi, masyarakat dan pemerintah). Setiap level berpotensi mencakup faktor sosial, budaya, politik, ideologis, ekonomi, historis, temporal, dan fisik yang dapat memengaruhi pengambilan keputusan klinis. Ada aspek dari setiap tingkat kontekstual yang memerlukan pertimbangan para ahli ketika menganalisis pengambilan keputusan klinis perawat (Gillespie, 2010).

Pada tingkat makro, ruang lingkup pengambilan keputusan klinis perawat ditentukan oleh batas-batas praktik keperawatan profesional dan dipengaruhi oleh karakteristik sistem perawatan kesehatan. Level meso menggabungkan matriks relasional di mana perawat membuat keputusan mereka dan kemudian, menekankan pentingnya komunikasi yang efektif dan kemungkinan kolaborasi dalam pengambilan keputusan klinis.

Kemungkinan kolaboratif sangat dipengaruhi oleh aspek sosial dari unit keperawatan seperti budaya unit, struktur organisasi, beban kerja keperawatan, dan ketersediaan orang yang tepat untuk berkolaborasi (Bucknall, 2003; Gillespie, 2010). Meskipun sering menjadi sumber dukungan untuk pengambilan keputusan klinis, namun juga dapat mewujudkan tantangan bagi perawat. Pengaruh interupsi dan perlunya perawat untuk memfokuskan kembali pemikiran mereka, dapat mempengaruhi kualitas keputusan klinis (Gillespie, 2010; Hedberg & Larsson, 2004; Potter et al., 2005). Faktor meso-kontekstual lain yang dilaporkan sebagai yang mempengaruhi pengambilan keputusan termasuk tata letak fisik unit, waktu, dan keterbatasan dana (Bucknall, 2003; Gillespie, 2010).

Pada level mikro, perawat dan pasien memiliki hubungan dalam proses keperawatan dan dimensi etis yang melekat dalam semua keputusan klinis. Dalam hal ini, pendidik didorong untuk mempertimbangkan masalah moral sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan klinis perawat dimana hal ini menjadi permasalahan bagi perawat (Doane, 2002; Gillespie, 2010). Adanya kesulitan dalam mengambil keputusan dalam perawatan kesehatan ditemukan pada perawat perawat pemula dimana mereka dihadapkan dengan moral dalam keputusan mereka (Gillespie, 2010). Perawat pemula yang akan membuat keputusan cenderung ke arah pemikiran berdasarkan aturan, dengan fokus pada penyelesaian tugas atau menanggapi masalah-masalah pasien yang muncul. namun, sebaliknya, perawat yang lebih berpengalaman lebih cenderung melihat situasi pasien secara keseluruhan (Etheridge, 2007; Gillespie, 2010). Hal ini dapat menjadi 'tolok ukur' ini untuk mempertimbangkan implikasi dari

'kecocokan' antara tingkat pengalaman perawat dan ketajaman dan kompleksitas pasien untuk pengambilan keputusan perawat. Akhirnya, pengaruh yang membatasi dari kurangnya kepercayaan pada pemikiran klinis perawat pemula dan pengambilan keputusan harus dipertimbangkan (Beckett, Gilbertson, & Greenwood, 2007; Gillespie, 2010). Oleh karena itu, dalam pengambilan keputusan klinis, perawat perlu mengidentifikasi faktor yang menjadi sumber tantangan untuk pengambilan keputusan klinis perawat. Namun, ketika masalah berada dalam konteks kesulitan untuk berkolaborasi dengan tim medis lain, maka dukungan yang efektif yang sangat diperlukan oleh perawat adalah komunikasi yang efektif dengan kolaborator lainnya.

b. Dasar Pengetahuan

Pengambilan keputusan klinis perawat dapat digambarkan oleh pengetahuan dasar yang ada dari berbagai dimensi seperti profesi keperawatan, perawat itu sendiri, aspek umum dan spesifik dari situasi pasien. Pengetahuan diperlukan untuk perkembangan perawat ke depannya dalam konteks pengambilan keputusan yang efektif dimana memerlukan pengetahuan baru yang berkaitan dengan pasien dan situasi tertentu, bersama dengan penggunaan pengetahuan yang ada secara baik. Gambar tersebut mendefinisikan setiap dimensi pengetahuan memberikan arahan bagi pendidik ketika menganalisis penggunaan pengetahuan perawat dalam pengambilan keputusan klinis mereka (Gillespie, 2010).

Kapasitas perawat untuk mengetahui profesi dibuat jelas dalam pengambilan keputusan klinis yang mencerminkan ruang lingkup dan standar praktik keperawatan, serta peran, kompetensi, dan keterampilan unit keperawatan tertentu. Mengetahui akan pentingnya kesadaran

perawat tentang masalah tersebut membuat perawat dapat mengambil keputusan dan, dengan demikian, memberikan keuntungan untuk keselamatan pasien. Kapasitas perawat untuk merefleksikan penilaian klinis dan kesadaran diri mereka merupakan komponen penting dalam mengembangkan kapasitas pengambilan keputusan klinis (Etheridge, 2007; Gillespie, 2010).

Ketika mempertimbangkan dimensi pengetahuan dasar ini, para pendidik dapat mengeksplorasi kesadaran perawat tentang kemampuan, keterbatasan, keterampilan, pengalaman, dan kebutuhan untuk belajar pada mereka saat berhubungan dengan situasi dan kesediaan untuk mencari atau menawarkan bantuan yang sesuai. Selain itu, pengambilan keputusan klinis yang efektif dan sehat secara etis akan didasarkan pada kesadaran perawat akan potensi keyakinan, nilai-nilai, asumsi dan prakonsepsi mereka untuk mempengaruhi keputusan klinis mereka (Gillespie, 2010).

Di dalam kasus, pasien atau klien dan orang yang mencakup pengetahuan terkait pasien digunakan dalam pengambilan keputusan klinis. Dalam menilai mengetahui kasus ini, pendidik akan fokus pada pemahaman perawat tentang konsep-konsep teoritis yang berkaitan dengan populasi pasien umum dan, secara kritis, kapasitas mereka untuk menerapkan pengetahuan ini dalam membuat keputusan klinis. Untuk perawat pemula, pengetahuan kasus akan diambil terutama dari buku teks; dengan pengalaman basis ini diperluas melalui akuisisi pengetahuan dan pengalaman. Ketika klien atau pasien mengalami suatu kondisi tertentu, perawat dapat menggunakan pengetahuan kasus untuk membangun pemahaman tentang keadaan klinis individu, dengan fokus

pada informasi awal, pola dan tren dalam data fisiologis dan diagnostik (Ebright, Patterson, Chalko, & Render, 2003; Gillespie, 2010).

Ada beberapa masalah yang dapat memengaruhi kapasitas perawat untuk membangun pengetahuan yang mendukung pengambilan keputusan klinis individual dan asuhan keperawatan. Pertama, karena pengetahuan kasus memberikan arahan untuk mengetahui pasien dan orang, defisit dalam pengetahuan kasus akan membatasi kemampuan perawat untuk membangun pengetahuan perawat. Kedua, perawat mungkin memiliki pengetahuan kasus yang memadai tetapi, karena proses berpikir yang kurang berkembang, sulit menggunakan pengetahuan ini untuk membangun pengetahuan pasien dan orang, membimbing identifikasi masalah yang akurat, dan untuk menginformasikan pengambilan keputusan (del Bueno, 2005; Gillespie, 2010). Ketiga, pengalaman perawat akan memengaruhi kapasitas mereka untuk membangun pengetahuan individual. Sebagai contoh, perawat pemula mungkin mengalami kesulitan membangun pemahaman tentang pasien sebagai individu ketika situasi klinis kompleks. Dengan pengalaman yang semakin meningkat, perawat mulai melihat situasi secara lebih holistik dan merawat pasien sebagai individu (Gillespie, 2010).

c. Proses Pengambilan Keputusan

Dalam kerangka kerja ini, fase-fase yang terdiri dari proses pengambilan keputusan klinis yaitu, isyarat, penilaian, keputusan, dan evaluasi hasil tidak linier, menginformasikan dan dapat diinformasikan oleh orang lain.

1) Tanda untuk bertindak

Proses pengambilan keputusan klinis perawat dimulai ketika mereka mengenali isyarat dari pasien; ini bisa berupa respons pasien tertentu atau tidak adanya sesuatu yang diharapkan. Dari titik awal ini, perawat mengumpulkan isyarat tambahan dari berbagai sumber untuk memahami situasi. Ada beberapa aspek dari tanda perawat untuk bertindak yang memerlukan pertimbangan oleh pendidik. Pertama, karena penilaian dan komunikasi merupakan pusat proses pengumpulan isyarat, kompetensi perawat dalam bidang-bidang ini akan memengaruhi kualitas pengumpulan isyarat (Gillespie, 2010).

Kedua, ketergantungan perawat pemula pada pemikiran terikat aturan dan kurangnya pengetahuan pengalaman menantang mereka menyelesaikan pengumpulan isyarat yang sesuai. Dengan kemampuan terbatas untuk mengenali aspek-aspek penting dari situasi pasien, perawat pemula dapat mengumpulkan berbagai macam isyarat dengan cara yang relatif tidak cerdas, dan kemudian berjuang dengan memahami akumulasi informasi. Atau, baik karena kurangnya pengetahuan, atau dalam menanggapi perasaan urgensi yang nyata atau dirasakan untuk menyelesaikan masalah, perawat pemula mungkin gagal mengumpulkan isyarat yang memadai dan kemudian membentuk penilaian yang didasarkan pada informasi yang terbatas (Ebright et al., 2003; Gillespie, 2010).

Kurangnya 'gambaran total perawat tentang situasi pasien muncul sebagai tema seputar situasi perawat yang nyaris terjadi dan kejadian buruk (Mary Gillespie, 2010). Dengan demikian, analisis fase ini dari proses pengambilan keputusan klinis perawat harus mempertimbangkan sumber, ruang lingkup dan relevansi isyarat yang

dikumpulkan serta pengakuan perawat tentang pola dalam isyarat dan kapasitas mereka untuk memberikan makna pada isyarat (Gillespie, 2010).

2) Pertimbangan

Pertimbangan didefinisikan sebagai kesimpulan terbaik yang dapat dicapai oleh perawat pada suatu titik waktu, mengingat informasi yang tersedia. Definisi ini mencerminkan kenyataan klinis di mana perawat terlibat dalam proses yang dinamis, bergerak di antara penilaian yang mungkin dan pengumpulan isyarat. Koleksi isyarat yang sedang berlangsung memberi tahu, dan diinformasikan oleh, pemahaman seorang perawat yang berkembang tentang situasi dan berlanjut menuju kesimpulan terbaik (Gillespie & Peterson, 2009). Ada beberapa sumber kesalahan potensial dalam proses perpindahan antara isyarat dan penilaian yang memungkinkan untuk membentuk kesimpulan terbaik (Gillespie, 2010).

Pertama, basis pengetahuan terbatas perawat baru dapat menyebabkan mereka gagal untuk mempertimbangkan dan mengeksplorasi berbagai penjelasan untuk isyarat yang muncul pada pasien, menghasilkan pembentukan penilaian yang salah. Kedua, kesalahan dapat terjadi ketika perawat gagal untuk mempertimbangkan isyarat yang tidak sesuai dengan penilaian mereka yang disukai: ini mungkin timbul dari perasaan urgensi perawat untuk 'membuat keputusan,' atau dari bias yang timbul dari kepercayaan yang salah tempat atau kurangnya pemahaman. Ketika penilaian disukai, perawat dapat mengumpulkan isyarat untuk 'memerintah dalam' penilaian itu, dan akibatnya mempersempit ruang lingkup pertimbangan mereka. Sebaliknya, ketika pengumpulan

isyarat disusun untuk membangun bukti yang terkait dengan berbagai kemungkinan penilaian dan akhirnya 'mengesampingkan' penjelasan yang kurang mungkin, kemungkinan penilaian yang akurat meningkat (Gillespie, 2010).

Demikian pula, kesalahan dapat terjadi jika, setelah membentuk penilaian awal, perawat gagal untuk tetap terbuka untuk merevisi penilaian ketika informasi baru muncul. Akhirnya, waktu yang dihabiskan untuk mengumpulkan isyarat untuk memastikan penilaian harus selalu ditimbang terhadap kondisi klinis pasien. Pada pasien yang lebih akut, keterlambatan dalam membentuk penilaian dapat mengakibatkan penurunan kondisi pasien. Praktek yang aman didukung oleh kesadaran perawat tentang kemajuan mereka menuju pembentukan penilaian (mengetahui diri sendiri) dan kesediaan mereka untuk mencari bantuan dari profesional perawatan kesehatan lainnya (Gillespie, 2010).

Setelah penilaian terbentuk, perawat memberikan prioritas dengan memberi peringkat penilaian dalam hal-hal yang terkait dengan pasien individu dan juga dalam kelompok pasien yang ditugaskan. Prioritas yang tepat sesuai dengan tujuan perawatan pasien dan mencerminkan keselamatan pasien. Kemampuan perawat untuk menetapkan prioritas yang tepat untuk penilaian dipengaruhi oleh basis pengetahuan dan proses berpikir mereka. Selain itu, pengalaman perawat memengaruhi visi mereka tentang prioritas dalam perawatan, dengan perawat pemula sering menekankan pada penyelesaian tugas yang ditugaskan, sementara perawat yang lebih berpengalaman fokus pada perawatan pasien dan keluarga secara lebih luas. Akhirnya, prioritas dipengaruhi oleh berbagai faktor

kontekstual termasuk hubungan pasien perawat, ketersediaan sumber daya, filosofi perawatan pasien yang dominan, budaya unit, dan faktor-faktor terkait waktu (Bucknall, 2003; Gillespie, 2010).

3) Keputusan

Setelah mencapai 'kesimpulan terbaik', perawat harus menentukan tindakan, fase yang membutuhkan pertimbangan terkait sesuatu yang harus dilaksanakan serta bagaimana cara itu harus dilaksanakan. Kerangka kerja pengambilan keputusan klinis berfokus pada perawat dapat membuat keputusan dalam berbagai cara termasuk 'menunggu, mengamati' dan 'mencoba sesuatu' (Gillespie, 2010).

Ketika menilai fase pengambilan keputusan klinis pada perawat, pendidik harus membedakan antara keadaan yang menunggu, mengamati dan keterlambatan dalam pengambilan keputusan yang timbul dari ketidakpastian. Dalam tindakan yang timbul dari ketidakpastian memegang implikasi yang signifikan untuk keselamatan pasien, dan menyoroti pentingnya perawat mengenalkan mereka perlu mencari bantuan. Pilihan keputusan 'mencoba sesuatu' menggambarkan kualitas dalam mengambil keputusan keperawatan (Gillespie & Peterson, 2009). Dalam berbagai keputusan ini, perawat memilih untuk melanjutkan dengan tindakan sementara tetapi tetap terbuka untuk merevisi tindakan saat informasi baru tersedia bagi mereka. Keselamatan pasien, dan fokus untuk penilaian pendidik, bertumpu pada kemampuan perawat untuk membedakan antara secara sadar memilih untuk menguji tindakan dibandingkan dengan mencoba sesuatu karena mereka tidak memiliki alternatif lain,

serta kapasitas perawat untuk merevisi tindakan berdasarkan respon pasien (Gillespie, 2010).

Akhirnya, kekhawatiran perawat pemula tentang membuat keputusan yang tepat dapat menjadi titik fokus dalam fase proses pengambilan keputusan klinis mereka. Kerangka Kerja Pengambilan Keputusan Klinis yang Terletak meringkai tujuan fase keputusan sebagai keputusan terbaik, menyoroti dua poin yang relevan untuk dipertimbangkan oleh para pendidik. Pertama, mungkin ada lebih dari satu tindakan yang merupakan perawatan yang aman, pantas, dan etis. Kedua, keputusan terbaik akan mempertimbangkan keunikan pasien dan konteks sekitarnya (Gillespie, 2010).

4) Evaluasi hasil

Dalam fase akhir pengambilan keputusan klinis, perawat mempertimbangkan efektivitas keputusan, proses yang membutuhkan proses penilaian yang efektif dan pengumpulan isyarat yang memadai. Menanggapi kesimpulan mereka mengenai hasil, perawat dapat kembali untuk evaluasi ke titik mana pun dalam proses pengambilan keputusan, atau mungkin mengakui kebutuhan akan bantuan dan memilih untuk melibatkan profesi kesehatan lainnya.

Berbagai kemungkinan ini memandu para pendidik dalam mempertimbangkan efektivitas fase evaluatif pengambilan keputusan perawat (Gillespie, 2010).

d. Proses Berpikir

Kerangka kerja pengambilan keputusan klinis menjelaskan secara eksplisit kontribusi dari pemikiran kritis, sistematis, kreatif, dan antisipatif terhadap pengambilan keputusan klinis. Perspektif pemikiran multidimensi ini mencerminkan bahwa perawat menggunakan berbagai proses

penalaran dalam membuat keputusan klinis dan menawarkan panduan bagi pendidik dalam menilai pengambilan keputusan perawat (Gillespie, 2010).

Pemikiran kritis mendukung penyelidikan dan pemikiran generatif perawat dan telah dikaitkan dengan pengambilan keputusan klinis yang efektif. Pemikiran kritis menjadi jelas dalam kemampuan perawat untuk mengidentifikasi dan menantang asumsi, nilai, dan keyakinan yang mereka bawa ke suatu situasi; pertimbangkan pengaruh konteks; menghasilkan penjelasan, penilaian dan keputusan yang memungkinkan; dan skeptisisme reflektif. Kemampuan berpikir kritis dapat dihambat oleh berbagai faktor kontekstual termasuk beban kerja, tekanan waktu, dan fokus sempit pada masalah pasien (Ebright et al., 2003; Gillespie, 2010).

Berpikir sistematis tercermin dalam kemampuan perawat untuk mengumpulkan, menganalisis dan mengatur informasi secara metodis yang mendukung pengenalan pola, pembentukan penilaian yang sehat, pemilihan tindakan, dan evaluasi. Berpikir kreatif merupakan bagian integral dan menjadi bukti dalam respons perawat terhadap tantangan sehari-hari dalam lingkungan klinis yang muncul dari individualitas pasien, peningkatan ketajaman dan kompleksitas pasien, dan keterbatasan sumber daya. Akhirnya, pemikiran antisipatif atau 'berpikir ke depan' sangat penting untuk pencegahan dan deteksi dini masalah potensial pasien, intervensi tepat waktu ketika masalah terjadi, penyesuaian keputusan spesifik dengan tujuan perawatan pasien yang lebih luas dan, akibatnya, hasil yang menguntungkan bagi pasien (Gillespie, 2010).

Berpikir antisipatif juga mendukung prioritas dan perencanaan beban kerja. Orientasi dominan perawat baru terhadap waktu sekarang dan penyelesaian tugas, seringkali membatasi kemampuan mereka untuk

berpikir ke depan. Dengan pengalaman, kapasitas untuk berpikir antisipatif berkembang, menjadi jelas pada tingkat praktik yang kompeten (Cruz, Pimenta, & Lunney, 2009; Gillespie, 2010). Dimasukkannya pemikiran dalam kerangka kerja sangat relevan untuk analisis pengambilan keputusan klinis perawat. Pertama, dengan membedakan pemikiran dari pengetahuan dasar, pendidik diminta untuk mempertimbangkan kedua bidang sebagai sumber tantangan yang mungkin: yaitu, untuk menentukan apakah masalah pengambilan keputusan klinis perawat timbul dari pengetahuan yang tidak memadai atau dari ketidakmampuan untuk menggunakan berbagai proses berpikir untuk memanfaatkan pengetahuan yang ada untuk situasi pasien tertentu. Diferensiasi ini sangat penting karena banyak perawat pemula mengalami tantangan terkait dengan pemikiran dalam pengambilan keputusan klinis (Gillespie, 2010; Lasater, 2007).

Dalam sebuah studi baru-baru ini, lulusan baru melaporkan merasa tidak siap dan kewalahan oleh pemikiran yang diperlukan dalam penyediaan perawatan pasien. Sementara survei pemikiran kritis lulusan baru dan penilaian klinis mengungkapkan kinerja yang buruk dalam proses berpikir (del Bueno, 2005; Etheridge, 2007; Gillespie, 2010).

2.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan Pada Pengambilan Keputusan Perawat dalam Pelaksanaan *Triage*

Dalam melakukan *triage*, pengambilan keputusan perawat dipengaruhi oleh faktor-faktor berupa pengetahuan, pengalaman bekerja, dan pelatihan.

Penelitian yang dilakukan Anderson (2006) didapatkan bahwa pengambilan keputusan perawat dalam melakukan *triage* dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berupa pengetahuan, pengalaman kerja serta pelatihan. Sedangkan faktor eksternal berupa

lingkungan kerja, *workload*, kondisi klinis dan riwayat klinis pasien. Pada penelitian lain dimana bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pedoman *triage* yaitu faktor personal meliputi keterampilan perawat (pengkajian, membuat keputusan dan perawatan, pendidikan dan pengalaman). Kemudian faktor yang kedua adalah faktor non personal meliputi jumlah pasien, lingkungan kerja, beban kerja dan keuangan.

Adapun faktor ketiga meliputi faktor pasien yaitu usia, jenis penyakit, lama kejadian dan nyeri yang dirasakan (Abbas; Dadashzadeh, Abdolazadeh, Rahmani, & Ghojzadeh, 2013). Keseluruhan faktor-faktor ini berpengaruh terhadap keputusan penetapan prioritas keperawatan kepada pasien.

a. Pengetahuan

Triage adalah peran keperawatan yang bersifat otonom dan sangat penting dalam meningkatkan *survival* pasien dan penyediaan perawatan gawat darurat yang efisien. Keputusan klinis yang dibuat oleh perawat *triage* membutuhkan proses kognitif yang kompleks. Perawat *triage* mesti menunjukkan kemampuan untuk berfikir kritis di dalam lingkungan dimana data yang tersedia terbatas, tidak lengkap atau ambigu. Proses pengambilan keputusan *triage* merupakan inti dari perawatan klinis yang sesuai bagi pasien. Kemampuan untuk melakukan proses *triage* yang efektif dan efisien tergantung pada pengetahuan yang luas dan pengalaman dengan berbagai penyakit dan pola cedera (Nyhus & Kamara, 2017; Pouraghaei *et al.*, 2017).

College of Emergency Nursing Australia (2007) telah merekomendasikan elemen praktek dan teori yang harus dikuasai oleh perawat dalam melakukan *triage*, diantaranya sejarah, ilmu pengetahuan dan praktik tentang *triage*, sistem pelayanan kesehatan, peran perawat *triage*, skala *triage*, komunikasi yang efektif, persyaratan dan pertimbangan

legislatif/hukum, kesehatan komunitas dan epidemiologi, *primary* dan *secondary survey*, pengkajian dan pengambilan keputusan *triage* berdasarkan jenis kasus (Trauma, Kegawatdaruratan medis dan bedah, Kegawatdaruratan anak, Kegawatdaruratan obstetri dan ginekologi, Kegawatdaruratan kesehatan jiwa, Praktik *triage* pada perdesaan dan di daerah terisolasi, Kegawatdaruratan lingkungan) dan kualitas dan keamanan dalam pemberian perawatan kesehatan (CENA, 2007).

Emergency Nurse Association (2011) juga memberikan rekomendasi pengetahuan yang harus dikuasai oleh perawat untuk dapat melakukan *triage*, yaitu pengantar *triage*, proses dokumentasi *triage*, hukum pelayanan kesehatan, kegawatdaruratan abdomen, kegawatdaruratan jantung, trauma, kegawatdaruratan sistem respirasi, kegawatdaruratan psikiatri, *fast track*, kegawatdaruratan muskuloskeletal, kondisi khusus (*Red Flags*) dan kegawatdaruratan anak (ENA, 2011).

b. Pengalaman Kerja

Benner (1982) menyatakan untuk menjadi perawat yang ahli, diperlukan pengembangan keterampilan serta pemahaman terkait penatalaksanaan pasien di sepanjang waktu yang bisa didapatkan dengan pendidikan serta pengalaman yang banyak (Alligood, 2014). Benner membagi keahlian dalam 5 tingkatan *novice*, *advance beginner*, *competent*, *proficient* dan *expert*.

Perawat *triage* diharapkan telah berada pada tingkatan *competent* dimana pada tahap ini perawat telah mampu mempertimbangkan serta membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi terkini yang akan datang. Tahap ini melambangkan perawat yang telah memiliki pekerjaan yang sama atau situasi yang sama selama 2 atau 3 tahun, berkembang ketika perawat mulai memandang tindakannya telah

mencapai sasaran, atau secara sadar mempunyai rencana dalam tindakannya (Alligood, 2014). Konsistensi, kemampuan memprediksi, serta pengaturan waktu menjadi gambaran pada tahap kompeten. Perawat kompeten bisa memperlihatkan tanggung jawab yang lebih terkait kondisi pasien, lebih fokus dan mampu memperlihatkan kemampuan berfikir kritis pada dirinya (Arslanian-Engoren, Hagerty, Antonakos, & Eagle, 2010; Hammad et al., 2017; Wolf et al., 2018).

c. Pelatihan dan Pendidikan

Pelatihan dan pendidikan adalah komponen yang penting terhadap pelaksanaan *triage*. Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan keterampilan psikomotor seseorang yang merupakan komponen dari program pendidikan yang komprehensif serta memperbaiki kinerja pegawai sehingga terjadi proses pemutakhiran keahlian yang sejalan dengan kemajuan teknologi (Sulistiyani & Rosidah, 2009).

Seorang perawat yang bekerja di unit pelayanan gawat darurat sangat penting untuk mengikuti pelatihan khususnya yang terkait dengan *triage* yang di terapkan. CENA pada tahun 2007 menyediakan panduan yang adalah bagian utama untuk pilihan *triage* bagi perawat yang terdiri dari sejarah, pengetahuan dan pelaksanaan *triage* yang diaplikasikan misalnya mengaplikasikan ATS, kemampuan komunikasi, survei primer dan sekunder, pemeriksaan dan pembuatan keputusan *triage* yang berhubungan dengan kegawatdaruratan pasien misalnya pasien trauma, pasien anak, obstetrik dan ginekologi. Mengingat pentingnya pelatihan ini untuk perawat khususnya perawat *triage* maka beberapa negara telah mempersiapkan suatu program pendidikan serta pelatihan untuk berbagai jenis *triage* yang digunakan diseluruh negara (Arslanian-Engoren et al., 2010; Stanfield, 2015).

d. Lingkungan Kerja Perawat

Lingkungan kerja perawat adalah salah satu faktor yang dapat dapat menunjang praktek keperawatan secara profesional khususnya dalam pengambilan keputusan *triage* di ruangan IGD. Lowe tahun 2002 menjelaskan bahwa lingkungan kerja yang berkualitas tinggi dapat bermanfaat untuk perawat dimana dapat meningkatkan kualitas perawatan klien. Adapun komponen lingkungan kerja perawat ini berupa komponen kepemimpinan dan budaya, kendali terhadap praktek, kendali terhadap beban kerja serta sumber-sumber yang adekuat bagi terlaksananya asuhan keperawatan yang berkualitas (Lowe, 2002).

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat pengaruh lingkungan kerja perawat dengan pelaksanaan praktek keperawatan. Kondisi lingkungan kerja yang baik mampu meningkatkan kualitas perawat dalam bekerja yang berdampak positif pada produktivitas tenaga kesehatan (Lövgren, Rasmussen, & Engström, 2002). Dalam konteks *triage*, lingkungan kerja juga berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage*. Hal ini disampaikan oleh Wolf pada tahun 2010 dan 2013 yang menyatakan bahwa faktor lingkungan kerja seperti hubungan perawat-dokter, budaya, hubungan perawat dengan penyedia layanan rumah sakit serta kelembagaan di rumah sakit berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage* di ruangan IGD. Adanya kerjasama tim yang baik, komunikasi yang baik dan lancar serta kepemimpinan dan otonomi kelembagaan yang baik meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan *triage* (Wolf, 2010; Wolf, 2013).

Penelitian sebelumnya juga menjelaskan bahwa kepemimpinan, manajemen serta budaya dapat mempengaruhi kondisi lingkungan kerja perawat yang berpengaruh pada kualitas pelayanan keperawatan yang

dilakukan perawat pada pasien. Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik kepemimpinan, manajemen serta budayanya, maka akan semakin baik pula pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruangan tersebut (Ma, Olds, & Dunton, 2015; McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante, & Bambonye, 2004).

Selain itu, aspek penting yang mempengaruhi perawat dalam mengambil suatu keputusan yaitu aspek kendali terhadap beban kerja serta kendali terhadap praktek. Kondisi kerja dengan beban kerja yang semakin meningkat dapat meningkatkan kesalahan perawat dalam melakukan pekerjaannya sehingga berdampak pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien (Kang, Kim, & Lee, 2016). Dalam konteks *triage*, beban kerja di ruangan IGD dapat mempengaruhi kondisi perawat yang bekerja sehingga akan berdampak pada pengambilan keputusan *triage* dengan tepat (Cildo, Mallor, Ibarra, & Azcarate, 2017).

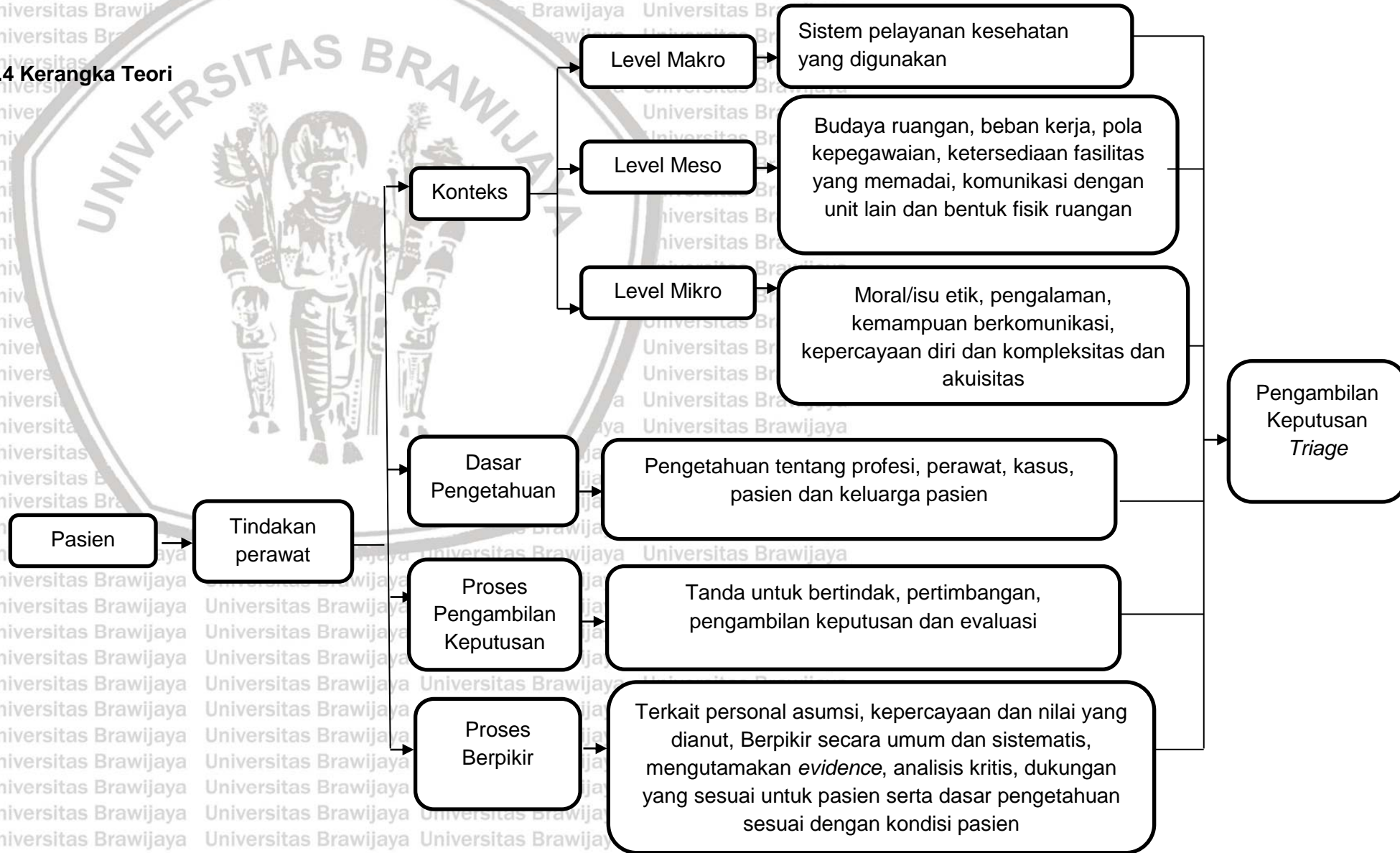
Kendali terhadap praktek perawat berkaitan dengan otonomi perawat dalam mengambil suatu keputusan secara mandiri dan bertanggungjawab secara personal atas pelaksanaan tindakan yang diberikan kepada pasien (Skår, 2010). Otonomi perawat dalam melakukan *triage* dapat diterapkan di ruangan IGD dengan adanya protokol *triage* yang tepat (Robinson, 2013). Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara level otonomi perawat dalam pengambilan keputusan *triage* dimana adanya otonomi perawat dapat mempermudah dalam mengambil keputusan *triage* dengan cepat dan tepat (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Adapun komponen lingkungan kerja perawat yang mempengaruhi pengambilan keputusan *triage* yaitu adanya sumber yang memadai. Ketersediaan sumber berupa sarana dan prasarana yang baik dapat

meningkatkan pelaksanaan praktek keperawatan (Putra, Hamid, & Mustikasari, 2007). Sejalan dengan Berry dan Parish yang menyatakan bahwa peningkatan fasilitas rumah sakit akan meningkatkan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan klinis pada pasien (Berry & Parish, 2008).



2.4 Kerangka Teori



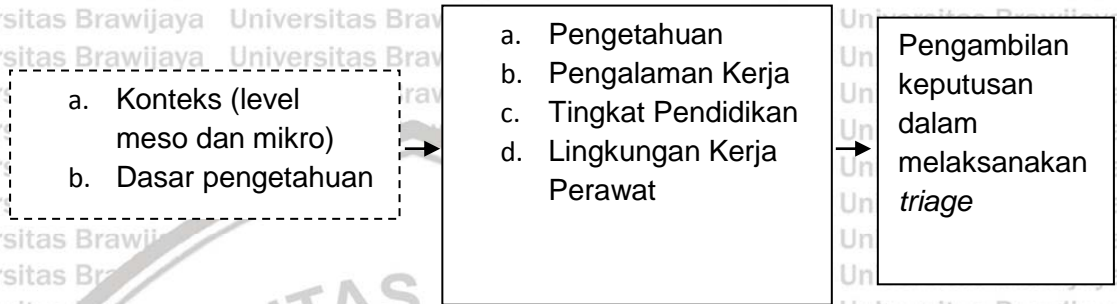
Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: (Beckett, Gilbertson, & Greenwood, 2007; Bucknall, 2003; Cruz, Pimenta, & Lunney, 2009; del Bueno, 2005; Doane, 2002; Ebright, Patterson, Chalko, & Render, 2003; Etheridge, 2007; Gillespie, 2010; Hedberg & Larsson, 2004; Lasater, 2007; Potter et al., 2005)

BAB 3

KERANGKA KONSEP & HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Faktor Yang Berhubungan Pada Perawat Dalam Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Lombok

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Pada konteks dilevel meso terdapat komponen budaya ruangan, ketersediaan fasilitas yang memadai serta komunikasi dengan unit lain yang menjelaskan lingkungan kerja perawat dan pola kepegawaian (pendidikan).

Pada level mikro, terdapat komponen pengalaman kerja. Untuk dasar pengetahuan terdapat komponen perawat, kasus dan pasien.

Lingkungan kerja perawat, pendidikan, pengalaman kerja serta pengetahuan dapat mempengaruhi pengambilan keputusan triage.

3.3 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka bisa dirumuskan hipotesis penelitian berupa:

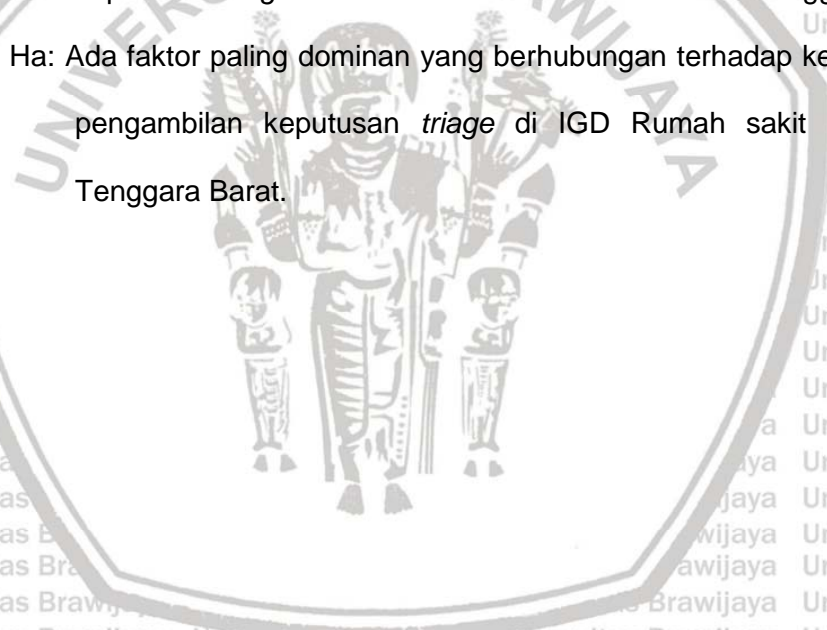
Ha: Ada hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Ha: Ada hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Ha: Ada hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Ha: Ada hubungan lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Ha: Ada faktor paling dominan yang berhubungan terhadap ketepatan dalam pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik observational dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perawat dalam pengambilan keputusan *triage* rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini berupa semua perawat di IGD rumah sakit Lombok yang berjumlah 135 orang yang terdiri dari lima rumah sakit umum di Lombok berupa RSUD Praya berjumlah 37 orang, RSUD Patut Patuh Patju berjumlah 23 orang, RSUD Soedjono Selong berjumlah 22 orang, RSUD Provinsi NTB berjumlah 41 orang dan RSU Kota Mataram berjumlah 12 orang.

4.2.2 Sampel

Dalam penelitian ini sampel didapatkan dari semua perawat IGD yang masih aktif bekerja di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Besar sampel pada penelitian ini berupa semua perawat yang bekerja di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dengan jumlah 135 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan yaitu teknik *total sampling* yaitu semua populasi perawat menjadi sampel penelitian.

4.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen						
1	Pengetahuan perawat mengenai <i>triage</i>	Informasi yang dimiliki perawat berkaitan dengan <i>triage</i> yang digunakan di Rumah sakit	Informasi yang dimiliki perawat berkaitan dengan <i>triage</i> yang digunakan di Rumah sakit. Adapun pernyataannya pada masing-masing kategori <i>triage</i> sebagai berikut: 1. Kategori P1 pada pasien : a. Serangan jantung b. Trauma berat c. Gagal nafas 2. Kategori P2 pada pasien : a. Nyeri abdomen b. Fraktur c. Batu ginjal 3. Kategori P3 pada pasien : a. Konjungtiva b. Gangguan tenggorokan c. Gangguan kulit d. Pasien dapat mengikuti instruksi verbal dari penolong	Kuesioner Sumber: (Bhalla, Frey, Rider, Nord, & Hegerhorst, 2015)	0-8 0=nilai terendah 8=nilai tertinggi	Interval
2	Pengalaman kerja	Lama kerja responden di ruang gawat darurat yang diperhitungkan sejak masuk sampai saat ini	Lama kerja responden di ruang gawat darurat yang diperhitungkan sejak masuk sampai saat ini	Lembar isian kuesioner dalam hitungan tahun	Dalam tahun	Rasio
3	Tingkat Pendidikan	Pendidikan keperawatan formal terakhir yang ditempuh oleh responden	Pendidikan keperawatan terakhir yang ditempuh oleh responden yang dibuktikan dalam	Lembar ceklist kuesioner sesuai dengan pendidikan	e. D III f. D4	Ordinal

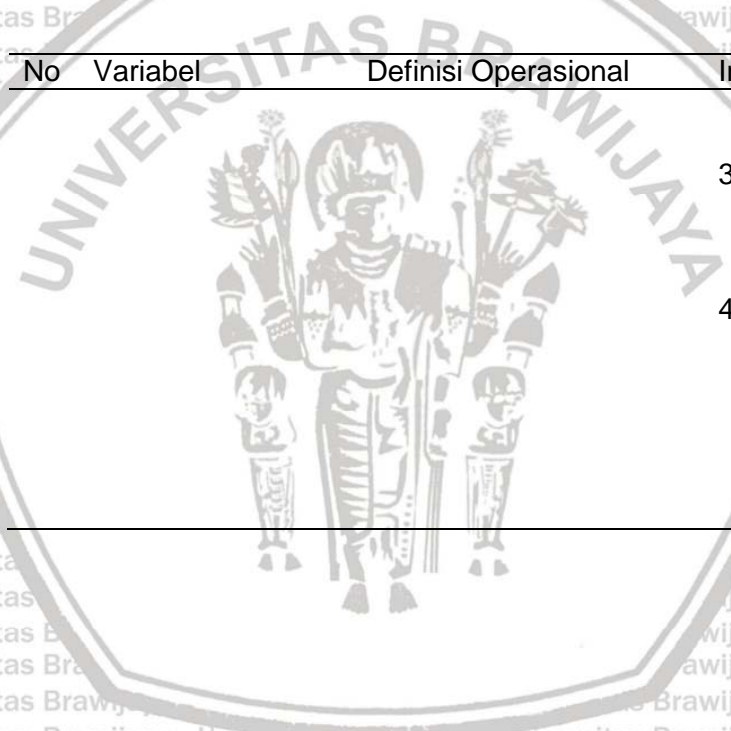
No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
		responden yang dibuktikan dalam bentuk ijazah	bentuk ijazah : a. D III Kep b. D4 c. S1 Ners d. S2 Spesialis		g. S1 Kep h. S2+Sp esialis	
4	Lingkungan kerja perawat	Suatu kondisi sekitar tempat kerja yang berhubungan dengan karyawan dalam hal ini perawat dalam melakukan aktivitasnya baik secara fisik maupun non fisik	Suatu kondisi sekitar tempat kerja yang berhubungan dengan karyawan dalam hal ini perawat dalam melakukan aktivitasnya baik secara fisik maupun non fisik yang terdiri dari : 1. Partisipasi perawat Rumah sakit 2. Kepemimpinan, dan dukungan dari perawat 3. Sumber daya dan ketenagaan yang berkecukupan 4. Hubungan perawat-dokter-pasien 5. Pelayanan keperawatan yang berkualitas	Kuesioner Sumber : dari <i>Practise Environment scale of nursing work index</i> (Warshawsky & Havens, 2011).	26-104 26=nilai terendah 104=nilai tertinggi	Interval

Variabel Dependen

1	Pengambilan keputusan dalam melakukan triage	Pengambilan keputusan <i>triage</i> yang dilakukan oleh perawat di Rumah sakit berdasarkan kategori <i>triage</i> yang digunakan untuk menggali pengalaman perawat sejak saat ini sampai 1 tahun yang lalu	Pengambilan keputusan <i>triage</i> yang dilakukan oleh perawat di Rumah sakit berdasarkan kategori <i>triage</i> yang digunakan untuk menggali pengalaman. Adapun dimensi pada pengambilan keputusan yaitu 1. Konteks (level makro, meso dan mikro) 2. Dasar pengetahuan (pengetahuan	Kuesioner pengambilan keputusan <i>triage</i> dibuat berdasarkan modifikasi dari Isaksson <i>et al</i> tahun 2013 (Isaksson, Hajdarevic, & Jutterström,	0-90 0=nilai terendah 90=nilai tertinggi	Interval
---	--	--	--	---	--	----------

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
----	----------	----------------------	-----------	-----------	------------	-------

			tentang profesi, perawat, kasus, pasien dan keluarga pasien	Hörnsten, 2013)		
			3. Proses pengambilan keputusan (tanda untuk bertindak, pertimbangan, pengambilan keputusan dan evaluasi)	yang terdiri dari 15 pernyataan		
			4. Proses berfikir (personal asumsi, kepercayaan dan nilai yang dianut, berfikir secara umum dan sistematis, mengutamakan evidence, analisis kritis, dukungan untuk pasien serta pengetahuan terkait pasien			



4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-April 2019 di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

4.5 Etika Penelitian

4.5.1 Prinsip Etik

Prinsip penelitian ini adalah isu-isu etik yang meliputi *nonmaleficence*, *beneficence*, *autonomy*, dan *justice* (Craven & Jensen, 2013).

a. *Nonmaleficence*

Responden yang akan diteliti diberikan penjelasan terlebih dulu terkait tujuan dan prosedur penelitian yang akan dilakukan.

Pengambilan keputusan *triage* diukur dengan menggunakan standar operasional prosedur yang sudah akui sehingga tidak menimbulkan efek merugikan bagi responden.

b. *Beneficence*

Peneliti melakukan penelitian yang memberi manfaat bagi responden. Melalui evaluasi pengambilan keputusan *triage* pada penelitian ini, pihak rumah sakit dapat melakukan evaluasi kembali terkait hasil penelitian yang didapatkan. Hasil penelitian ini menjadi acuan pihak rumah sakit dalam menentukan *triage* yang efektif dilakukan di rumah sakit.

c. *Autonomy*

Sebelum penelitian responden disampaikan informasi terkait tujuan, keuntungan dan manfaat pada penelitian, responden juga secara otonomi menentukan pilihan dalam berpartisipasi. Setelah itu *Informed consent* ditandatangani oleh responden yang melanjutkan partisipasi dalam penelitian ini. Responden diberikan kebebasan untuk

mengikuti penelitian tanpa ada paksaan pihak peneliti maupun pihak rumah sakit

d. *Justice*

Peneliti memperlakukan semua responden secara adil melalui penilaian ketepatan *triage* yang sesuai dengan standar operasional prosedur.

4.6 Prosedur Penelitian dan Alur Penelitian

4.6.1 Prosedur Penelitian

Prosedur dalam penelitian ini dimulai dari prosedur administrasi dan prosedur teknis yang meliputi:

- a. Pembuatan proposal penelitian
- b. Setelah proposal disetujui kemudian peneliti meminta surat terkait pengambilan data di Universitas Brawijaya yang akan dituju untuk tempat penelitian dan untuk mendapatkan izin penelitian.
- c. Mengurus izin pada instansi tempat melakukan penelitian yang di IGD rumah sakit Sepulau Lombok Nusa Tenggara Barat.
- d. Setelah mendapatkan izin dari instansi tempat penelitian selanjutnya peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian ini kepada perawat dan memberikan lembar persetujuan untuk diisi oleh perawat jika bersedia menjadi responden penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan responden, peneliti mengambil data pada responden yang sudah ditentukan di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.
- e. Melakukan pengumpulan data dan kemudian melakukan analisis data

4.6.2 Alur Penelitian

Sampel : Perawat yang bekerja di IGD Rumah Sakit
Lombok Nusa Tenggara Barat

Informed consent

Bersedia

Tidak Bersedia

Menggali data Variabel Independen dengan memberikan kuisisioner:

- a. Pengetahuan
- b. Pengalaman kerja
- c. Tingkat pendidikan
- d. Lingkungan kerja perawat

Menggali data dependen melalui kuesioner: Pengambilan keputusan *triage* oleh perawat

Analisis data univariat, bivariat dan multivariat

Penyajian hasil

4.7 Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan format kuisioner.

4.7.1 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini adalah

a. Lembar kuisioner

Lembar kuisioner pada penelitian ini berupa:

- 1) Data demografi (jenis kelamin, umur)
- 2) Pendidikan terakhir
- 3) Pengalaman kerja untuk mengukur variabel pengalaman kerja yang menanyakan tentang lama kerja responden di IGD rumah sakit Sepulau Lombok Nusa Tenggara Barat.
- 4) Kuesioner pengetahuan untuk mengukur variabel pengetahuan dengan menggunakan kuesioner.
- 5) Kuisiioner lingkungan kerja perawat.
- 6) Kuisiioner pengambilan keputusan *triage*.

4.7.2 Proses pengumpulan data

Proses pengumpulan data yang dilaksanakan ketika penelitian berupa:

- a. Memperkenalkan diri kepada calon responden
- b. Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilaksanakan
- c. Memberikan *informed consent* kepada calon responden untuk ditanda tangani jika calon responden bersedia menjadi responden
- d. Responden mengisi kuisioner yang sudah disebarakan.
- e. Data yang didapatkan dikategorikan dan dianalisis

4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.8.1 Uji Validitas

Untuk menguji tingkat validitas *instrument* dalam penelitian ini dilakukan pengujian teknik korelasi yang dipakai adalah *Product-Moment* dengan rumus sebagai berikut :

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{[n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2] \cdot [n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Setelah diketahui nilai r_{hitung} maka akan dilihat r tabel. Berdasarkan tingkat signifikansi 0,05, bila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen dinyatakan valid. Pada penelitian ini, uji validitas dilakukan sebanyak 30 perawat yang mana nilai r tabel sebesar 0.351. Setelah dilakukan analisis, kuesioner pengetahuan yang valid ($r_{hitung} > 0.351$) berjumlah 8 pertanyaan dari 10 pertanyaan. Kuesioner dukungan lingkungan kerja perawat yang valid ($r_{hitung} > 0.351$) berjumlah 26 pertanyaan dari 31 pertanyaan. Kuesioner pengambilan keputusan *triage* yang valid ($r_{hitung} > 0.351$) berjumlah 15 pertanyaan dari 22 pertanyaan.

4.8.2 Uji Reliabilitas

Selain uji validitas dilakukan pula pengujian reabilitas instrumen secara *internal consistency* yakni mencobakan instrumen sekali saja kemudian butir yang telah dinyatakan reliabel berdasarkan uji reliabilitas yang dianalisis dengan *Cronbach Alpha*. Reabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika memiliki nilai *Cronbach Alpha* > 0,6. Pada penelitian ini, nilai reabilitas pengetahuan sebesar 0.806, dukungan lingkungan kerja perawat sebesar 0.943 dan pengambilan keputusan *triage* sebesar 0.869.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Setelah data didapatkan, selanjutnya dilaksanakan pengolahan data dengan langkah:

- a. *Checking data*, yaitu peneliti harus mengecek kembali lengkap tidaknya data penelitian, memilih mensortir data sehingga hanya data yang relevan saja yang akan dianalisis.
- b. *Editing*, yaitu memeriksa atau mengoreksi data yang telah dikumpulkan. Data yang belum lengkap harus dilengkapi oleh responden yang berpartisipasi dalam penelitian.
- c. *Coding*, yaitu kegiatan dengan memberikan kode-kode tertentu pada lembar kuisisioner atau lembar observasi masing-masing responden dengan tujuan memudahkan peneliti dalam proses pengolahan data.
- d. *Processing*, melakukan *entry* data terkait daftar pertanyaan yang sudah dilengkapi dengan pengkodean serta diproses dengan komputer sehingga siap dianalisis.
- e. *Cleaning*, pembersihan data ketika ditemukan kesalahan dalam *entry* data.

Pada penelitian ini, teknik analisis data dilaksanakan dengan tiga tahapan perhitungan baik secara univariat, bivariat dan multivariat.

Analisa yang dilakukan berturut-turut yaitu uji normalitas data, uji korelatif serta uji analisis regresi linier berganda dengan metode *backward*. Semua penghitungan dilaksanakan dengan *software Excel*

Office 2010 dan SPSS for Windows 21.

4.9.2 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat ini menjelaskan karakteristik setiap variabel dari hasil penelitian. Pada penelitian ini, data univariatnya berupa data demografi, pengetahuan perawat mengenai *triage*, pengalaman kerja, tingkat pendidikan, dukungan lingkungan kerja perawat dan pengambilan keputusan dalam melakukan *triage*.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat apakah ada hubungan maupun pengaruh antara variabel independen dan dependen.

Penelitian ini untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam pengambilan keputusan *triage* di rumah sakit Sepulau Lombok Nusa Tenggara Barat. Adapun setiap variabel penelitian dilakukan uji sebagai berikut:

- 1) Hubungan pengetahuan perawat mengenai *triage* dengan pengambilan keputusan dalam melakukan *triage* dilakukan uji *spearman rank*.
- 2) Hubungan pengalaman kerja dengan pengambilan keputusan dalam melakukan *triage* dilakukan uji *spearman rank*.
- 3) Hubungan tingkat pendidikan dengan pengambilan keputusan dalam melakukan *triage* dilakukan uji *spearman rank*.
- 4) Hubungan lingkungan kerja perawat dengan pengambilan keputusan dalam melakukan *triage* dilakukan uji *spearman rank*.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel independen yang mana yang paling berhubungan atau berpengaruh terhadap variabel dependen. Uji yang

digunakan pada penelitian ini berupa regresi linier ganda. Alur uji regresi linier ganda dijelaskan sebagai berikut

a. Seleksi kandidat

Variabel kandidat akan dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat ketika hasil uji bivariat memiliki nilai $p < 0.25$ atau bisa saja $p \text{ value} > 0.25$ tetap dimasukkan ke dalam multivariat ketika variabel tersebut secara substansi dianggap penting.

b. Pemodelan multivariat

Untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan melalui mempertahankan variabel independen mempunyai $p \text{ value} \leq 0.05$ serta mengeksklusi variabel yang $p \text{ value}$ -nya > 0.05 dilakukan dengan cara metode *backward*.

c. Uji Asumsi

1) Asumsi eksistensi

Untuk menilai asumsi eksistensi dengan cara analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan sebaran (Mean mendekat/sama dengan 0), asumsi ini terpenuhi.

2) Asumsi independensi

Untuk menilai asumsi ini dapat dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson dengan nilai $-2 \text{ s.d. } +2$ yang menyatakan asumsi ini terpenuhi.

3) Asumsi linieritas

Untuk menilai asumsi ini dapat dilakukan uji ANOVA dengan nilai $p \text{ value} < \alpha$ yang menyatakan asumsi ini terpenuhi.

4) Asumsi Homoscedascity

Untuk melihat asumsi ini dapat dilakukan dengan melihat titik sebaran merata di sekitar titik nol sehingga dinyatakan variannya homogen serta asumsi homoscedascity terpenuhi.

5) Asumsi Normalitas

Untuk melihat asumsi ini dapat dilakukan dengan melihat titik sebaran data menyebar di garis P-P Plot residual yang menyatakan uji asumsi ini terpenuhi.

6) Diagnostik multicollinearity

Dalam regresi linier tidak boleh terjadi korelasi sesama variabel independen. Adapun nilai VIF (*Varian Inflation Factor*) tidak lebih dari 10 sudah menyatakan tidak ada korelasi (Hastono, 2007)



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di semua Rumah sakit Umum yang ada di Lombok yaitu RSUD Praya, RSUD Patut Patuh Patju, RSUD Soedjono Selong, RSUD Provinsi NTB, dan RSU Kota Mataram. Rumah sakit ini memiliki instalasi gawat darurat yang menggunakan sistem *triage start* (*simple triage and rapid treatment*) yaitu penggolongan *triage* berdasarkan 4 penggolongan *immediate, delayed, minor* dan *dead* atau banyak Rumah sakit yang menyebutnya dengan sebutan merah, kuning, hijau dan hitam.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat kelayakan etik dari Universitas Mataram. Setelah surat kelayakan etik keluar, peneliti mengajukan surat ijin penelitian beserta surat kelayakan etik terlebih dahulu kepada bagian seksi pendidikan dan penelitian terkait proposal penelitian yang diajukan. Setelah mendapat surat balasan ijin penelitian, peneliti memulai penelitian ke ruangan IGD Rumah sakit Lombok.

5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dipenelitian ini berupa karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, kompetensi, pengalaman kerja, pengetahuan, dukungan lingkungan kerja perawat, dan pengambilan keputusan *triage*.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Pengalaman Kerja, Pengetahuan, Lingkungan Kerja Perawat dan Pengambilan keputusan *Triage*

Variabel	N	Mean	SD
Umur			
RS Tipe B			
a. RSUD Provinsi NTB	41	30.27	4.111
b. RSUD Kota Mataram	12	33.92	5.248
RS Tipe C			
a. RSUD Soedjono Selong	22	31.55	5.73
b. RSUD Patut Patuh Patju	23	30.96	2.804
c. RSUD Praya	37	31.41	3.201
Pengalaman kerja			
RS Tipe B			
a. RSUD Provinsi NTB	41	8.51	4.718
b. RSUD Kota Mataram	12	9.42	5.501
RS Tipe C			
a. RSUD Soedjono Selong	22	6.45	3.405
b. RSUD Patut Patuh Patju	23	7.87	2.029
c. RSUD Praya	37	8.84	2.398
Pengetahuan			
RS Tipe B			
a. RSUD Provinsi NTB	41	6.05	1.024
b. RSUD Kota Mataram	12	6.17	1.03
RS Tipe C			
a. RSUD Soedjono Selong	22	5	0.816
b. RSUD Patut Patuh Patju	23	5	1
c. RSUD Praya	37	5.49	1.017
Lingkungan kerja perawat			
RS Tipe B			
a. RSUD Provinsi NTB	41	88.1	11.26
b. RSUD Kota Mataram	12	90	8.655
RS Tipe C			
a. RSUD Soedjono Selong	22	87.27	8.68
b. RSUD Patut Patuh Patju	23	86.39	7.415
c. RSUD Praya	37	86.27	8.481
Pengambilan keputusan <i>triage</i>			
RS Tipe B			
a. RSUD Provinsi NTB	41	73.49	11.49
b. RSUD Kota Mataram	12	77.92	9.949
RS Tipe C			
a. RSUD Soedjono Selong	22	70.64	7.267
b. RSUD Patut Patuh Patju	23	68.61	10.02
c. RSUD Praya	37	68.54	10.28

Sumber: Data Primer (2019)

Berdasarkan tabel 5,1 dapat diketahui usia perawat di RSUD Provinsi NTB rata-rata berumur 30.27, RSUD Kota Mataram rata-rata berumur 33.92 tahun, RSUD Soedjono Selong rata-rata berumur 31.55 tahun, RSUD Patut

Patuh Patju rata-rata berumur 30.96 tahun dan RSUD Praya rata-rata berumur 31.41 tahun. Pengalaman kerja perawat RSUD Provinsi NTB rata-rata 8.51 tahun, RSUD Kota Mataram rata-rata 9.42 tahun, RSUD Soedjono Selong rata-rata 6.45 tahun, RSUD Patut Patuh Patju rata-rata 7.87 tahun dan RSUD Praya rata-rata 8.84 tahun.

Pengetahuan perawat RSUD Provinsi NTB rata-rata bernilai 6.05, RSUD Kota Mataram rata-rata bernilai 6.17, RSUD Soedjono Selong rata-rata bernilai 5, RSUD Patut Patuh Patju rata-rata bernilai 5 dan RSUD Praya rata-rata bernilai 5.49. Lingkungan kerja perawat RSUD Provinsi NTB rata-rata bernilai 88.1, RSUD Kota Mataram rata-rata bernilai 90, RSUD Soedjono Selong rata-rata bernilai 87.27, RSUD Patut Patuh Patju rata-rata bernilai 86.39 dan RSUD Praya rata-rata bernilai 86.27. Pengambilan keputusan *triage* oleh perawat RSUD Provinsi NTB rata-rata bernilai 73.49, RSUD Kota Mataram rata-rata bernilai 77.92, RSUD Soedjono Selong rata-rata bernilai 70.64, RSUD Patut Patuh Patju rata-rata bernilai 68.61 dan RSUD Praya rata-rata bernilai 68.54.

Selanjutnya dilakukan uji homogenitas variabel umur, pengalaman kerja, pengetahuan, lingkungan kerja perawat dan pengambilan keputusan *triage* yang dijelaskan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Uji Homogenitas

No	Variabel	Levene statistic	Sig
1	Pengalaman Bekerja	4.373	0.002
2	Pengetahuan	1.94	0.108
3	Lingkungan Kerja	1.892	0.116
4	Pengambilan Keputusan Triage	1.602	0.178
5	Umur	3.292	0.013

Sumber: Data Primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.2, dapat dijelaskan bahwa variabel yang homogen adalah pengetahuan ($p=0.108$), lingkungan kerja ($p=0.116$) dan

pengambilan keputusan *triage* ($p=0.178$). Variabel yang memiliki data tidak homogen yaitu pengalaman kerja (0.002) dan umur responden (0.013).

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pelatihan

No	Variabel	Kategori	N	f	%		
1	Jenis kelamin RS Tipe B	Laki-laki	41	26	19.3		
		Perempuan		15	11.1		
	a. RSUD Provisini NTB	Laki-laki	12	5	3.7		
		Perempuan		7	5.2		
	b. RSU Kota Mataram	Laki-laki	22	11	8.1		
		Perempuan		11	8.1		
	RS Tipe C	Laki-laki	23	13	9.6		
		Perempuan		10	7.4		
	c. RSUD Soedjono Selong	Laki-laki	37	18	13.3		
		Perempuan		19	14.1		
	d. RSUD Patut Patuh Patju	Laki-laki	41	15	11.1		
		Perempuan		1	0.7		
	e. RSUD Praya	S1+Ners	24	24	17.8		
		S2		1	0.7		
2	Pendidikan RS Tipe B	D3	12	3	2.2		
		D4		1	0.7		
	a. RSUD Provisini NTB	S1+Ners	8	8	5.9		
		S2		0	0		
		b. RSU Kota Mataram		D3	22	8	5.9
				D4		0	0
	S1+Ners		14	10.4			
	S2		0	0			
	RS Tipe C	D3	23	14	10.4		
		D4		0	0		
S1+Ners		9		6.7			
S2		0		0			
a. RSUD Soedjono Selong	D3	37	21	15.6			
	D4		0	0			
	S1+Ners		16	11.9			
	S2		0	0			
b. RSUD Patut Patuh Patju	D3	41	15	11.1			
	D4		1	0.7			
	S1+Ners		24	17.8			
	S2		1	0.7			
c. RSUD Praya	D3	12	3	2.2			
	D4		1	0.7			
	S1+Ners		8	5.9			
	S2		0	0			

No	Variabel	Kategori	N	f	%
3	Pelatihan RS Tipe B				
	a. RSUD Provisinisi NTB	BTCLS	41	32	23.7
		PPGD		3	2.2
		BTCLS & <i>Triage</i>		4	3
		ACLS		2	1.5
		BTCLS & PPGD		0	0
	b. RSU Kota Mataram	BTCLS	12	9	6.7
		PPGD		2	1.5
		BTCLS & <i>Triage</i>		1	0.7
		ACLS		0	0
		BTCLS & PPGD		0	0
	RS Tipe C				
	a. RSUD Soedjono Selong	BTCLS	22	19	14.1
		PPGD		1	0.7
		BTCLS & <i>Triage</i>		1	0.7
		ACLS		1	0.7
		BTCLS & PPGD		0	0
	b. RSUD Patut Patuh Patju	BTCLS	23	17	12.6
		PPGD		0	0
		BTCLS & <i>Triage</i>		5	3.7
		ACLS		0	0
		BTCLS & PPGD		1	0.7
	c. RSUD Praya	BTCLS	37	36	26.7
		PPGD		0	0
		BTCLS & <i>Triage</i>		0	0
		ACLS		1	0.7
		BTCLS & PPGD		0	0
	Total			135	100

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 5.3 didapatkan jenis kelamin responden yang paling dominan di RSUD Provinsi NTB yaitu laki-laki dengan jumlah 26 orang, RSU Kota Mataram yaitu perempuan dengan jumlah 7 orang, RSUD Soedjono Selong sama antara laki-laki dan perempuan dengan jumlah 11 orang, RSUD Patut Patuh Patju yaitu laki-laki dengan jumlah 13 orang dan RSUD Praya yaitu perempuan dengan jumlah 19 orang.

Pendidikan responden yang paling dominan di RSUD Provinsi NTB berupa S1+Ners dengan jumlah 24 orang, RSU Kota Mataram berupa

S1+Ners dengan jumlah 8 orang, RSUD Soedjono Selong berupa S1+Ners dengan jumlah 14 orang, RSUD Patut Patuh Patju berupa D3 dengan jumlah 14 orang dan RSUD Praya berupa D3 dengan jumlah 21 orang. Jenis pelatihan perawat yang paling dominan di RSUD Provinsi NTB yaitu BTCLS dengan jumlah 32 orang, RSUD Kota Mataram yaitu BTCLS dengan jumlah 9 orang, RSUD Soedjono Selong yaitu BTCLS dengan jumlah 19 orang, RSUD Patut Patuh Patju yaitu BTCLS dengan jumlah 17 orang dan RSUD Praya yaitu BTCLS dengan jumlah 36 orang.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan Faktor Pengetahuan Terhadap Pengambilan Keputusan

Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Tabel 5.4 Hubungan Faktor Pengetahuan Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

	Pengambilan Keputusan <i>Triage</i>
Pengetahuan	r= 0.69 p= 0.000 n= 135

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 5.4 menjelaskan nilai $p= 0.000$ ($p<0.05$) sehingga bisa disimpulkan terdapat hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Adapun nilai $r= 0.69$ menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang kuat dimana semakin tinggi skor pengetahuan perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage* pada perawat.

5.3.2 Hubungan Faktor Pengalaman Kerja Terhadap Pengambilan Keputusan Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Tabel 5.5 Hubungan Faktor Pengalaman Kerja Terhadap Pengambilan Keputusan Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

	Pengambilan Keputusan Triage
Pengalaman kerja	r= 0.289 p= 0.000 n= 135

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 5.5 menjelaskan nilai $p= 0.000$ ($p<0.05$) sehingga bisa disimpulkan terdapat hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Adapun nilai $r=0.298$ menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang lemah dimana semakin tinggi pengalaman kerja perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan triage perawat.

5.3.3 Hubungan Faktor Pendidikan Terhadap Pengambilan Keputusan Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Tabel 5.6 Hubungan Faktor Pendidikan Terhadap Pengambilan Keputusan Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

	Pengambilan Keputusan Triage
Pendidikan	r= 0.393 p= 0.000 n= 135

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 5.6 menjelaskan nilai $p= 0.000$ ($p<0.05$) sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Adapun nilai $r=0.393$ menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan

korelasi yang lemah dimana semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage* pada perawat.

5.3.4 Hubungan Faktor Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Tabel 5.7 Hubungan Faktor Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

	Pengambilan Keputusan <i>Triage</i>
Lingkungan Kerja Perawat	r = 0.452 p = 0.000 n = 135

Sumber: Data Primer (2019)

Tabel 5.7 menjelaskan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$) sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat. Adapun nilai $r = 0.452$ menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sedang dimana semakin tinggi skor lingkungan kerja perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage* pada perawat.

5.4 Analisis Multivariat

Tabel 5.8 Hubungan Faktor Pendidikan, Pengalaman Kerja, Pengetahuan, dan Lingkungan kerja perawat Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Variabel	Koefisien B	Nilai p	R Square
Step 1			
Konstanta	8.492	0.160	
Pendidikan	2.012	0.002	
Pengalaman kerja	0.252	0.133	
Pengetahuan	4.981	0.000	0.569
Lingkungan kerja perawat	0.330	0.000	
Step 2			
Konstanta	9.439	0.119	
Pendidikan	1.884	0.004	
Pengetahuan	5.204	0.000	0.561
Lingkungan kerja perawat	0.331	0.000	

Tabel 5.8 menjelaskan nilai *R Square* menunjukkan nilai 0.561 yang menjelaskan bahwa variabel pendidikan, pengetahuan dan lingkungan kerja perawat dapat menjelaskan variasi variabel pengambilan keputusan *triage* sebesar 56.1%. Sisanya dipengaruhi oleh variabel yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Pada step 1 didapatkan variabel pendidikan mempunyai nilai $p=0.002$, pengalaman kerja dengan $p=0.133$, pengetahuan dengan $p=0.000$ dan dukungan lingkungan kerja perawat dengan nilai $p=0.000$. Dari 4 variabel, terdapat 1 variabel yang mempunyai nilai $p > 0.05$ sehingga peneliti mengeluarkan variabel tersebut melalui metode *Backward LR*. Adapun tahapannya sebagai berikut:

1. Step 1

Pada tahap step 1, program mengeksklusi variabel pengalaman kerja yang memiliki nilai *p value* 0.133 dari pemodelan.

2. Step 2

Pada tahap step 2, program tidak mengeksklusi variabel apapun dari pemodelan sehingga pada step kedua menjadi pemodelan terakhir.

Hasil akhir uji regresi linier berganda menunjukkan nilai *coeficient B* variabel pendidikan sebesar 1.884, pengetahuan sebesar 5.204 dan lingkungan kerja perawat sebesar 0.331. Berdasarkan hasil analisis tersebut, maka didapatkan variabel pengetahuan menjadi variabel yang paling berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage* dengan nilai *coeficient B* 5.204 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan lingkungan kerja perawat. Sebelum memasuki pemodelan multivariat, dilakukan uji asumsi terlebih dahulu sebagai syarat pemodelan multivariat. Adapun uji asumsi pada penelitian ini dijelaskan pada tabel ini.

Tabel 5.9 Uji Asumsi

No	Asumsi	Hasil	Keterangan
1	Eksistensi	Mean residu=0.000	Mean residu=0.000, maka asumsi eksistensi terpenuhi
2	Independensi	1.927	Nilai durbin watson antara -2 s/d +2, maka asumsi independensi terpenuhi
3	Linieritas	Scatter kesian linier	memberi Asumsi linieritas terpenuhi
4	Normalitas	Grafik histogram dan plot normal	Asumsi normalitas terpenuhi
5	homoskedasitas	Sebaran residu tidak membentuk pola tertentu	Asumsi homoskedasitas terpenuhi
6	Multikolineritas	Semua variabel nilai VIF < 10	Asumsi multikolineritas terpenuhi

Sumber: Data Primer (2019)

Berdasarkan tabel 5.9 didapatkan semua uji asumsi terpenuhi sehingga dapat dilakukan pemodelan multivariat. Adapun persamaan model untuk hasil uji regresi linier berganda sebagai berikut:

$$y = \text{konstanta} + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 + a_5x_5$$

$$y = 9.439 + 1.884 (\text{Pendidikan}) + 5.204 (\text{Pengetahuan}) + 0.331 (\text{Dukungan lingkungan kerja perawat})$$

Hasil persamaan regresi ini menunjukkan setiap peningkatan 1 level pendidikan responden maka akan meningkatkan skor pengambilan keputusan *triage* sebesar 1.884. Setiap peningkatan 1 skor pengetahuan akan meningkatkan skor pengambilan keputusan *triage* sebesar 5.204. Setiap peningkatan 1 skor lingkungan kerja perawat akan meningkatkan pengambilan keputusan *triage* sebesar 0.331.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Faktor Pengetahuan Terhadap Pengambilan Keputusan

Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Hasil penelitian ini menjelaskan terdapat hubungan antara faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dengan nilai $p=0.000$. Nilai $r=0.69$ menunjukkan bahwa korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang kuat. Korelasi positif pada hasil penelitian ini menjelaskan semakin tinggi skor pengetahuan maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage* oleh perawat.

Pada penelitian ini, skor pengetahuan memiliki hubungan yang berbanding lurus dengan skor pengambilan keputusan *triage*. Rata-rata responden dengan skor pengetahuan yang tinggi memiliki skor pengambilan keputusan *triage* yang tinggi. Hal ini juga dijelaskan dengan nilai korelasi positif yang dihasilkan dari proses analisis data dimana hasil ini menjelaskan bahwa pengetahuan yang tinggi berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage*.

Penelitian ini sejalan dengan Aloyce *et al* tahun 2014 yang menjelaskan bahwa pengetahuan perawat yang tinggi terkait *triage* dapat meningkatkan ketepatan perawat dalam mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Pengetahuan perawat yang tinggi ini dapat menggolongkan kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang di alami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan *outcome* yang lebih baik (Aloyce *et al.*, 2014).

Pada penelitian ini, perawat yang bekerja di rumah sakit tipe B (RSUD Provinsi NTB dan RSUD Kota Mataram) memiliki skor pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang bekerja di rumah sakit tipe C (RSUD Soedjono Selong, RSUD Patut Patuh Patju dan RSUD Praya). Skor pengetahuan perawat di RSUD Provinsi NTB sebesar 6.05 dan RSUD Kota Mataram sebesar 6.17. Sedangkan skor pengetahuan perawat RSUD Soedjono Selong sebesar 5, RSUD Patut Patuh Patju sebesar 5 dan RSUD Praya sebesar 5. Tingginya pengetahuan perawat di rumah sakit tipe B selaras dengan pendidikan dan pelatihan perawat dimana pada rumah sakit tipe B mayoritas berpendidikan S1+Ners dan memiliki pelatihan BTCLS. Pendidikan dan kompetensi perawat yang tinggi akan meningkatkan pengetahuan dan skill perawat dalam melakukan penilaian *triage* dengan cepat dan tepat (Kerie, Tilahun, & Mandesh, 2018).

Triage adalah peran keperawatan yang bersifat otonom dan berfokus pada *survival* pasien dan pelaksanaan perawatan gawat darurat yang efisien. Keputusan klinis yang dibuat oleh perawat *triage* membutuhkan proses kognitif yang kompleks. Perawat *triage* harus menunjukkan kemampuan untuk berfikir kritis di dalam lingkungan dimana data yang tersedia terbatas, tidak lengkap atau ambigu. Proses pengambilan keputusan *triage* merupakan inti dari perawatan klinis yang sesuai bagi pasien. kemampuan untuk melakukan proses *triage* yang efektif dan efisien tergantung pada pengetahuan yang luas dan pengalaman dengan berbagai penyakit dan pola cedera (Nyhus & Kamara, 2017; Pouraghaei *et al.*, 2017). Dalam studi yang dilaksanakan Roudbari & Mirhaghi tahun 2010 menyatakan bahwa rendahnya kemampuan perawat dalam melakukan *triage* yang disebabkan karena perawat kurang pengetahuan dan tidak terampil dalam mengkaji kondisi pasien (Roudbari & Mirhaghi 2010).

College of Emergency Nursing Australia tahun 2007 telah merekomendasikan elemen praktek dan teori yang harus dikuasai oleh perawat dalam melakukan *triage* seperti sejarah, ilmu pengetahuan dan praktik tentang *triage*, sistem pelayanan kesehatan, peran perawat *triage*, komunikasi yang efektif, persyaratan dan pertimbangan legislatif/hukum, kesehatan komunitas dan epidemiologi, *primary* dan *secondary survey* serta pengkajian, pengambilan keputusan *triage* berdasarkan jenis kasus yang terjadi serta kualitas dan keamanan dalam memberikan perawatan kesehatan (CENA, 2007). Hal ini menjadi elemen yang penting dan harus diperhatikan oleh perawat terkait *triage*.

Emergency Nurse Association tahun 2011 juga memberikan rekomendasi pengetahuan yang harus dikuasai oleh perawat untuk dapat melakukan *triage* berupa pengantar *triage*, proses dokumentasi *triage*, hukum pelayanan kesehatan, kegawatdaruratan abdomen, kegawatdaruratan jantung, trauma, kegawatdaruratan sistem respirasi, kegawatdaruratan psikiatri, *fast track*, kegawatdauratan muskuloskeletal, kondisi khusus dan kegawatdaruratan anak (ENA, 2011). Dengan adanya rekomendasi terkait dengan pengetahuan yang diperlukan oleh perawat terkait *triage*, maka *triage* dapat dilakukan dengan tepat dan cepat sehingga dapat meningkatkan pelayanan yang disediakan oleh perawat di rumah sakit.

Selain itu, aspek umur dapat mempengaruhi pengetahuan perawat terkait *triage* melalui kemampuan dalam mengingat. Jancke *et al* tahun 2009 menjelaskan bahwa umur dapat mempengaruhi daya ingat seseorang dimana rata-rata individu <40 tahun memiliki kemampuan kognitif yang baik sehingga dapat memperkuat memori untuk menerima pengetahuan yang didapatkan (Jäncke *et al.*, 2009).

Berdasarkan hasil penjabaran tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan menjadi komponen yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage* oleh perawat. Oleh karena itu, semakin tinggi pengetahuan yang dipunyai oleh perawat, maka semakin tepat perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Sebaliknya, semakin rendah pengetahuan yang dimiliki oleh perawat, maka perawat akan kurang tepat dalam mengambil keputusan *triage*.

6.2 Hubungan Faktor Pengalaman Kerja Terhadap Pengambilan Keputusan

Triage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Hasil penelitian ini menjelaskan terdapat hubungan antara faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dengan nilai $p=0.000$. Nilai $r=0.289$ menjelaskan bahwa korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang lemah. Korelasi positif pada hasil penelitian ini menjelaskan semakin tinggi pengalaman kerja yang dipunyai oleh perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage*.

Pada penelitian ini, pengalaman kerja memiliki hubungan yang berbanding lurus dengan skor pengambilan keputusan *triage*. Rata-rata responden dengan pengalaman kerja yang lama memiliki skor pengambilan keputusan *triage* yang tinggi. Hal ini juga dijelaskan dengan nilai korelasi positif yang dihasilkan dari proses analisis data dimana hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman kerja yang lama berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage*.

Perawat yang bekerja di rumah sakit tipe B (RSUD Provinsi NTB dan RSUD Kota Mataram) rata-rata memiliki pengalaman kerja yang lama dibandingkan perawat yang bekerja di rumah sakit tipe C (RSUD Soedjono Selong, RSUD Patut Patuh Patju dan RSUD Praya). Perawat yang bekerja di

RSUD Provinsi NTB rata-rata memiliki pengalaman kerja selama 8.51 tahun dan perawat RSUD Kota Mataram rata-rata memiliki pengalaman kerja selama 9.42 tahun. Sedangkan perawat yang bekerja di RSUD Soedjono rata-rata memiliki pengalaman kerja selama 6.45 tahun, perawat RSUD Patut Patuh Patju rata-rata memiliki pengalaman kerja selama 7.87 tahun dan perawat RSUD Praya rata-rata memiliki pengalaman kerja selama 8.84 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa semua perawat rumah sakit rata-rata memiliki pengalaman kerja yang lama dengan rumah sakit tipe B yang mempunyai perawat dengan pengalaman kerja yang lama.

Penelitian ini sejalan dengan Duko *et al* tahun 2019 yang menyatakan bahwa perawat yang memiliki pengalaman kerja yang tinggi/lama mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Pengalaman perawat yang tinggi ini menjadi pembelajaran bagi perawat untuk dapat menggolongkan kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang dialami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan outcome yang lebih baik (Duko *et al.*, 2019).

Benner (1982) menyatakan untuk menjadi perawat yang ahli, diperlukan pengembangan keterampilan serta pemahaman terkait penatalaksanaan pasien di sepanjang waktu yang bisa didapatkan dengan pendidikan serta pengalaman yang banyak (Alligood, 2014). Benner membagi keahlian dalam 5 tingkatan *novice*, *advance beginner*, *competent*, *proficient* dan *expert*.

Perawat *triage* diharapkan telah berada pada tingkatan *competent* dimana pada tahap ini perawat telah mampu mempertimbangkan serta membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi terkini yang akan datang. Tahap ini melambangkan perawat yang telah memiliki pekerjaan yang sama atau situasi yang sama selama 2 atau 3 tahun, berkembang ketika perawat mulai memandang tindakannya telah mencapai sasaran, atau

secara sadar mempunyai rencana dalam tindakannya (Alligood, 2014).

Konsistensi, kemampuan memprediksi, serta pengaturan waktu menjadi gambaran pada tahap kompeten. Perawat kompeten bisa memperlihatkan tanggung jawab yang lebih terkait kondisi pasien, lebih fokus dan mampu memperlihatkan kemampuan berfikir kritis pada dirinya (Arslanian-Engoren *et al.*, 2010; Hammad *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2018).

Berdasarkan hasil penjabaran tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pengalaman kerja menjadi komponen yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage* oleh perawat. Oleh karena itu, semakin lama pengalaman kerja yang dimiliki oleh perawat, maka semakin tepat perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Sebaliknya, semakin rendah pengalaman kerja yang dimiliki oleh perawat, maka perawat akan kurang tepat dalam mengambil keputusan *triage*.

6.3 Hubungan Faktor Pendidikan Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Hasil penelitian ini menjelaskan terdapat hubungan antara faktor pendidikan terhadap ketepatan pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dengan nilai $p=0.000$. Nilai $r=0.393$ menjelaskan bahwa korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang lemah. Korelasi positif pada hasil penelitian ini menjelaskan semakin tinggi pendidikan yang dimiliki oleh perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage*.

Pada penelitian ini, pendidikan mempunyai kaitan yang berbanding lurus dengan skor pengambilan keputusan *triage*. Rata-rata responden dengan pendidikan S1+Ners memiliki skor pengambilan keputusan *triage* yang tinggi.

Hal ini juga dijelaskan dengan nilai korelasi positif yang dihasilkan dari proses

analisis data dimana hasil ini menunjukkan bahwa pendidikan yang tinggi berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage*.

Pada penelitian ini, perawat yang bekerja di rumah sakit tipe B (RSUD Provinsi NTB dan RSUD Kota Mataram) banyak memiliki pendidikan yang lebih tinggi dibandingkan perawat yang bekerja di rumah sakit tipe C (RSUD Soedjono Selong, RSUD Patut Patuh Patju dan RSUD Praya). Perawat yang bekerja di RSUD Provinsi NTB mayoritas berpendidikan S1+Ners yang berjumlah 24 orang dan perawat RSUD Kota Mataram mayoritas berpendidikan S1+Ners yang berjumlah 8 orang. Sedangkan perawat yang bekerja di RSUD Soedjono mayoritas berpendidikan S1+Ners yang berjumlah 14 orang, perawat RSUD Patut Patuh Patju mayoritas berpendidikan D3 yang berjumlah 14 orang dan perawat RSUD Praya mayoritas berpendidikan D3 yang berjumlah 21 orang. Hal ini menunjukkan bahwa perawat yang bekerja di rumah sakit memiliki pendidikan yang cukup tinggi dimana rumah sakit tipe B yang memiliki perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi.

Penelitian ini sejalan dengan Kerie, Tilahun dan Mandesh tahun 2018 yang menyatakan bahwa perawat yang mempunyai pendidikan yang tinggi serta mempunyai kompetensi yang terkait *triage* dapat meningkatkan perawat dalam mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Pendidikan dan kompetensi perawat yang tinggi ini menjadi dasar utama bagi perawat untuk dapat melakukan penilaian kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang dialami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan outcome yang lebih baik. Pendidikan dan kompetensi perawat yang tinggi akan meningkatkan pengetahuan dan skil perawat dalam melakukan penilaian *triage* dengan cepat dan tepat (Kerie, Tilahun, & Mandesh, 2018).

Kompetensi dan pendidikan adalah komponen yang penting terhadap pelaksanaan *triage*. Kompetensi didapatkan melalui suatu pelatihan yang terstruktur. Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan keterampilan psikomotor seseorang yang merupakan komponen dari program pendidikan yang komprehensif serta memperbaiki kinerja pegawai sehingga terjadi proses pemutakhiran keahlian yang sejalan dengan kemajuan teknologi (Sulistiyani & Rosidah, 2009). Pada penelitian Semua responden pada penelitian ini memiliki kompetensi BTCLS dan bahkan ada yang mengikuti pelatihan *triage*, PPGD dan ACLS. Kompetensi yang dimiliki oleh perawat dapat membantu perawat dalam mengambil keputusan *triage* (Firdaus, Soeharto, & Ningsih, 2018).

Seorang perawat yang bekerja di unit pelayanan gawat darurat sangat penting untuk mengikuti pelatihan khususnya yang terkait dengan *triage* yang di terapkan. CENA pada tahun 2007 menyediakan panduan yang adalah bagian utama untuk pilihan *triage* bagi perawat yang terdiri dari sejarah, pengetahuan dan pelaksanaan *triage* yang diaplikasikan misalnya mengaplikasikan ATS (*Australian Triage Scale*), kemampuan komunikasi, survei primer dan sekunder, pemeriksaan dan pembuatan keputusan *triage* yang berhubungan dengan kegawatdaruratan pasien, misalnya pasien trauma, pasien anak, obstetrik dan ginekologi. Mengingat pentingnya pelatihan ini untuk perawat khususnya perawat *triage* maka beberapa negara telah mempersiapkan suatu program pendidikan serta pelatihan untuk berbagai jenis *triage* yang digunakan diseluruh negara (Arslanian-Engoren et al., 2010; Stanfield, 2015).

Berdasarkan hasil penjabaran tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan menjadi komponen yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage* oleh perawat. Oleh karena itu, semakin tinggi

pendidikan yang dipunyai oleh perawat, maka semakin tepat perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Sebaliknya, semakin rendah pendidikan yang dimiliki oleh perawat, maka perawat akan kurang tepat dalam mengambil keputusan *triage*.

6.4 Hubungan Faktor Lingkungan Kerja Perawat Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat

Hasil penelitian ini menjelaskan terdapat hubungan antara faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dengan nilai $p=0.000$. Nilai $r=0.452$ menjelaskan bahwa korelasi positif dengan kekuatan korelasi yang sedang. Korelasi positif pada hasil penelitian ini menjelaskan semakin tinggi skor lingkungan kerja perawat yang dimiliki oleh perawat maka semakin tinggi skor pengambilan keputusan *triage*.

Pada penelitian ini, lingkungan kerja perawat memiliki hubungan yang berbanding lurus dengan ketepatan pengambilan keputusan *triage*. Rata-rata responden dengan skor lingkungan kerja perawat yang tinggi memiliki skor pengambilan keputusan *triage* yang tinggi. Hal ini juga dijelaskan dengan nilai korelasi positif yang dihasilkan dari proses analisis data dimana hasil ini menjelaskan bahwa lingkungan kerja perawat yang tinggi berhubungan dengan pengambilan keputusan *triage* yang tepat.

Perawat yang bekerja di rumah sakit tipe B (RSUD Provinsi NTB dan RSUD Kota Mataram) rata-rata memiliki skor lingkungan kerja yang tinggi dibandingkan perawat yang bekerja di rumah sakit tipe C (RSUD Soedjono Selong, RSUD Patut Patuh Patju dan RSUD Praya). Perawat yang bekerja di RSUD Provinsi NTB rata-rata memiliki skor lingkungan kerja sebesar 88.1 dan perawat RSUD Kota Mataram rata-rata memiliki skor lingkungan kerja sebesar 90. Sedangkan perawat yang bekerja di RSUD Soedjono rata-rata

memiliki skor lingkungan kerja sebesar 87.27, perawat RSUD Patut Patuh Patju rata-rata memiliki skor lingkungan kerja sebesar 86.39 dan perawat RSUD Praya rata-rata memiliki skor lingkungan kerja sebesar 86.27. Hal ini menunjukkan bahwa semua perawat rumah sakit rata-rata memiliki skor lingkungan kerja yang tinggi dengan rumah sakit tipe B yang mempunyai lingkungan kerja perawat yang lebih tinggi.

Penelitian ini sejalan dengan Dadashzadeh, Farahnaz, Ghojazadeh dan Azad tahun 2013 yang menyatakan bahwa lingkungan kerja perawat yang baik dapat meningkatkan ketepatan perawat dalam mengambil keputusan *triage* di ruangan instalasi gawat darurat. Lingkungan kerja perawat yang baik dapat dinilai dari dukungan staf perawat yang baik dan fasilitas lengkap yang digunakan perawat untuk melakukan penilaian kategori *triage* yang tepat sesuai dengan kondisi pasien yang di alami sehingga meningkatkan kinerja perawat dan outcome yang lebih baik. Lingkungan kerja yang baik akan meningkatkan efisiensi dan kinerja perawat sehingga kualitas pelayanan yang diberikan akan maksimal dan berkualitas (Dadashzadeh, Farahnaz, Ghojazadeh, & Azad, 2013).

Lingkungan kerja perawat terdiri dari 5 dimensi yaitu partisipasi perawat rumah sakit, kepemimpinan dan dukungan dari perawat, sumber daya dan ketenagaan yang berkecukupan, hubungan perawat-dokter-klien dan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Partisipasi perawat rumah sakit sangat mempengaruhi kinerja perawat. Partisipasi perawat yang aktif dapat meningkatkan kerjasama yang baik antar tenaga medis sehingga dapat mendukung kinerja perawat yang baik. Kinerja perawat yang baik dapat mempengaruhi perawat dalam mengambil keputusan *triage* (Kerie, Tilahun, & Mandesh, 2018).

Kepemimpinan dan dukungan dari perawat dapat mempengaruhi perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Penelitian sebelumnya juga menjelaskan bahwa kepemimpinan, dukungan perawat, manajemen serta budaya dapat mempengaruhi kondisi lingkungan kerja perawat yang berpengaruh pada kualitas pelayanan keperawatan yang dilaksanakan perawat pada pasien. Penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik kepemimpinan, dukungan perawat, manajemen serta budayanya, maka akan semakin baik pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruangan tersebut (Ma *et al.*, 2015; McCusker *et al.*, 2004).

Sumber daya dan ketenagaan yang berkecukupan dapat mempengaruhi perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Ketersediaan sumber daya berupa sarana, prasarana dan ketenagaan yang baik dapat meningkatkan pelaksanaan praktek keperawatan (Putra *et al.*, 2007). Sejalan dengan Berry dan Parish yang menyatakan bahwa peningkatan fasilitas rumah sakit akan meningkatkan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan klinis pada pasien (Berry & Parish, 2008).

Hubungan perawat-dokter-klien dapat mempengaruhi perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Wolf pada tahun 2010 dan 2013 yang menyatakan bahwa faktor lingkungan kerja seperti hubungan perawat-dokter, budaya, hubungan perawat dengan penyedia layanan rumah sakit serta kelembagaan di rumah sakit berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage* di ruangan IGD. Adanya kerjasama tim yang baik, komunikasi yang baik dan lancar serta kepemimpinan dan otonomi kelembagaan yang baik meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan *triage* (Wolf, 2010; Wolf, 2013).

Pelayan keperawatan yang berkualitas menjadi aspek penting yang mempengaruhi pengambilan keputusan *triage*. Lowe tahun 2002

menjelaskan bahwa lingkungan kerja yang berkualitas tinggi dapat bermanfaat untuk perawat dimana dapat meningkatkan kualitas perawatan klien (Lowe, 2002). Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat pengaruh lingkungan kerja perawat dengan pelaksanaan praktek keperawatan. Kondisi lingkungan kerja yang baik mampu meningkatkan kualitas perawat dalam bekerja yang berdampak positif pada produktivitas tenaga kesehatan (Lövgren *et al.*, 2002).

Selain itu, aspek penting yang mempengaruhi perawat dalam mengambil suatu keputusan yaitu aspek kendali terhadap beban kerja serta kendali terhadap praktek. Kondisi kerja dengan beban kerja yang semakin meningkat dapat meningkatkan kesalahan perawat dalam melakukan pekerjaannya sehingga berdampak pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien (Kang *et al.*, 2016). Dalam konteks *triage*, beban kerja di ruangan IGD dapat mempengaruhi kondisi perawat yang bekerja sehingga akan berdampak pada pengambilan keputusan *triage* dengan tepat (Cildoz *et al.*, 2017).

Kendali terhadap praktek perawat berkaitan dengan otonomi perawat dalam mengambil suatu keputusan secara mandiri dan bertanggungjawab secara personal atas pelaksanaan tindakan yang diberikan kepada pasien (Skår, 2010). Otonomi perawat dalam melakukan *triage* dapat diterapkan di ruangan IGD dengan adanya protokol *triage* yang tepat (Robinson, 2013). Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara level otonomi perawat dalam pengambilan keputusan *triage* dimana adanya otonomi perawat dapat mempermudah dalam mengambil keputusan *triage* dengan cepat dan tepat (Gerdtz & Bucknall, 2000).

Berdasarkan hasil penjabaran tersebut, maka bisa disimpulkan bahwa lingkungan kerja perawat menjadi komponen yang sangat berpengaruh

terhadap pengambilan keputusan *triage* oleh perawat. Oleh karena itu, semakin tinggi dukungan staf. lingkungan, maka semakin tepat perawat dalam mengambil keputusan *triage*. Sebaliknya, semakin rendah lingkungan kerja perawat, maka perawat akan kurang tepat dalam mengambil keputusan *triage*.

6.5 Faktor Yang Paling Berhubungan Terhadap Pengambilan Keputusan *Triage* di IGD Rumah Sakit Nusa Tenggara Barat

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa faktor yang paling berhubungan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat yaitu faktor pengetahuan dengan nilai $p=0.000$ dan *coeficient* $B= 5.204$ setelah dikontrol oleh variabel lingkungan kerja dan pendidikan.

Penelitian ini sejalan dengan Khairina, Malini, & Huriani tahun 2018 yang menjelaskan bahwa pengetahuan perawat menjadi faktor yang paling berhubungan dan menjadi bagian yang terpenting dalam melakukan *triage*. Perawat harus mempunyai pengetahuan yang cukup dalam menangani pasien terutama pada pasien yang dalam kondisi berbahaya maupun kondisi tidak berbahaya yang berkaitan penanganan yang diberikan pada masing-masing kategori pasien tersebut. Diperlukan suatu pengetahuan yang baik sebagai dasar dalam menilai setiap kondisi pasien yang datang ke ruangan instalasi gawat darurat. Pasien yang datang dengan kondisi gawat darurat harus mendapat penatalaksanaan medis yang cepat dan tepat sehingga dapat meningkatkan *outcome* pasien. Namun perawat juga harus tetap memberikan penatalaksanaan pasien yang dalam kategori non gawat darurat sehingga tidak mengganggu mekanisme *triage* yang ada di rumah sakit (Khairina, Malini, & Huriani, 2018).

Pengambilan keputusan klinis oleh perawat berdasarkan oleh pengetahuan dasar yang ada dari berbagai dimensi seperti profesi

keperawatan, perawat itu sendiri, aspek umum dan spesifik dari situasi pasien. Pengetahuan diperlukan untuk perkembangan perawat ke depannya dalam konteks pengambilan keputusan yang efektif dimana memerlukan pengetahuan baru yang berkaitan dengan pasien dan situasi tertentu, bersama dengan penggunaan pengetahuan yang ada secara baik. Hal ini menjelaskan setiap dimensi pengetahuan memberikan arahan terkait pengetahuan perawat dalam pengambilan keputusan klinis khususnya *triage* (Gillespie, 2010).

Pengambilan keputusan *triage* adalah proses pengambilan keputusan dengan mengutamakan keperluan pasien dan memperhatikan tingkat keparahan pasien untuk mendapatkan perawatan medis (Stanfield, 2015).

Pengambilan keputusan *triage* adalah proses *inheren*, *kompleks* dan *dinamis*. Keputusan dilakukan dalam satu lingkup yang membutuhkan waktu cepat dengan informasi yang terbatas, untuk pasien yang umumnya tidak memiliki prognosis medis (Ganley & Gloster, 2011).

Pengambilan keputusan *triage* ini memaksa perawat harus memiliki kompetensi pelatihan dan yang paling penting adalah pengalaman perawat. Keputusan *triage* ini mencakup pasien, perawatan yang diberikan, lama dirawat, dan kepuasan pasien. Proses *triage* ketika pasien pertama kali datang dan perawat memperhatikan kondisi pasien (Stanfield, 2015).

Keputusan *triage* dapat dibagi menjadi keputusan *triage* primer dan sekunder. Keputusan *triage* primer berhubungan dengan penilaian awal *triage*, alokasi kategori *triage*, bantuan awal dan penempatan pasien, sedangkan keputusan *triage* sekunder berkaitan dengan intervensi keperawatan untuk mempercepat penatalaksanaan darurat dan memberikan kenyamanan pada pasien (Gerds & Bucknall, 2000).

Dalam melakukan penilaian *triage* ada tiga kemungkinan yang ada yaitu pasien ditempatkan lebih rendah dari tingkat kegawatan yang sebenarnya (*under triage*), pasien ditempatkan sesuai dengan tingkat kegawatan yang sebenarnya (*expected triage*) serta pasien ditempatkan lebih tinggi dari tingkat kegawatannya (*over triage*) (Considine, Botti, & Thomas, 2007).

Berdasarkan hal ini maka diperlukan suatu pengetahuan yang baik untuk memberikan penanganan yang tepat dan cepat serta mencegah terjadinya *under triage* atau *over triage* (Hoff, Carroll, & Hong, 2017; Kerie *et al.*, 2018).

6.6 Implikasi Keperawatan

Dengan teridentifikasinya faktor pengetahuan, pengalaman kerja, pendidikan dan lingkungan kerja perawat sebagai faktor yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan *triage*, pihak rumah sakit dapat membuat suatu standar untuk tenaga kesehatan yang dapat bekerja di ruangan *triage*. Standar ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan pada ruangan IGD terkait dengan proses *triage* yang dilaksanakan. Selain itu, hasil penelitian ini juga mejadi bahan evaluasi bagi pihak rumah sakit khususnya di ruangan IGD terkait *triage* yang digunakan sudah efektif atau belum.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Tidak adanya standarisasi kompetensi yang harus dimiliki peneliti terkait perawat *triage* membuat kesulitan pengumpulan data. Selain itu, pengambilan keputusan *triage* pada penelitian ini masih bersifat persepsi responden.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Terdapat hubungan faktor pengetahuan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.
- b. Terdapat hubungan faktor pengalaman kerja terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.
- c. Terdapat hubungan faktor pendidikan terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.
- d. Terdapat hubungan faktor lingkungan kerja perawat terhadap pengambilan keputusan *triage* di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.
- e. Faktor pengetahuan menjadi faktor yang paling berhubungan terhadap pengambilan keputusan *triage* setelah dikontrol oleh lingkungan kerja dan pendidikan di IGD rumah sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

7.2 Saran

a. Bagi Rumah Sakit

1. Perlunya peningkatan pengetahuan perawat dalam melakukan *triage* melalui pemberian pelatihan yang intensif terkait *triage*.
2. Perlunya memberikan pendampingan pada perawat yang masih mempunyai pengalaman kerja yang minim dan pelaksanaan program percepatan perawat sehingga dapat membantu mereka dalam proses pengambilan keputusan *triage* dengan tepat.
3. Perlunya dukungan dan kesempatan lebih lanjut terkait peningkatan pendidikan perawat yang lebih tinggi sehingga dapat menunjang proses pengambilan keputusan *triage*.

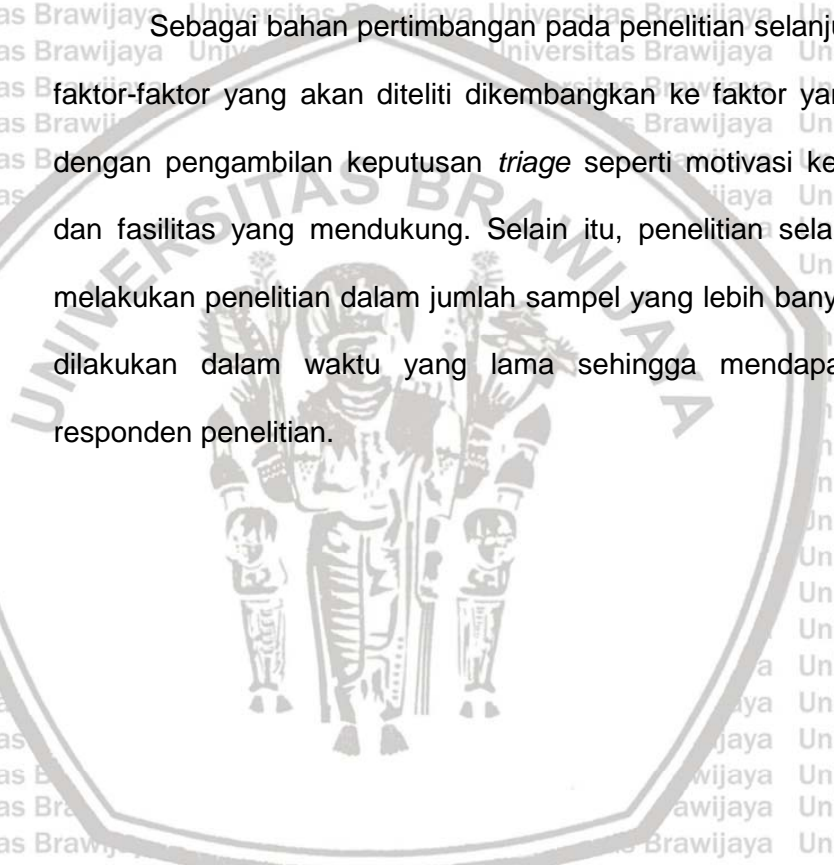
4. Perlunya dukungan untuk meningkatkan kerjasama antara perawat dengan tim medis lainnya melalui pembentukan tim.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Perlunya persiapan yang dilakukan oleh institusi pendidikan terkait kompetensi perawat yang mampu melakukan proses triage dengan baik sehingga menciptakan lulusan perawat yang berkualitas.

c. Bagi Penelitian Keperawatan

Sebagai bahan pertimbangan pada penelitian selanjutnya, dimana faktor-faktor yang akan diteliti dikembangkan ke faktor yang lain terkait dengan pengambilan keputusan *triage* seperti motivasi kerja, supervisi, dan fasilitas yang mendukung. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian dalam jumlah sampel yang lebih banyak. Penelitian dilakukan dalam waktu yang lama sehingga mendapatkan banyak responden penelitian.



DAFTAR PUSTAKA

Aacharya, R. P., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis *BMC Emergency Medicine*, 2-13.

Abraham, L. J., Thom, O., Greenslade, J. H., Wallis, M., Johnston, A. N., Carlstrom, E., ... Crilly, J. (2018). Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emerg Med Australas*, 30(3), 375-381. doi:10.1111/1742-6723.12895

Alligood, M. R. (2014). *Pakar Teori Keperawatan*: Elsevier.

Aloyce, R., Leshabari, S., & Brysiewicz, P. (2014). Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 14-18. doi:<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2013.04.009>

Arslanian-Engoren, C., Hagerty, B., Antonakos, C. L., & Eagle, K. A. (2010). The feasibility and utility of the aid to cardiac triage intervention to improve nurses' cardiac triage decisions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(3), 201-207. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.08.004>

Atmaja, R. R. D. (2016). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan perawat dalam melakukan prosedur triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang dan RSUD Mardi Waluyo Kota*

Becker, J. B., Lopes, M. C., Pinto, M. F., Campanharo, C. R., Barbosa, D. A., & Batista, R. E. (2015). [Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome]. *Rev Esc Enferm USP*, 49(5), 783-789. doi:10.1590/S0080-623420150000500011

Beckett, A., Gilbertson, S., & Greenwood, S. (2007). Doing the right thing: nursing students, relational practice, and moral agency. *J Nurs Educ*, 46(1), 28-32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302097>

Bergs, J. V., Gillet, S., Vandijck, Hasselt, & Leuven. (2014). Evaluating Implementation of the Emergency Severity Index in a Belgian Hospital. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*, 592-596.

Berry, L. L., & Parish, J. T. (2008). The impact of facility improvements on hospital nurses. *HERD*, 1(2), 5-13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21161892>

Bhalla, M. C., Frey, J., Rider, C., Nord, M., & Hegerhorst, M. (2015). Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment and Sort, Assess, Lifesaving, Interventions, Treatment, and Transportation mass casualty triage methods for sensitivity, specificity, and predictive values. *The American*

Journal of Emergency Medicine, 33(11), 1687-1691.
doi:10.1016/j.ajem.2015.08.021

Bracken, J. (2003). *Triage*. In L. Newberry (Ed.). *Sheehy's emergency nursing : Principles and practice (5th ed.* St Louis: Mosby.

Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *J Adv Nurs*, 43(3), 310-319. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859790>

Castner, J. (2011). EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE: WHAT DATA ARE NURSES COLLECTING? *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*. 417-422.

CENA. (2007). *Emergency Departement Model Of Care*. Retrieved from Australia:

Cildoz, M., Mallor, F., Ibarra, A., & Azcarate, C. (2017). *Dealing with Stress and Workload in Emergency Departments*, Cham.

considine, J., Botti, M., & S, T. (2007). Do knowledge and experience have specifik roles in triage decision-makingdo knowledge and experience have specifik roles in triage decision-making. *Academic emergency medicine*, 722-726.

Considine, J., Botti, M., & Thomas, S. (2007). Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? *Acad Emerg Med*, 14(8), 722-726. doi:10.1197/j.aem.2007.04.015

Craven, R., & Jensen, S. (2013). *Fudamental of nursing human health and function*. China: Wolter Kluwer Health.

Cruz, D. M., Pimenta, C. M., & Lunney, M. (2009). Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs*, 40(3), 121-127. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326819>

Dadashzadeh, A., Abdolazadeh, F., Rahmani, A., & Ghojazadeh, M. (2013). Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals *Critical CARE NURSING*, 4, 269-276.

Dadashzadeh, A., Farahnaz, A., Ghojazadeh, M., & Azad, R. (2013). Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals. *Crit Care Nurs J*, 6(4), e7027. Retrieved from <http://jccnursing.com/en/articles/7027.html>

del Bueno, D. (2005). A crisis in critical thinking. *Nurs Educ Perspect*, 26(5), 278-282. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295306>

Depkes. (2009). *Rancangan pedoman pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal untuk rumah sakit umum type B dan C Jakarta*. Retrieved from Jakarta:

Doane, G. A. (2002). Beyond behavioral skills to human-involved processes: relational nursing practice and interpretive pedagogy. *J Nurs Educ*, 41(9), 400-404. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12238897>

Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F., Kedir, A., & Gebire, M. (2019). Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: cross sectional study. *BMC Research Notes*, 12(1), 21. doi:10.1186/s13104-019-4062-1

Ebrahimi, M., Mirhaghi, A., Mazlom, R., Heydari, A., Nassehi, A., & Jafari, M. (2016). The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency Department: A Delphi Study. *Scientifica (Cairo)*, 2016, 5269815. doi:10.1155/2016/5269815

Ebright, P. R., Patterson, E. S., Chalko, B. A., & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *J Nurs Adm*, 33(12), 630-638. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665827>

ENA. (2011). *Position statement: Triage Qualifications*. Retrieved from USA:

Etheridge, S. A. (2007). Learning to think like a nurse: stories from new nurse graduates. *J Contin Educ Nurs*, 38(1), 24-30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17269436>

Farrokhnia, N., & Göransson, K. (2011). *Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: A national update* (Vol. 19).

Fathoni, M., Sangchan, H., & Songwhattana, P. (2010). Triage skill and related factors among emergency nurses in East Java Province.

Firdaus, M. N., Soeharto, S., & Ningsih, D. K. (2018). ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING THE APPLICATION OF AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE (ATS) IN EMERGENCY DEPARTEMENT NGUDI WALUYO WLINGI HOSPITAL. 2018, 6(1), 12. Retrieved from <http://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/162/177>

Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Crit Care*, 15(2), 216. doi:10.1186/cc9998

Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nurs Stand*, 26(12), 49-56; quiz 58. doi:10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829

Gerdts, M. F., & Bucknall, T. K. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. *Australian JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 24-33.

Gerdtz, M., & Bucknall, T. (2000). Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. *Aust J Adv Nurs*, 18(1), 24-33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11878360>

Gillespie, M. (2010). Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education in Practice*, 10(6), 333-340. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.02.003>

Gillespie, M., & Peterson, B. L. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect*, 30(3), 164-170. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19606659>

Hammad, K., Peng, L., Anikeeva, O., Arbon, P., Du, H., & Li, Y. (2017). Emergency nurses' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province, China. *International Emergency Nursing*, 35, 25-29. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.007>

Han, J. H., France, D. J., Levin, S. R., Jones, I. D., Storrow, A. B., & Aronsky, D. (2010). The Effect of Physician Triage on Emergency Department Length of Stay. *The Journal of Emergency Medicine*, 39(2), 227-233. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.10.006>

Hassankhani, H., Hasanzadeh, F., Powers, K. A., Dadash Zadeh, A., & Rajaie, R. (2018). Clinical Skills Performed By Iranian Emergency Nurses: Perceived Competency Levels and Attitudes Toward Expanding Professional Roles. *Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 156-163. doi:10.1016/j.jen.2017.06.007

Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta FKUI.

Hedberg, B., & Larsson, U. S. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *J Clin Nurs*, 13(3), 316-324. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009334>

Hoff, J. J., Carroll, G., & Hong, R. (2017). Presence of undertriage and overtriage in simple triage and rapid treatment. *Am J Disaster Med*, 12(3), 147-154. doi:10.5055/ajdm.2017.0268

Hutton, A., & Arbon, P. (2011). Evidence-Based Decision-Making in Triage. *Prehospital and Disaster Medicine*. doi:10.1017/S1049023X11002627

Isaksson, U., Hajdarevic, S., Jutterström, L., & Hörnsten, Å. (2013). *Validity and reliability testing of the Swedish version of Melbourne Decision Making Questionnaire* (Vol. 28).

Jäncke, L., Cheetham, M., & Baumgartner, T. (2009). Virtual reality and the role of the prefrontal cortex in adults and children. *Frontiers in Neuroscience*, 3(1).

Johnson, K. D., Alhaj-Ali, A., & Cincinnati. (2017). Using Simulation to Assess the Impact of Triage Interruptions. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*, 43(5), 436-443.

Johnson, K. D., Gillespie, G. L., & Vance, K. (2018). Effects of Interruptions on Triage Process in Emergency Department: A Prospective, Observational



- Study. *J Nurs Care Qual*, 33(4), 375-381. doi:10.1097/NCQ.0000000000000314
- Kang, J. H., Kim, C. W., & Lee, S. Y. (2016). Nurse-Perceived Patient Adverse Events depend on Nursing Workload. *Osong Public Health Res Perspect*, 7(1), 56-62. doi:10.1016/j.phrp.2015.10.015
- Kerie, S., Tilahun, A., & Mandesh, A. (2018). Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 11(1), 658. doi:10.1186/s13104-018-3769-8
- Khairina, I., Malini, H., & Huriani, E. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan perawat dalam ketepatan triase di kota Padang *Indonesian Journal for Health Sciences*, 2(1), 1-6.
- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *J Nurs Educ*, 46(11), 496-503. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18019107>
- Lövgren, G., Rasmussen, B. H., & Engström, B. (2002). Working conditions and the possibility of providing good care. *Journal of Nursing Management*, 10(4), 201-209. doi:10.1046/j.1365-2834.2002.00290.x
- Lowe, G. S. (2002). Quality of Worklife Indicators for Nurse in Canada. from Canadian Nurses Association
- Ma, C., Olds, D. M., & Dunton, N. E. (2015). Nurse work environment and quality of care by unit types: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1565-1572. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.011>
- Martinez-Segura, E., Lleixa-Fortuno, M., Salvado-Usach, T., Sola-Miravete, E., Adell-Lleixa, M., Chanovas-Borras, M. R., . . . Mora-Lopez, G. (2017). [Competence of triage nurses in hospital emergency departments]. *Emergencias*, 29(3), 173-177. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825237>
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 17(6), 313-322. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15552386>
- Ningsih, D. K. (2011). *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nyhus, H. B., & Kamara, M. M. (2017). Quality improvement in emergency service delivery: Assessment of knowledge and skills amongst emergency nurses at Connaught Hospital, Sierra Leone. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 113-117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.04.002>

Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Goransson, K. E., Ehrenberg, A., . . . Farrohknia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2-9.

Permenkes. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan from Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., & Evanoff, B. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *J Nurs Adm*, 35(7-8), 327-335. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077274>

Pouraghaei, M., Sadegh Tabrizi, J., Moharamzadeh, P., Rajaei Ghafori, R., Rahmani, F., & Najafi Mirfakhraei, B. (2017). The Effect of Start Triage Education on Knowledge and Practice of Emergency Medical Technicians in Disasters. *J Caring Sci*, 6(2), 119-125. doi:10.15171/jcs.2017.012

Putra, K. R., Hamid, A. Y. S., & Mustikasari. (2007). The Influence of Nurses' Working Environment to Implementation Nursing Practice in General Hospital Dr. Saiful Anwar Malang Year 2006. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, XXIII(1), 50-54.

Qureshi, K., & Veenema, T. (2003). Disaster triage and chemical decontaminatin: disaster nursing and emergency preparadness for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards. .

Rathlev, N. K., Obendorfer, D., White, L. F., Rebholz, C., Magauran, B., Baker, W., . . . Olshaker, J. (2012). Time series analysis of emergency department length of stay per 8-hour shift. *West J Emerg Med*, 13(2), 163-168. doi:10.5811/westjem.2011.7.6743

Robinson, D. J. (2013). An Integrative Review: Triage Protocols and the Effect on ED Length of Stay. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 398-408. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.016>

Rochana, N., Mophet, J., & Plummer, V. (2016). *Triage process in Emergency Departments: an Indonesian Study* (Vol. 6).

Roudbari , M., & Mirhaghi , A. (2010). A Survey on Knowledge Level of the Nurses about Hospital Triage. *Crit Care Nurs J*, 3(4), e7158. Retrieved from <http://jccnursing.com/en/articles/7158.html>

Skár, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2226-2234. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x

Smith, A. (2013). Using a theory to understand triage decision making. *International Emergency Nursing*, 21(2), 113-117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.03.003>

Smith, A., & Cone, K. J. (2010). Triage Decision-Making Skills: A Necessity for all Nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(1), E14-E19. doi:10.1097/NND.0b013e3181bec1e6

Stanfield, L. M. (2015). Clinical decision making in triage: an integrative review. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*, 41(5).

Sulistiyani, A. T., & Rosidah. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

The College of Emergency Medicine, R. (2012). Crowding in emergency departement Revised Edition Retrieved from [https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20\(2015\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20(2015).pdf), from The College of Emergency Medicine [https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20\(2015\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20(2015).pdf)

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*, 60(1), 17-31. doi:10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c

Wolf, L. (2010). *Acuity Assignment: An Ethnographic Exploration of Clinical Decision Making by Emergency Nurses at Initial Patient Presentation* (Vol. 32).

Wolf, L. (2013). An integrated, ethically driven environmental model of clinical decision making in emergency settings. *Int J Nurs Knowl*, 24(1), 49-53. doi:10.1111/j.2047-3095.2012.01229.x

Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Triageing the Emergency Department, Not the Patient: United States Emergency Nurses' Experience of the Triage Process. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 258-266. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010>

Zachariasse, J. M. S., Nienke; Rood, Pleunie P. M.; Alves, Claudio F.; Freitas, Paulo; Smit, Frank J.; Roukema, Gert R.; Moll, Henriette A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. 1-14. doi:DOI:10.1371/journal.pone.0170811

Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Baiq Fitrihan Rukmana, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta bapak/ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat”.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui “Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat” dan memberikan manfaat seperti:
 - a) Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam membangun ide dalam melaksanakan triase pasien di unit gawat darurat dan dasar untuk penelitian selanjutnya tentang triase.
 - b) Sebagai dasar pertimbangan pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan kegawatdaruratan
 - c) Sebagai pengetahuan tenaga kesehatan tentang faktor yang berpengaruh dalam melaksanakan triase di Instalasi Gawat Darurat
 - d) Sebagai masukan tentang dasar-dasar sistem pelaksanaan yang baku secara nasional.
 - e) Dapat menjadi gambaran awal untuk penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan pengambilan keputusan perawat dalam pelaksanaan triase.

Penelitian ini akan berlangsung paling lama 1 minggu dengan sampel berupa perawat IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat”.

3. Prosedur pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik total *sampling* yaitu memilih semua kelompok populasi sebagai subjek penelitian.

Cara ini mungkin dapat menyebabkan waktu bapak/ibu sedikit tersita, namun tidak perlu khawatir karena kami akan melakukan dengan memaksimalkan waktu yang ada dan menjaga kerahasiaan anda sebagai responden.

4. Keuntungan yang bapak/ibu peroleh dengan keikutsertaan dalam penelitian ini yaitu:

- a) Mendapatkan pengetahuan tentang pengetahuan akan triase yang baik
- b) Dapat mengetahui faktor yang mempengaruhi triase sehingga dapat meningkatkan kualitas triase yang ada di rumah sakit.

5. Seandainya bapak/ibu menyetujui atau tidak menyetujui ini, maka kami akan menghormati apapun keputusan dari bapak/ibu.

6. Nama dan jati diri bapak/ibu akan tetap dirahasiakan

Nusa Tenggara Barat, 2019

Peneliti

(Baiq Fitrihan Rukmana)
NIM. 176070300111040

Lampiran 3

PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul:
 “Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase di IGD RS Lombok Nusa Tenggara Barat”.

Nusa Tenggara Barat,

2019

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Baiq Fitrihan Rukmana)
Nim. 176070300111040

(.....)

Saksi 1

saksi 2

(.....)

(.....)



Lampiran 4



INSTRUMEN PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERAWAT
DALAM KETEPATAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN TRIAGE DI
IGD RS LOMBOK NTB

A. KUESIONER YANG DI ISI OLEH RESPONDEN
PETUNJUK PENGISIAN

I. Berilah tanda *check list* (✓) pada kolom yang tersedia sesuai dengan pendapat saudara. Bila saudara membatalkan jawaban yang telah di *check list* (✓), maka berilah tanda silang (X) pada jawaban yang dimaksud.

a. IDENTITAS RESPONDEN/ DATA DEMOGRAFI

1. Nama : _____ No: _____
2. Usia : _____
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
4. Pendidikan : D3 S1+Ners S2+Spesialis
5. Kompetensi : BT&CLS PPGD ACLS ATLS
 Triase GELS Manajemen Bencana
 Lainnya : _____

6. Pengalaman Bekerja: _____ tahun



b. Lembar Kuesioner**A. Pengetahuan Perawat Mengenai Triase**

Jawabalah pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan gambar silang (X) sesuai dengan kemampuan anda

1. Pasien A laki-laki berumur 9 tahun datang ke rumah sakit dengan mengeluh nyeri pada tangan. Berdasarkan pengkajian di dapatkan bahwa pasien jatuh akibat memanjat pohon setinggi 1.52 meter dengan tangan terlebih dahulu jatuh ke tanah. Skala nyeri 5. Perawat memberikan penanganan berupa membelat serta memberikan kompres air es ditangannya. Tangannya mengalami deformitas. Hasil tanda-tanda vital yaitu S= 37,5°C, RR= 26x/menit, HR= 90 mmHg, SpO₂ 99%, permasalahan ini termasuk penggolongan triase:

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

2. Pasien B laki-laki berumur 46 tahun datang ke rumah sakit dengan status asmatikus. Hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mulai mengalami *wheezing* dipagi hari dan sudah diberikan inhaler milik pasien. Berdasarkan riwayat masuk rumah sakit terdahulu, pasien dipasang intubasi. Hasil tanda-tanda vital yaitu RR= 44x/menit, HR= 98 mmHg, SpO₂ 93%, BP 154/60 mmHg, pasien memiliki riwayat alergi, permasalahan ini termasuk penggolongan triase:

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

3. Pasien C perempuan berumur 47 tahun datang ke rumah sakit dengan mengeluh kesulitan tidur akibat nyeri yang dirasakannya.

Pasien mengatakan pengobatan nyerinya tidak efektif menurunkan rasa nyeri. Hasil pengkajian didapatkan pasien dengan riwayat penyakit kanker ovarium. Nyeri yang dirasakan dengan nilai 9. Hasil tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase :

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

4. Pasien B laki-laki berumur 28 tahun datang ke rumah sakit dengan tertusuk benda tajam dibagian leher akibat pertengkaran. Hasil pengkajian didapatkan hematoma yang besar di sekitar luka dengan pasien mengerang kesakitan serta sulit bernapas. Hasil tanda-tanda vital yaitu RR= 36x/menit, HR= 110 mmHg, SpO₂ 89%. Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase:

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

5. Pasien C laki-laki berumur 11 tahun datang ke rumah sakit dengan mengeluh batuk dan pilek sejak 1 minggu. Hasil tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

6. Pasien C laki-laki berumur 19 bulan datang ke rumah sakit bersama ibunya dengan mengeluh diare selama 2 hari dan mulai kambuh

kembali pada pagi ini. Berdasarkan pengkajian pasien, sebelumnya pasien masih minum. Namun, sekarang pasien tidak minum sama sekali. Bibirnya tampak kering dan retak-retak. Hasil tanda-tanda yaitu S 38.5 °C, RR 26 xmenit, HR 90 x/menit BP 138/70 mmHg dan SpO₂

95% Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase :

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

7. Pasien B laki-laki berumur 10 tahun datang ke rumah sakit dibawa oleh ibunya ke IGD dengan gejala tidak dapat buang air besardalam beberapa minggu ini. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri perut skala 7, mual serta kehilangan nafsu makan. Hasil tanda-tanda vital S 38 °C, RR 20 xmenit, HR 75 x/menit, BP 107/66 mmHg dan SpO₂ 99% Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

8. Pasien B perempuan berumur 18 tahun datang ke rumah sakit dengan kondisi menangis. Hasil pengkajian didapatkan pasien disebabkan karena telah mendapatkan tindakan kejahatan seksual. Tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan penjelasan kasus di atas, permasalahan ini termasuk penggolongan triase

- a. Merah
- b. Kuning
- c. Hijau
- d. Hitam

B. Lingkungan Kerja Perawat

Petunjukkan pengisian:

Isilah salah satu pilihan dibawah ini dengan mencentang (√) yang sesuai dengan kondisi anda sekarang.

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Perawat terlibat dalam tata kelola internal rumah sakit terutama di IGD				
2	Perawat memiliki kesempatan untuk berpartisipasi dalam keputusan di IGD				
3	Perawat memiliki kesempatan untuk mengembangkan karir				
4	Pihak manajemen rumah sakit aktif mendengarkan dan menanggapi masalah yang muncul di IGD				
5	Mudah berkomunikasi dengan kepala ruangan IGD				
6	Perawat memiliki peluang mengembangkan diri pada dunia klinis				
7	Pihak manajemen keperawatan selalu berkonsultasi dengan perawat ketika ada permasalahan yang terjadi di IGD				
8	Perawat mudah melayani dan memberikan asuhan keperawatan di ruangan IGD				
9	Menggunakan diagnosa keperawatan dalam menentukan masalah pasien				
10	Program yang diterapkan berkelanjutan dan				



	berkualitas			
11	Adanya program bimbingan untuk perawat yang baru			
12	Asuhan keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan, bukan medis			
13	Meningkatkan kemandirian pasien untuk menjaga perawatan yang berkesinambungan			
14	Menggunakan dasar keperawatan yang jelas untuk mengatur masalah perawatan pasien			
15	Adanya rencana perawatan terbaru untuk semua pasien			
16	Adanya penerapan standar asuhan keperawatan yang baik			
17	Pegembangan perawat yang aktif atau program pendidikan berkelanjutan untuk perawat			
18	Mempunyai kepala ruangan yang baik			
19	Kepala ruangan membantu memberikan dorongan positif untuk mengatasi masalah perawat			
20	Kepala ruangan sangat mendukung perawat			
21	Perawat memiliki pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya			
22	Adanya sistem pelayanan yang baik sehingga memudahkan perawat berinteraksi dan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas			
23	Memiliki waktu yang cukup untuk berdiskusi terkait masalah pasien			

	yang muncul				
24	Perawat bekerjasama dengan tim dokter dan lainnya				
25	Perawat bekerjasama dengan tim medis lainnya				
26	Adanya kolaborasi antara perawat dengan dokter				



C. Lembar ceklist Pengambilan keputusan triase oleh perawat

Isilah salah satu pilihan dibawah ini dengan mencentang (✓) yang sesuai dengan kondisi anda sejak 1 tahun yang lalu hingga sekarang.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Beberapa kali dalam setahun atau kurang	1 kali dalam sebulan atau kurang	Beberapa kali dalam sebulan	1 kali dalam seminggu	Beberapa kali dalam seminggu	Setiap hari
1	Saya merasa mendapat tekanan saat mengambil keputusan triase							
2	Saya mempertimbangkan semua alternatif lain, yang berkaitan dengan triase							
3	Saya menyerahkan pengambilan keputusan triase pada orang lain							
4	Saya mencoba menganalisis kondisi pasien sesuai dengan triase yang ada							
5	Saya mempertimbangkan							




	n triase pasien sesuai dengan kondisinya							
6	Dalam mengambil keputusan triase, saya mengumpulkan informasi yang relevan							
7	Saya menghindari untuk membuat keputusan triase							
8	Saya membutuhkan waktu cukup lama untuk mengambil keputusan triase							
9	Saya tidak suka mengambil keputusan triase							
10	Saya selalu berpikir kritis dalam menentukan triase							
11	Saya sulit mengambil keputusan							

	n triase ketika ada masalah yang muncul							
12	Ketika menghadapi kondisi yang sulit, saya merasa kurang percaya diri dalam mengambil keputusan triase							
13	Saya sangat berhati-hati dalam memilih triase pada pasien							
14	Saya menyerahkan keputusan triase pada orang yang lebih berpengalaman							
15	Saya menunda membuat keputusan triase							

LAMPIRAN 5 Ethical Clearance

Formulir Keputusan Telaah Etik

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Mataram	Keputusan Penelaahan	No: 13/UN18.F7/ETIK/2019
Judul Penelitian: Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Pengambilan Keputusan Triage di IGD Rumah Sakit Lombok NTB		
Peneliti Utama Baiq Fitrihan Rukmana Peneliti Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes dr. Aurick Yudha Nagara, Sp.EM		
Tanggal Penelitian:		
Kesimpulan: <input checked="" type="checkbox"/> Disetujui <input type="checkbox"/> Ditolak <input type="checkbox"/> Perlu diperbaiki <input type="checkbox"/> Belum dapat dibahas		
Butir alasan, perbaikan/perubahan/keterangan tambahan yang diperlukan: - Penelitian dapat dilaksanakan, tidak ada potensi pelanggaran etika.		
Ketua Panitia Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Mataram		Tanggal
  dr. Archi Syamsun, Sp.KF., M.Si.Med.		9 Januari 2019

Catatan :

1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Unram. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan.
2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap kelayakan etik penelitian tersebut.
3. Apabila ada perubahan prosedur/kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal kelayakan etik kepada Komisi Etik.

LAMPIRAN 6 Surat Keterangan Studi Pendahuluan, Selesai Validitas dan Reliabilitas dan Penelitian



PEMERINTAH KOTA MATARAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM

Jl. Bung Karno No. 3 Pagutan – Mataram Telp. (0370) 640774 Fax. (0370) 646928
Website : www.rsudmataram.com Email : rsudmataram@mataramkota.go.id

Mataram, 31 Oktober 2018
22 Shafar 1440 H

Nomor : 445/3075 / RSUD / X / 2018
Lampiran : -
Hal : **Izin Pengambilan Data**

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
di-
Malang

Dengan Hormat,

Menunjuk surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang Nomor : 5802/UN10.F08.01/PP/2018 tanggal 8 Juni 2018 tentang Permohonan Ijin Studi Pendahuluan mahasiswa atas nama :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Program Studi : Magister Keperawatan

Dengan ini kami memberikan ijin pengambilan data untuk penyusunan Tesis dengan judul "Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Tiage di IGD RSUD Kota Mataram NTB".

Setelah tugas tersebut selesai, diwajibkan untuk menyerahkan 1 (satu) eksemplar dan soft copy dimaksud kepada Sub.Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM RSUD Kota Mataram.

Demikian untuk maklum dan terima kasih.

A.n. Direktur RSUD Kota Mataram
Wakil Direktur Umum dan Keuangan,



H. Zuhhad, Ns., M.Kes
NIP. 197012251991021001

Tembusan :

1. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram;
2. Kepala Bagian Program, Humas dan Rekam Medik RSUD Kota Mataram;
3. Plt. Kasubbag Rekam Medik dan SIMRS Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram;
4. Kepala Instalasi Rekam Medik dan SIMRS RSUD Kota Mataram;
5. Kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram;
6. Kepala Ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram;
7. Arsip.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
Kode Post : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Webdite : rsud.ntbprov.go.id



Mataram, 30 Oktober 2018

Nomer : 073 / 3300 / RSUDP/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth :
Wakil Dekan Bidang Akademik
Universitas Brawijaya
di -

Malang

*Bismillahirrahmaanirrahim.
Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor : 5802 / UN10.F08.01 / PP / 2018,
Tanggal 08 Juni 2018, Perihal Permohonan Izin Pengambilan Data, dengan ini kami
sampaikan bahwa :

- Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
- NIM : 176070300111040
- Judul : Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Tiage Di IGD RSUD Praya NTB
- Lokasi : Di RSUD Provinsi NTB

Pada prinsipnya dapat diberikan izin sepanjang memenuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat
Demikian untuk maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih .

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB
Ry. Wadit Pendidikan dan Penelitian
RSUD Provinsi NTB



dr. Agus Rusdhy Hariawan H. Sp. OG. MARS.
Pembina Tk. I / IVb
NIP. 19710208 200003 1 001

- Tembusan disampaikan Kepada Yth :
1. Kepala Instalasi Rekam Medis RSUD Prov. NTB
 2. Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Prov. NTB
 3. Mahasiswa yang bersangkutan
 4. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PATUT PATUH PATJU

Jl. H.L. Anggrat B.A No. 2 Gerung Kab. Lombok Barat NTB - Indonesia
Telp. (0370) 681321, 681561 Fax : 0370-681341
E-mail : rsud@lombokbaratkab.go.id Kode Pos : 83363



NOTA DINAS

Kepada : Kepala Bidang Pelayanan
Dari : Direktur RSUD Patut Patuh Patju Kab. Lombok Barat
Tanggal : 21 Januari 2019
Nomor : 800/138 /RSUD/ I/ 2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Ijin Pengambilan Data dan Penelitian

Sesuai dengan Ijin Pengambilan Data dan Penelitian dari Bappeda, Nomor: 070/ 48/ 02-Bappeda/ 2019, tertanggal 17 Januari 2019, bersama ini mohon dapat difasilitasi dan diberikan data-data terkait dengan kegiatan pengambilan data dan penelitian dimaksud kepada:

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
Pekerjaan/ Status : Mahasiswa S2 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
Tujuan/ Keperluan : Melakukan Pengambilan Data, Penelitian dan Informasi/ Thesis
Judul : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Ketepatan Pengambilan Keputusan Triage di IGD RSUD Kota Praya dan RSUD Patut Patuh Patju Nusa Tenggara Barat (NTB)
Lokasi/ Unit : RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat
Lama Penelitian : 1 (satu) bulan

Untuk memperoleh Data, Penelitian dan Informasi/ Thesis di RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat tahun 2019 dengan persyaratan:

1. Mahasiswa yang bersangkutan harus mematuhi ketentuan dan peraturan yang berlaku di RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat.
 2. Setelah selesai penelitian agar melapor kembali dan menyerahkan proposal dan hasil penelitian ke Bidang Pendidikan dan Penelitian Cq. Seksi Penelitian dan pengembangan RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat.
- Demikian surat ini di buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gerung, 21 Januari 2019

DIREKTUR

RSUD PATUT PATUH PATJU

(Signature)
(drg. ARBAIN ISHAK, MM)
NIP. 19691211 200003 1 005

Tembusan Kepada Yth:

1. Kasie Rekam Medik dan Pelaporan
2. Kepala Instalasi Gawat Darurat
3. Kepala Ruang IGD
4. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
5. Yang bersangkutan untuk maklum
6. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK BARAT
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)**

Alamat : Jln. Soekarno – Hatta Giri Menang Gerung - Telp. (0370) Kepala 681042 Sekretariat 681442
Bid. Sosbud 681037 Bid. Fisik & Pras 681332 FAX 0370-681332

SURAT IJIN PENELITIAN/PENGAMBILAN DATA

Nomor : 070 / 48 / 02-Bappeda /2019

Berdasarkan Surat Dekan Fak. Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor: 12927/UN10.F08.01/PP/2019 Tanggal: 10 Januari 2019 Perihal Izin Penelitian, maka dengan ini diberikan Izin kepada:

N a m a : **BAIQ FITRIHAN RUKMANA**
Pekerjaan : Mahasiswa
NIM : 176070300111040
Jurusan/Prodi : Magister Keperawatan (S2)
Tujuan/Keperluan : Penelitian
Judul : **Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Ketepatan Pengambilan Keputusan Tiase Di IGD RSUD Kota Praya Dan Patut Patuh Patju Nusa Tenggara Barat (NTB)**
Lokasi : RSUD Patut Patuh Patju
Lama : 17 Januari – 17 Februari 2019

Demikian Izin ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gerung, 17 Januari 2019

**a.n. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Kabupaten Lombok Barat
Kepala Bidang Penelitian Pengembangan &
Perencanaan Pembangunan,**

Hi. LUH WAYAN WIRYATI, S.Pt., MM
Pembina (IV/a)
NIP. 19651217 198903 2 012

Tembusan disampaikan Kepada Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lobar di Gerung ;
2. Direktur RSUD Patut Patuh Patju di Gerung ;
3. Yang Bersangkutan Untuk Maklum ;
4. Arsip



PEMERINTAH KOTA MATARAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM

Jl. Bung Karno No. 3 Pagutan – Mataram Telp. (0370) 640774 Fax. (0370) 646928
Website : www.rsudmataram.com Email : rsudmataram@mataramkota.go.id

Mataram, 24 April 2019

Nomor : 445/ 1047 / RSUD / IV /2019
Lampiran : -
Hal : **Keterangan Penelitian Mahasiswa**

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
di-
Malang

Dengan Hormat,

Menunjuk surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang Nomor : 5802/UN10.F08.01/PP/2018 tanggal 8 Juni 2018 tentang Permohonan Ijin Studi Pendahuluan maka dengan ini disampaikan bahwa mahasiswa atas nama :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Tiage di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat.

Memang benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram mulai tanggal 6 s/d 20 April 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Direktur RSUD Kota Mataram,
Wadir Bagian Umum dan Keuangan



H. Zuhhad Ns, M.Kes
NIP. 197012251991021001



PEMERINTAH KOTA MATARAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MATARAM

Jl. Bung Karno No. 3 Pagutan – Mataram Telp. (0370) 640774 Fax. (0370) 646928
 Website : www.rsudmataram.com Email : rsudmataram@mataramkota.go.id

Mataram, 22 Januari 2019
 16 Jumadil Awal 1440 H

Nomor : 445/ 148 / RSUD / I /2019
 Lampiran : -
 Hal : **Izin Uji Validitas dan Reliabilitas**

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
 Universitas Brawijaya
 di-
 Malang

Dengan Hormat,

Menunjuk surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang Nomor : 415/UN10.F08.01/PP/2018 tanggal 15 Januari 2019 tentang Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas mahasiswa atas nama :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
 NIM : 176070300111040
 Jurusan : Magister Keperawatan

Dengan ini kami memberikan izin Uji Validitas dan Reliabilitas untuk penyusunan Tesis dengan judul "Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Ketepatan Pengambilan Keputusan Triage di IGD RSUD Kota Praya dan Patut Patuh Padju Nusa Tenggara Barat (NTB)".

Setelah tugas tersebut selesai, diwajibkan untuk menyerahkan 1 (satu) eksemplar dan soft copy dimaksud kepada Sub.Bagian Kepegawaian dan Pengembangan SDM RSUD Kota Mataram

Demikian untuk maklum dan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Kota Mataram
 Wakil Direktur Umum dan Keuangan,



Tembusan :

1. Kepala Bidang Pelayanan Medik RSUD Kota Mataram;
2. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD Kota Mataram;
3. Kasi Pelayanan Keperawatan RSUD Kota Mataram;
4. Kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kota Mataram;
5. Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kota Mataram;
6. Arsip.





**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
Kode Post : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Webdite : rsud.ntbprov.go.id



Mataram, 10 April 2019

Nomer : 070 / 1846 / RSUDP NTB
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Wakil Dekan Bidang Akademik
Universitas Brawijaya
di -

Malang

*Bismillahirrahmaanirrahim.
Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor : 2623/ UN 10. F08.01 / PP / 2019,
Tanggal 26 Maret 2019, Perihal Permohonan Izin Penelitian, dengan ini kami
sampaikan bahwa :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Judul : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam
Pengambilan Keputusan Tiase Di IGD Rumah Sakit
Lombok Nusa Tenggara Barat (NTB)
Lokasi : Di RSUD Provinsi NTB

Pada prinsipnya dapat diberikan izin sepanjang memenuhi ketentuan dan tata tertib
yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat
Demikian untuk maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih .

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB

Wakil Pendidikan dan Penelitian
RSUD Provinsi NTB

[Signature]
Dr. Oxy Triand Wahjuni, Sp. Em
Pembina / IV a
NIP. 19710113 200112 2 001

Tembusan disampaikan Kepada Yth :
1. Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD Prov. NTB
2. Mahasiswa yang bersangkutan
3. Arsip





PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR
RSUD Dr. R. SOEDJONO SELONG
 Jalan Prof. M. Yamin, SH. No. 55 Selong 83612
 Telepon (0376) 21118 – 21599 - 21415 Faks. (0376) 21415
 Website : www.rsud.lomboktimurkab.go.id

Nomor : 070/ 15 / RSUD/ Diklat/IIV 2019
 Lampiran : -
 Perihal : **Ijin Penelitian**
a/n : BAIQ FITRIHAN RUKMANA

K e p a d a
 Yth. Wakil Dekan Bidang Akademik
 Universitas Brawijaya
 di -
 Tempat

Bismillahirrahmanirrahim,
 Assalamualaikum Wr. Wb.

Menunjuk Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Universitas Brawijaya, Nomor : 2623/UN10.F08.01/PP/2019, tanggal 26 Maret 2019, dan surat Bappeda Lombok Timur, Nomor : 070/078/PD/III/2019, tanggal 28 Maret 2019, dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya dapat diizinkan untuk melaksanakan penelitian dari tanggal 28 Maret 2019 s/d 28 Juni 2019 di RSUD Dr. R. Soedjono Selong dengan judul / tema **"Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase di IGD Rumah Sakit Lombok, Nusa Tenggara Barat (NTB)"** dengan syarat dapat memenuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RSUD Dr. R. Soedjono Selong

Demikian untuk maklum dan atas Perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Wabillahaufik walhidayah.
 Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Selong, 29 Maret 2019

Man. Direktur RSUD Dr. R. Soedjono Selong
 Kepala Bidang PSDM

DEWA KETUT ARIANTANA, SKM., MPH
 NIP. 19710908 199603 1 006

- Tembusan Yth.**
1. Kepala Instalasi Gawat Darurat
 2. Yang Bersangkutan
 3. Arsip





PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)

Jl. Prof. M.Yamin No. 57 Komplek Kantor Bupati Lombok Timur Blok G Lt. 3 Telp. (0376) 21371

Selong, 28 Maret 2019

Nomor : 070/078/PD/III/2019
Lamp. : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur RSUD DR.R. Soedjono Selong
di -
T e m p a t

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ
السَّلَامُ عَلَیْكُمْ وَرَحْمَةُ اللّٰهِ وَبَرَکَاتُهُ

Menunjuk Surat Wakil Dekan Bidang Akademik Universitas Brawijaya Nomor : 2623/UN10.F08.01/PP/2019, tanggal 26 Maret 2019, perihal Ijin Penelitian, untuk itu, dipermaklumkan bahwa kegiatan penelitian dilaksanakan di Wilayah Kerja Bapak/Ibu/Saudara oleh :

Nama : **BAIQ FITRIHAN RUKMANA**
NIM : 176070300111040
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
Alamat : Praya Lombok Tengah
Instansi / Badan : Fakultas Kedokteran
Tujuan / Keperluan : Untuk memperoleh data
Judul / Tema : "Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Tiase di IGD Rumah Sakit Lombok,Nusa Tenggara Barat (NTB) "
Tanggal Pelaksanaan : 28 Maret s/d 28 Juni 2019

Untuk kelancaran pelaksanaan penelitian dimaksud kiranya kepada yang bersangkutan dapat dibantu seoptimal mungkin dan atas bantuan serta kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

وَبِاللّٰهِ التَّوْفِیْقِ وَالْهَدَیْهِ
وَالسَّلَامُ عَلَیْكُمْ وَرَحْمَةُ اللّٰهِ وَبَرَکَاتُهُ

a.n. KEPALA BAPPEDA
KABUPATEN LOMBOK TIMUR
Kepala Bidang Program Penelitian dan Pengembangan,

Drs. EDY ICHAM, MH.
NIP. 19730316 199301 1 001

Tembusan :

1. Bupati Lombok Timur di Selong;
2. Kepala Bakesbang dan Poldagri Kab. Lombok Timur di Selong;
3. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PATUT PATUH PATJU
 Jl. H.L. Anggrat B.A No. 2 Gerung Kab. Lombok Barat NTB - Indonesia
 Telp. (0370) 681321, 681561 Fax : 0370-681341
 E-mail : rsud@lombokbaratkab.go.id Kode Pos : 83363



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKSANAKAN PENELITIAN
 NOMOR: 800/284/RSUD/III/2019



Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat, dengan ini menerangkan kepada:

- Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
- Pekerjaan/ Status : Mahasiswa S2 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
- Tujuan/ Keperluan : Melakukan Pengumpulan Data, Penelitian dan Informasi/ Thesis
- Judul : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Ketepatan Pengambilan Keputusan Triage di IGD RSUD Kota Praya dan RSUD Patut Patuh Patju Nusa Tenggara Barat (NTB)
- Lokasi/ Unit : RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat
- Lama Penelitian : 1 (satu) bulan

Telah melaksanakan pengambilan data dan penelitian dalam rangka penyusunan Thesis di RSUD Patut Patuh Patju Kabupaten Lombok Barat (sesuai keterangan/ waktu tersebut diatas).

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Gerung, 16 Februari 2019
 DIREKTUR
 RSUD PATUT PATUH PATJU



drg. ARBAIN ISHAK, MM
 NIP. 19691211 200003 1 005

Tembusan Kepada Yth:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
2. Yang bersangkutan untuk maklum
3. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR
RSUD Dr. R. SOEDJONO SELONG**

*Jln. Prof. M. Yamin SH No. 55 Selong
Telp. (0376) 21599, 21415 Fax (0376)21415
Website : www.rsud.lomboktimurkab.go.id*

SURAT KETERANGAN

Nomor : 445/ 28 / RSUD / Diklat/ 2019

Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur RSUD Dr. R. Soedjono Selong Kabupaten Lombok Timur Propinsi Nusa Tenggara Barat, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **BAIQ FITRIHAN RUKMANA**
NIM : 176070300111040
Instansi : UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Memang benar telah Melaksanakan Penelitian/Survey dengan judul **"Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triase di IGD Rumah Sakit Lombok, Nusa Tenggara Barat (NTB)"** terhitung sejak tanggal 29 Maret 2019 s/d 08 April 2019.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana perlunya.

Selong, 09 April 2019



Dr. R. Soedjono Selong
Kepala Bidang PSDM
DEWA KETUT ARIANTANA, SKM., MPH
NIP. 19710908 199603 1 006



**PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PRAYA**

Jl. H. L. Hasyim Kel. Tiwu Galih Kec. Praya Kab. Lombok Tengah - NTB 83511
Telp . (0370) - 6158244 Fax : 6158244 E-mail : rsudpraya@outlook.com



SURAT KETERANGAN TELAH MENELITI

Nomor : 445 / 122 / RSUD/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : H. LALU NAJMUL ERPAN, SKM, S.Kep.,MPH
NIP : 19721103 199303 1 010
Pangkat/Gol : Penata Tk.I (III/d)
Jabatan : Kabid. Keperawatan & Binnakes RSUD Praya

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya kepada :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Jabatan : Mahasiswa Program Studi S II Keperawatan Universitas Brawijaya Fakultas Kedokteran.
Judul : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pearawat Dalam Ketepatan Pengambilan Keputusan Tiase di IGD Rumah Sakit Lombok NTB.

Bahwa memang benar yang namanya tersebut diatas telah selesai melakukan penelitian di RSUD Praya, tanggal 15 Januari 2019 s/d tanggal 15 Februari 2019.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Praya, 02 April 2019

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PRAYA
Kepala Bidang Keperawatan dan Binnakes



H. LALU NAJMUL ERPAN, SKM, S.Kep.,MPH
NIP. 19721103 199303 1 010



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
Kode Post : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Webdite : rsud.ntbprov.go.id



SURAT KETERANGAN

Nomor : 870/2102/RSUDP/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Oxy TjahjoWahjuni, Sp. EM.
NIP : 19710113 200112 2 001
Pangkat/Gol : Pembina Tk. I / IV b
Jabatan : Wadir Diklit RSUD Provinsi NTB

Menerangkan dengan sebenarnya kepada :

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Prog. Studi : Jurusan S2 Keperawatan Universitas Brawijaya Malang.

Bahwa mahasiswa tersebut diatas telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB, berdasarkan Surat Izin penelitian dari Direktur RSUD Provinsi NTB Nomor: 070/1816/RSUDP NTB, tanggal 10 April 2019 dalam rangka penyusunan Tesis dengan judul Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Tiase Di IGD Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat dari tanggal 10 April 2019 sampai dengan 20 April 2019.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, 29 April 2019

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB
Wakil Pendidikan dan Penelitian
RSUD Provinsi NTB



Dr. Oxy Tjahjo Wahjuni, Sp. Em.
Pembina / IVa
NIP. 19710113 200112 2 001

LAMPIRAN 7-8 ANALISIS DATA

A. UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

1. Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.806	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	7.67	3.609	.654	.772
p2	7.70	3.390	.748	.758
p3	7.73	3.651	.460	.792
p4	7.70	3.528	.627	.773
p5	7.60	4.317	.145	.815
p6	7.73	3.375	.677	.765
p7	7.80	3.545	.451	.795
p8	7.70	4.562	-.149	.853
p9	7.83	3.316	.575	.778
p10	7.63	3.620	.805	.765

2. DUKUNGAN STAF/LINGKUNGAN

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.943	31

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	105.7667	93.357	.591	.941
p2	105.7000	95.803	.550	.941
p3	105.5667	93.220	.837	.938
p4	105.7333	94.133	.730	.939
p5	105.4000	97.972	.395	.942
p6	105.7000	93.390	.803	.939
p7	105.6333	95.620	.569	.941
p8	105.3667	96.930	.553	.941
p9	105.3667	99.275	.257	.943
p10	105.5667	95.082	.637	.940
p11	105.5667	96.254	.514	.941
p12	105.7000	97.390	.387	.943
p13	105.7000	93.803	.550	.941
p14	105.6000	95.490	.587	.941
p15	105.7000	94.838	.650	.940
p16	105.7000	93.528	.788	.939
p17	105.7667	95.771	.564	.941
p18	105.7667	94.323	.718	.940
p19	105.8000	99.062	.228	.944
p20	105.7667	93.357	.591	.941
p21	105.3000	100.631	.111	.944
p22	105.7667	93.357	.591	.941
p23	105.7667	93.357	.591	.941
p24	105.5333	98.602	.275	.944
p25	105.8000	96.441	.503	.942
p26	105.9667	95.206	.339	.946
p27	105.6000	93.421	.806	.939
p28	105.7000	93.803	.759	.939
p29	105.5333	92.602	.920	.938
p30	105.6333	94.447	.691	.940
p31	105.5333	92.602	.920	.938

3. PENGAMBILAN KEPUTUSAN TRIASE

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.869	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	116.2000	31.200	.644	.857
p2	116.2333	31.495	.584	.859
p3	116.1667	30.351	.817	.851
p4	116.4000	31.490	.609	.858
p5	116.0667	33.651	.224	.870
p6	116.4333	32.461	.438	.864
p7	116.4000	33.007	.276	.869
p8	116.0667	32.547	.436	.864
p9	116.2000	31.200	.644	.857
p10	116.1333	31.430	.621	.858
p11	116.2000	31.200	.644	.857
p12	116.2000	31.200	.644	.857
p13	116.4000	30.593	.461	.865
p14	116.4000	32.869	.260	.871
p15	116.3667	30.861	.555	.859
p16	116.3667	32.309	.446	.863



p17	116.3333	32.644	.326	.868
p18	116.4333	32.875	.264	.870
p19	116.3333	32.230	.392	.865
p20	115.9667	34.930	-.003	.875
p21	115.9333	32.892	.471	.863
p22	115.8667	34.189	.224	.869

B. ANALISIS UNIVARIAT

Descriptives

Kelompok RS			Statistic	Std. Error
Usia Responden	RSUD Provinsi NTB	Mean	30.27	.642
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	28.97	
		Upper Bound	31.57	
		5% Trimmed Mean	29.96	
		Median	29.00	
		Variance	16.901	
		Std. Deviation	4.111	
		Minimum	24	
		Maximum	42	
		Range	18	
		Interquartile Range	4	
		Skewness	1.489	.369
Kurtosis	2.359	.724		
RSU Kota Mataram		Mean	33.92	1.515
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	30.58	
		Upper Bound	37.25	
		5% Trimmed Mean	33.74	
		Median	33.00	
		Variance	27.538	
		Std. Deviation	5.248	
Minimum	28			
Maximum	43			



	Range		15		
	Interquartile Range		10		
	Skewness		.709	.637	
	Kurtosis		-.821	1.232	
RSUD Soedjono Selong	Mean		31.55	1.222	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.00		
		Upper Bound	34.09		
	5% Trimmed Mean		31.33		
	Median		31.00		
	Variance		32.831		
	Std. Deviation		5.730		
	Minimum		22		
	Maximum		45		
	Range		23		
	Interquartile Range		9		
	Skewness		.646	.491	
	Kurtosis		.009	.953	
	RSUD Patut Patuh Patju	Mean		30.96	.585
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.74	
		Upper Bound	32.17		
5% Trimmed Mean			30.90		
Median			30.00		
Variance			7.862		
Std. Deviation			2.804		
Minimum			27		
Maximum			36		
Range			9		
Interquartile Range			5		
Skewness			.455	.481	
Kurtosis			-1.124	.935	
RSUD Praya		Mean		31.41	.526



		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.34	
			Upper Bound	32.47	
		5% Trimmed Mean		31.25	
		Median		31.00	
		Variance		10.248	
		Std. Deviation		3.201	
		Minimum		26	
		Maximum		40	
		Range		14	
		Interquartile Range		5	
		Skewness		.619	.388
		Kurtosis		.211	.759
Pengalaman Bekerja	RSUD Provinsi NTB	Mean		8.51	.737
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.02	
			Upper Bound	10.00	
		5% Trimmed Mean		8.15	
		Median		7.00	
		Variance		22.256	
		Std. Deviation		4.718	
		Minimum		1	
		Maximum		22	
		Range		21	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		1.480	.369
		Kurtosis		2.122	.724
	RSU Kota Mataram	Mean		9.42	1.588
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.92	
			Upper Bound	12.91	
		5% Trimmed Mean		9.13	
		Median		8.50	
		Variance		30.265	
		Std. Deviation		5.501	



		Minimum	4		
		Maximum	20		
		Range	16		
		Interquartile Range	10		
		Skewness	.925	.637	
		Kurtosis	-.258	1.232	
RSUD Soedjono Selong	Mean		6.45	.726	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.94		
		Upper Bound	7.96		
	5% Trimmed Mean		6.30		
	Median		6.00		
	Variance		11.593		
	Std. Deviation		3.405		
	Minimum		1		
	Maximum		15		
	Range		14		
	Interquartile Range		5		
	Skewness		.613	.491	
	Kurtosis		.258	.953	
	RSUD Patut Patuh Patju	Mean		7.87	.423
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.99	
Upper Bound			8.75		
5% Trimmed Mean			7.97		
Median			8.00		
Variance			4.119		
Std. Deviation			2.029		
Minimum			4		
Maximum			10		
Range			6		
Interquartile Range			3		
Skewness			-.843	.481	
Kurtosis			-.344	.935	
RSUD Praya		Mean		8.84	.394



		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.04	
		Upper Bound	9.64		
		5% Trimmed Mean		8.82	
		Median		9.00	
		Variance		5.751	
		Std. Deviation		2.398	
		Minimum		4	
		Maximum		14	
		Range		10	
		Interquartile Range		3	
		Skewness		-.041	.388
		Kurtosis		-.259	.759
Pengetahuan	RSUD Provinsi NTB	Mean		6.05	.160
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.73	
		Upper Bound	6.37		
		5% Trimmed Mean		6.05	
		Median		6.00	
		Variance		1.048	
		Std. Deviation		1.024	
		Minimum		4	
		Maximum		8	
		Range		4	
		Interquartile Range		2	
		Skewness		-.101	.369
		Kurtosis		-.216	.724
	RSU Kota Mataram	Mean		6.17	.297
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.51	
		Upper Bound	6.82		
		5% Trimmed Mean		6.13	
		Median		6.00	
		Variance		1.061	
		Std. Deviation		1.030	
		Minimum		5	



	Maximum		8	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.211	.637
	Kurtosis		-1.142	1.232
RSUD Soedjono	Mean		5.00	.174
Selong	95% Confidence	Lower Bound	4.64	
	Interval for Mean	Upper Bound	5.36	
	5% Trimmed Mean		4.94	
	Median		5.00	
	Variance		.667	
	Std. Deviation		.816	
	Minimum		4	
	Maximum		7	
	Range		3	
	Interquartile Range		0	
	Skewness		1.155	.491
	Kurtosis		1.940	.953
RSUD Patut Patuh	Mean		5.00	.209
Patju	95% Confidence	Lower Bound	4.57	
	Interval for Mean	Upper Bound	5.43	
	5% Trimmed Mean		4.95	
	Median		5.00	
	Variance		1.000	
	Std. Deviation		1.000	
	Minimum		4	
	Maximum		7	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		.299	.481
	Kurtosis		-1.426	.935
RSUD Praya	Mean		5.49	.167
	95% Confidence	Lower Bound	5.15	

		Interval for Mean	Upper Bound	5.83	
		5% Trimmed Mean		5.45	
		Median		5.00	
		Variance		1.035	
		Std. Deviation		1.017	
		Minimum		4	
		Maximum		8	
		Range		4	
		Interquartile Range		1	
		Skewness		.374	.388
		Kurtosis		-.293	.759
Dukungan staf dan Lingkungan	RSUD Provinsi NTB	Mean		88.10	1.759
		95% Confidence	Lower Bound	84.54	
		Interval for Mean	Upper Bound	91.65	
		5% Trimmed Mean		88.55	
		Median		90.00	
		Variance		126.790	
		Std. Deviation		11.260	
		Minimum		65	
		Maximum		103	
		Range		38	
		Interquartile Range		20	
		Skewness		-.467	.369
		Kurtosis		-.749	.724
	RSU Kota Mataram	Mean		90.00	2.498
		95% Confidence	Lower Bound	84.50	
		Interval for Mean	Upper Bound	95.50	
		5% Trimmed Mean		90.06	
		Median		87.00	
		Variance		74.909	
		Std. Deviation		8.655	
		Minimum		78	
		Maximum		101	

		Mean	Lower Bound	Upper Bound	Skewness	Kurtosis
	Range					23
	Interquartile Range					17
	Skewness				.150	.637
	Kurtosis				-1.741	1.232
RSUD Soedjono	Mean	87.27				1.851
Selong	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	83.42		
			Upper Bound	91.12		
	5% Trimmed Mean	87.08				
	Median	86.00				
	Variance	75.351				
	Std. Deviation	8.680				
	Minimum	74				
	Maximum	104				
	Range	30				
	Interquartile Range	12				
	Skewness	.498			.491	
	Kurtosis	-.373			.953	
RSUD Patut Patuh	Mean	86.39				1.546
Patju	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	83.18		
			Upper Bound	89.60		
	5% Trimmed Mean	85.92				
	Median	83.00				
	Variance	54.976				
	Std. Deviation	7.415				
	Minimum	78				
	Maximum	104				
	Range	26				
	Interquartile Range	11				
	Skewness	.733			.481	
	Kurtosis	-.285			.935	
RSUD Praya	Mean	86.27				1.394
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	83.44		
			Upper Bound	89.10		

		5% Trimmed Mean		86.03	
		Median		83.00	
		Variance		71.925	
		Std. Deviation		8.481	
		Minimum		72	
		Maximum		104	
		Range		32	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		.724	.388
		Kurtosis		-.236	.759
Pengambilan Keputusan Triase	RSUD Provinsi NTB	Mean		73.49	1.795
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	69.86	
			Upper Bound	77.11	
		5% Trimmed Mean		73.98	
		Median		76.00	
		Variance		132.056	
		Std. Deviation		11.492	
		Minimum		48	
		Maximum		90	
		Range		42	
		Interquartile Range		19	
		Skewness		-.773	.369
		Kurtosis		-.360	.724
	RSU Kota Mataram	Mean		77.92	2.872
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	71.60	
			Upper Bound	84.24	
		5% Trimmed Mean		78.57	
		Median		80.00	
		Variance		98.992	
		Std. Deviation		9.949	
		Minimum		54	
		Maximum		90	
		Range		36	

		Interquartile Range	12	
		Skewness	-1.259	.637
		Kurtosis	1.988	1.232
RSUD Soedjono	Mean		70.64	1.549
Selong	95% Confidence	Lower Bound	67.41	
	Interval for Mean	Upper Bound	73.86	
	5% Trimmed Mean		70.30	
	Median		69.50	
	Variance		52.814	
	Std. Deviation		7.267	
	Minimum		60	
	Maximum		88	
	Range		28	
	Interquartile Range		12	
	Skewness		.484	.491
	Kurtosis		-.232	.953
RSUD Patut Patuh	Mean		68.61	2.089
Patju	95% Confidence	Lower Bound	64.28	
	Interval for Mean	Upper Bound	72.94	
	5% Trimmed Mean		68.93	
	Median		68.00	
	Variance		100.340	
	Std. Deviation		10.017	
	Minimum		48	
	Maximum		83	
	Range		35	
	Interquartile Range		18	
	Skewness		-.250	.481
	Kurtosis		-1.080	.935
RSUD Praya	Mean		68.54	1.689
	95% Confidence	Lower Bound	65.11	
	Interval for Mean	Upper Bound	71.97	
	5% Trimmed Mean		68.44	

Median	68.00	
Variance	105.589	
Std. Deviation	10.276	
Minimum	48	
Maximum	90	
Range	42	
Interquartile Range	16	
Skewness	.017	.388
Kurtosis	-.713	.759

Tests of Normality

Kelompok RS	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk				
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.		
Usia Responden	RSUD Provinsi NTB	.233	41	.000	.843	41	.000	
	RSU Kota Mataram	.236	12	.064	.879	12	.086	
	RSUD Soedjono Selong	.150	22	.200	.959	22	.471	
	RSUD Patut Patuh Patju	.242	23	.001	.886	23	.013	
	RSUD Praya	.129	37	.123	.960	37	.204	
	Pengalaman Bekerja	RSUD Provinsi NTB	.206	41	.000	.849	41	.000
		RSU Kota Mataram	.208	12	.161	.869	12	.063
RSUD Soedjono Selong		.128	22	.200	.959	22	.477	
RSUD Patut Patuh Patju		.221	23	.005	.858	23	.004	
RSUD Praya		.176	37	.006	.956	37	.151	
Pengetahuan		RSUD Provinsi NTB	.213	41	.000	.913	41	.004
		RSU Kota Mataram	.207	12	.163	.870	12	.066
	RSUD Soedjono Selong	.364	22	.000	.745	22	.000	
	RSUD Patut Patuh Patju	.276	23	.000	.799	23	.000	
	RSUD Praya	.224	37	.000	.902	37	.003	
	Dukungan staf dan	RSUD Provinsi NTB	.128	41	.088	.934	41	.019

Lingkungan	RSU Kota Mataram	.209	12	.153	.874	12	.073
	RSUD Soedjono	.103	22	.200*	.950	22	.322
	Selong	.198	23	.020	.908	23	.037
	RSUD Patut Patuh Patju	.218	37	.000	.914	37	.008
	RSUD Praya	.178	41	.002	.908	41	.003
Pengambilan Keputusan Triase	RSU Kota Mataram	.135	12	.200*	.914	12	.239
	RSUD Soedjono	.142	22	.200*	.955	22	.401
	Selong	.161	23	.126	.931	23	.116
	RSUD Patut Patuh Patju	.121	37	.186	.972	37	.471
	RSUD Praya						

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Pengalaman Bekerja	4.373	4	130	.002
Pengetahuan	1.940	4	130	.108
Dukungan staf dan Lingkungan	1.892	4	130	.116
Pengambilan Keputusan Triase	1.602	4	130	.178
Usia Responden	3.294	4	130	.013

Jenis Kelamin Responden * Kelompok RS Crosstabulation

			Kelompok RS					Total
			RSUD Provinsi NTB	RSU Kota Mataram	RSUD Soedjono Selong	RSUD Patut Patuh Patju	RSUD Praya	
Jenis Kelamin Responden	Laki-laki	Count	26	5	11	13	18	73
		% within Jenis Kelamin Responden	35.6%	6.8%	15.1%	17.8%	24.7%	100.0%

	% of Total	19.3%	3.7%	8.1%	9.6%	13.3%	54.1%
Perempuan	Count	15	7	11	10	19	62
	% within Jenis Kelamin Responden	24.2%	11.3%	17.7%	16.1%	30.6%	100.0%
	% of Total	11.1%	5.2%	8.1%	7.4%	14.1%	45.9%
Total	Count	41	12	22	23	37	135
	% within Jenis Kelamin Responden	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%
	% of Total	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%

Pendidikan Responden * Kelompok RS Crosstabulation

			Kelompok RS					Total
			RSUD Provinsi NTB	RSU Kota Mataram	RSUD Soedjono Selong	RSUD Patuh Patju	RSUD Praya	
Pendidikan Responden	D3	Count	15	3	8	14	21	61
		% within Pendidikan Responden	24.6%	4.9%	13.1%	23.0%	34.4%	100.0%
		% of Total	11.1%	2.2%	5.9%	10.4%	15.6%	45.2%
	D4	Count	1	1	0	0	0	2
	% within Pendidikan Responden	50.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% of Total	.7%	.7%	.0%	.0%	.0%	1.5%	
	S1+Ners	Count	24	8	14	9	16	71
	% within Pendidikan Responden	33.8%	11.3%	19.7%	12.7%	22.5%	100.0%	
	% of Total	17.8%	5.9%	10.4%	6.7%	11.9%	52.6%	
	S2	Count	1	0	0	0	0	1

	% within Pendidikan Responden	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	% of Total	.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.7%
Total	Count	41	12	22	23	37	135
	% within Pendidikan Responden	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%
	% of Total	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%

Kompetensi * Kelompok RS Crosstabulation

		Kelompok RS					Total
		RSUD Provinsi NTB	RSU Kota Mataram	RSUD Soedjono Selong	RSUD Patuh Patju	RSUD Praya	
Kompetensi BTCLS	Count	32	9	19	17	36	113
	% within Kompetensi	28.3%	8.0%	16.8%	15.0%	31.9%	100.0%
	% of Total	23.7%	6.7%	14.1%	12.6%	26.7%	83.7%
PPGD	Count	3	2	1	0	0	6
	% within Kompetensi	50.0%	33.3%	16.7%	.0%	.0%	100.0%
	% of Total	2.2%	1.5%	.7%	.0%	.0%	4.4%
BTCLS&Triase	Count	4	1	1	5	0	11
	% within Kompetensi	36.4%	9.1%	9.1%	45.5%	.0%	100.0%
	% of Total	3.0%	.7%	.7%	3.7%	.0%	8.1%
ACLS	Count	2	0	1	0	1	4
	% within Kompetensi	50.0%	.0%	25.0%	.0%	25.0%	100.0%
	% of Total	1.5%	.0%	.7%	.0%	.7%	3.0%
BTCLS&PPGD	Count	0	0	0	1	0	1
	% within Kompetensi	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.7%	.0%	.7%

	% of Total	.0%	.0%	.0%	.7%	.0%	.7%
Total	Count	41	12	22	23	37	135
	% within Kompetensi	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%
	% of Total	30.4%	8.9%	16.3%	17.0%	27.4%	100.0%



C. BIVARIAT

Correlations

			Pendidikan Responden	Pengalaman Bekerja	Pengetahuan	Dukungan staf dan Lingkungan	Pengambilan Keputusan Triase
Spearman's rho	Pendidikan Responden	Correlation Coefficient	1.000	-.024	.271**	.187*	.393**
		Sig. (2-tailed)	.	.778	.001	.030	.000
		N	135	135	135	135	135
	Pengalaman Bekerja	Correlation Coefficient	-.024	1.000	.296**	.102	.298**
		Sig. (2-tailed)	.778	.	.000	.241	.000
		N	135	135	135	135	135
	Pengetahuan	Correlation Coefficient	.271**	.296**	1.000	.243**	.690**
		Sig. (2-tailed)	.001	.000	.	.005	.000
		N	135	135	135	135	135
	Dukungan staf dan Lingkungan	Correlation Coefficient	.187*	.102	.243**	1.000	.452**
		Sig. (2-tailed)	.030	.241	.005	.	.000
		N	135	135	135	135	135
	Pengambilan Keputusan Triase	Correlation Coefficient	.393**	.298**	.690**	.452**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.
		N	135	135	135	135	135

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

D. MULTIVARIAT

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Dukungan staf dan Lingkungan, Pengalaman Bekerja, Pendidikan Responden, Pengetahuan ^a		Enter
2		Pengalaman Bekerja	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= .100).

- a. All requested variables entered.
- b. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.754 ^a	.569	.556	6.975	
2	.749 ^b	.561	.551	7.009	1.927

- a. Predictors: (Constant), Dukungan staf dan Lingkungan, Pengalaman Bekerja, Pendidikan Responden, Pengetahuan
- b. Predictors: (Constant), Dukungan staf dan Lingkungan, Pendidikan Responden, Pengetahuan
- c. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8342.852	4	2085.713	42.868	.000 ^a
	Residual	6325.029	130	48.654		
	Total	14667.881	134			
2	Regression	8231.487	3	2743.829	55.845	.000 ^b
	Residual	6436.394	131	49.133		
	Total	14667.881	134			

a. Predictors: (Constant), Dukungan staf dan Lingkungan, Pengalaman Bekerja, Pendidikan Responden, Pengetahuan

b. Predictors: (Constant), Dukungan staf dan Lingkungan, Pendidikan Responden, Pengetahuan

c. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	8.492	6.015		1.412	.160		
	Pendidikan Responden	2.012	.637	.193	3.156	.002	.888	1.127
	Pengalaman Bekerja	.252	.167	.090	1.513	.133	.934	1.070
	Pengetahuan	4.981	.614	.513	8.108	.000	.830	1.205
	Dukungan staf dan Lingkungan	.330	.068	.291	4.835	.000	.915	1.093
2	(Constant)	9.439	6.012		1.570	.119		
	Pendidikan Responden	1.884	.635	.181	2.968	.004	.904	1.107
	Pengetahuan	5.204	.599	.535	8.683	.000	.881	1.135
	Dukungan staf dan Lingkungan	.331	.068	.293	4.839	.000	.915	1.093

a. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimensi	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
				(Constant)	Pendidikan Responden	Pengalaman Bekerja	Pengetahuan	Dukungan staf dan Lingkungan
1	1	4.690	1.000	.00	.01	.01	.00	.00
	2	.189	4.980	.00	.47	.39	.00	.00
	3	.093	7.100	.02	.50	.58	.02	.02
	4	.022	14.625	.06	.02	.02	.97	.07
	5	.005	29.367	.92	.01	.00	.00	.92



2	1	3.839	1.000	.00	.01		.00	.00
	2	.134	5.359	.01	.96		.01	.01
	3	.022	13.142	.06	.02		.98	.07
	4	.005	26.541	.93	.01		.00	.92

a. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Excluded Variables^b

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
2	Pengalaman Bekerja	.090 ^a	1.513	.133	.132	.934	1.070	.830

a. Predictors in the Model: (Constant), Dukungan staf dan Lingkungan, Pendidikan Responden, Pengetahuan

b. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Std. Residual	Pengambilan Keputusan Triase	Predicted Value	Residual
14	-3.037	48	69.29	-21.291
133	-4.426	48	79.02	-31.024

a. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

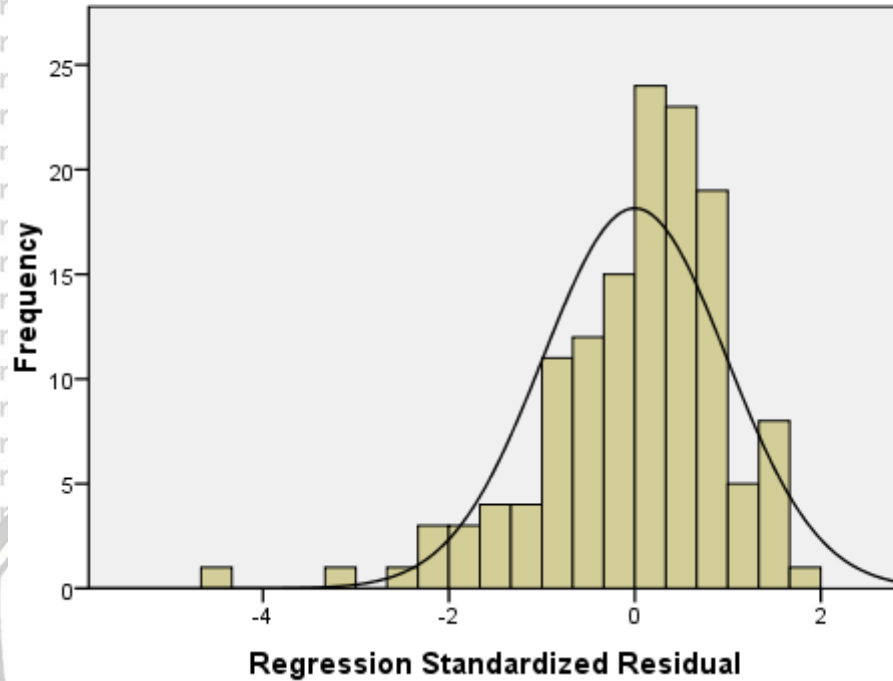
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	55.34	90.19	71.23	7.838	135
Residual	-31.024	13.611	.000	6.931	135
Std. Predicted Value	-2.028	2.420	.000	1.000	135
Std. Residual	-4.426	1.942	.000	.989	135

a. Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

Histogram

Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase

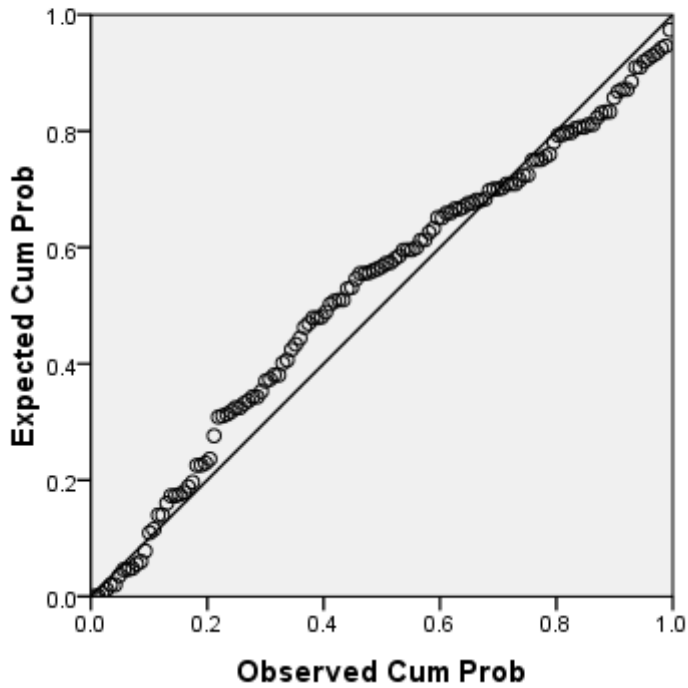


Mean =1.07E-15
Std. Dev. =0.989
N =135



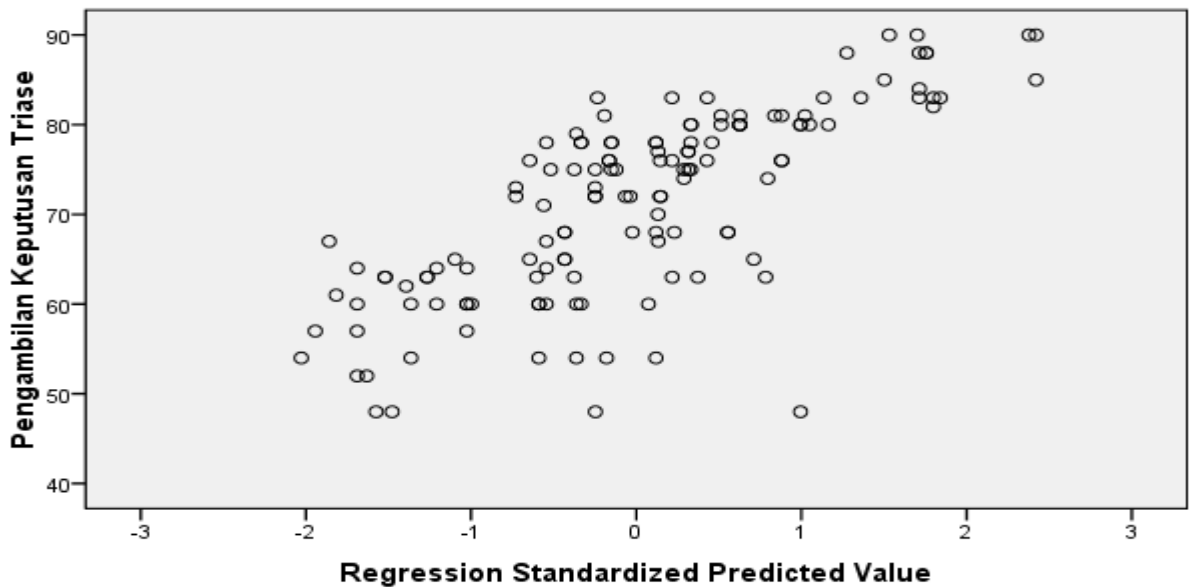
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase



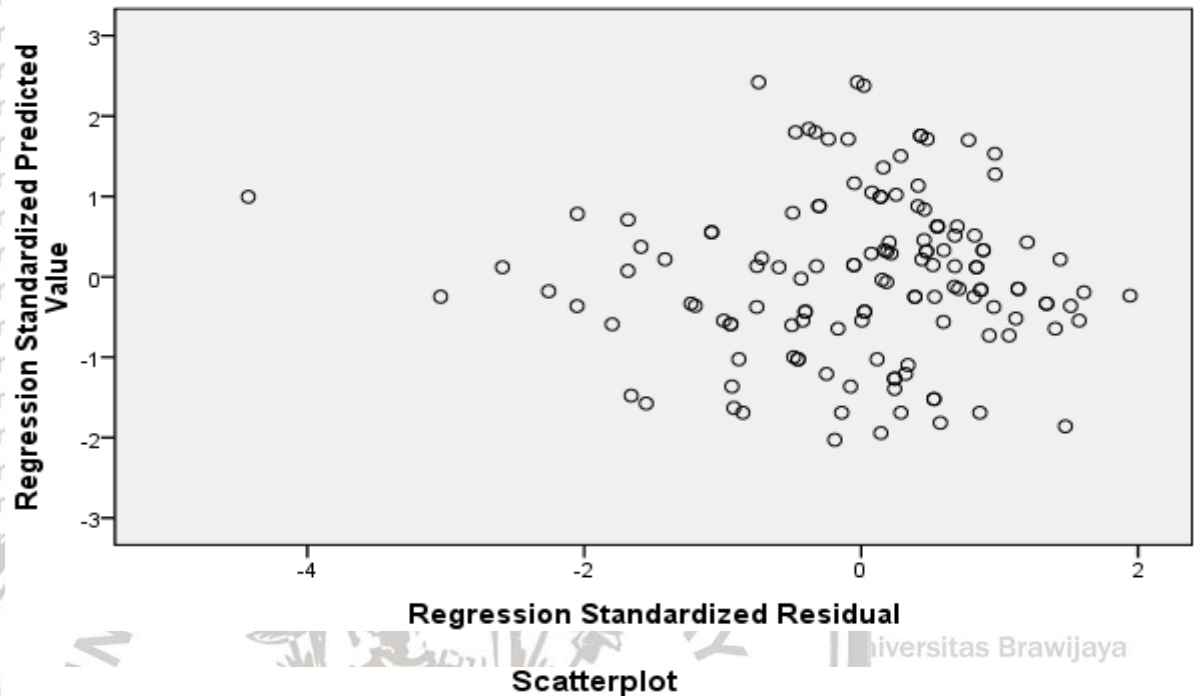
Scatterplot

Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase



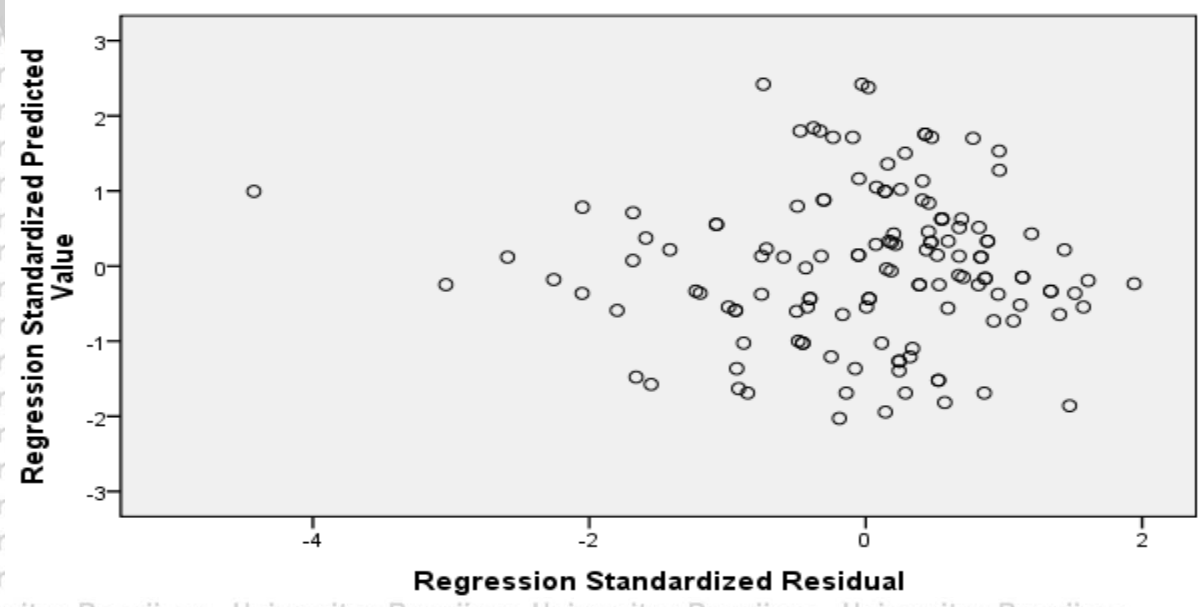
Scatterplot

Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase



Scatterplot

Dependent Variable: Pengambilan Keputusan Triase



LAMPIRAN 9 Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Baiti Fitrihan Rukmana
 NIM : 17607030011040
 Program Studi : Magister Keperawatan
 Judul Tesis : Analisis Faktor yang Mempengaruhi perilaku dalam pengambilan keputusan triase di Instalasi Gawat Darurat CIG.P.1. RS. Rina Sekeloa Lumajang, MTB.
 Pembimbing I : P. P. Ahsan, S.E.P. M.Kes
 Pembimbing II :

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
03/14	E	IV, V, VI	- Perbaiki pembahasan - Perbaiki penulisan judul setiap tabel	
03/19	J	V, VI, VII	- Perbaiki penulisan - Perbaiki pembahasan - Tujuan dan hasil disesuaikan	
12/04/19	I	III, IV, V, VI, VII	- Perbaiki penulisan - Perbaiki implikasi pada bab pembahasan	
19/04/19	I	V, VI, VII	- Perbaiki penulisan	
23/04/19	L	V, VI, VII	- Perbaiki penulisan	
26/04/19	I		<u>Perbaiki analisis teori</u>	
21/05/19	I	Teori	<u>Analisis teori terdapat</u>	



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Balaq Fitrihan Pulmana
NIM : 17.607030011.070
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Pengambilan Keputusan Triage di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Lombok, NTB
Pembimbing I : D. Kuswanto Pusco Putra, S.E.P., M.F.P.
Pembimbing II :

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
02/19	I	I, II, III, IV	- Perbaiki Latar belakang	
03/19	I	II, IV, V	- Perbaiki kerangka konsep - Perbaiki bab IV - Perbaiki judul	
08/19	I	II, IV, V, VI,	- Perbaiki Astrumen - Penulisan - Perbaiki kerangka konsep	
15/04/19	I	V, VI, VII	- Perbaiki cek data - Perbaiki pembahasan	
24/04/19	I	V, VI, VII	- Perbaiki pembahasan - susunan paper-nya - ke SPP ACC Turmudin	
02/05/19	I	Penul	ACC Ujwal Perfilya	

LAMPIRAN 10 Hasil Plagiasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 167 /UN10.F08.08/PN/2019

Berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal (BPJ) Fakultas Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah berikut :

Judul : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pengambilan Keputusan Triage Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Lombok Nusa Tenggara Barat
Penulis : Baiq Fitrihan Rukmana
NIM : 176070300111040
Jumlah Halaman : 80
Jenis Artikel : Tesis (Program Studi Magister Keperawatan)
Kemiripan : 5 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

02 MAY 2019

Ketua Badan Penerbitan Jurnal,



Dr. Husnul Khotimah, S.Si, M.Kes
NIP-19751125 200501 2 001

LAMPIRAN 11 MASTER TABEL PENELITIAN

A. Validitas dan Reliabilitas

1. Pengetahuan

no	Nama Responden	Pertanyaan No									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Ny. Q	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
2	Ny. E	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
3	Nn. D	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
4	Tn. S	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
5	Tn. R	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1
6	Tn. N	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0
7	Ny. P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Tn. R2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
9	Tn. T	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Tn. J	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Tn. A	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Ny. S2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
13	Tn. S3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
14	Tn. M	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
15	Tn. A2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
16	Tn. A3	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
17	Ny. Y	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
18	Tn. K	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
19	Ny. F	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1

20	Tn. P	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
21	Ny. 1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
22	Ny. 2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
23	Tn. 3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
24	Tn. 4	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
25	Ny. 5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
26	Tn. 6	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
27	Ny. 7	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
28	Ny. 8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
29	Tn. 9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
30	Ny. 10	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1

2. Lingkungan Kerja Perawat

no	Nama	pertanyaan No																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	Ny. Q	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	
2	Ny. E	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
3	Nn. D	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	2	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	
4	Tn. S	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	
5	Tn. R	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	
6	Tn. N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	
7	Ny. P	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	Tn. R2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	
9	Tn. T	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4

3. Pengambilan Keputusan Triase

no	Nama Responden	Pertanyaan No																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	Ny. Q	6	1	6	0	6	0	6	0	4	6	6	0	6	6	0	5	6	5	6	6	6		
2	Ny. E	3	1	6	3	6	3	6	3	6	6	6	3	6	3	6	3	6	6	4	6	6	6	
3	Nn. D	4	3	5	6	4	6	6	6	6	5	5	5	5	5	4	6	4	3	4	5	5	4	
4	Tn. S	6	1	5	1	6	0	6	0	5	6	5	0	6	6	5	0	6	6	5	5	6	6	
5	Tn. R	6	0	6	0	6	0	6	0	9	6	6	0	6	6	6	0	6	6	6	6	6	6	
6	Tn. N	5	1	6	1	5	0	5	0	5	6	6	1	6	6	6	1	6	6	5	6	6	6	
7	Ny. P	6	0	6	6	6	8	4	6	4	4	6	0	6	1	3	6	5	6	4	4	6	4	
8	Tn. R2	6	6	6	6	0	6	4	6	3	6	6	1	6	6	6	1	5	5	5	5	5	4	
9	Tn. T	6	1	5	1	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
10	Tn. J	6	1	5	1	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
11	Tn. A	6	1	5	1	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	
12	Ny. S2	6	2	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
13	Tn. S3	6	5	6	6	5	6	6	6	6	6	6	0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
14	Tn. M	6	2	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
15	Tn. A2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	5	6	5	6	6	6	6	
16	Tn. A3	6	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	
17	Ny. Y	6	0	5	0	5	1	6	0	6	5	6	6	5	6	5	6	6	6	5	6	6	6	
18	Tn. K	6	1	5	6	6	6	5	6	6	6	6	5	6	5	6	5	6	6	5	5	6	5	5
19	Ny. F	6	2	6	6	3	6	6	6	6	6	6	0	6	6	6	0	6	6	6	6	6	6	
20	Tn. P	6	2	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
21	Ny. 1	6	6	6	6	6	0	6	0	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	

22	Ny. 2	6	0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	0	5	5	5	5	5	5
23	Tn. 3	6	6	6	6	6	0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	0	6	6	6	6	6	6
24	Tn. 4	6	6	6	0	6	0	6	0	5	5	5	0	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6
25	Ny. 5	6	6	6	0	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	6
26	Tn. 6	6	6	6	0	6	6	6	0	6	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5
27	Ny. 7	6	1	5	0	6	1	5	6	5	5	5	6	5	5	5	3	6	5	5	4	4	4
28	Ny. 8	6	6	6	6	5	1	5	2	4	5	5	1	5	5	5	1	6	6	6	6	6	6
29	Tn. 9	6	6	6	0	6	6	6	1	5	5	5	1	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6
30	Ny. 10	3	3	3	0	6	6	6	1	5	5	5	0	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5

B. ANALISIS DATA

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Kompetensi	Pengalaman Bekerja	Pengetahuan	Dukungan Staf/Lingkungan	Pengambilan Keputusan Triase	Rumah Sakit
1	Tn. R	29	LK	S1+Ners	BT&CLS	5	6	84	63	1
2	Tn. I	28	LK	D3	BT&CLS	5	5	65	48	1
3	Ny.R	29	PR	D3	BTCLS	9	7	95	81	1
4	Ny.H	29	PR	S1+Ners	BTCLS	9	6	90	80	1
5	Tn. T	30	LK	D3	BT&CLS	9	4	82	63	1
6	Tn. MZ	33	LK	D3	BT&CLS	12	6	78	60	1
7	Tn. AP	42	LK	D3	BT&CLS	4	5	70	54	1

8	Ny.M	28	PR	D3	BTCLS	15	7	81	83	1
9	Tn.L	26	LK	S1+Ners	BTCLS	11	6	83	80	1
10	Tn.JMP	30	LK	D3	BTCLS	10	7	103	83	1
11	Tn. SJ	32	LK	S1+Ners	BT&CLS	7	6	102	83	1
12	Tn. MR	28	LK	S1+Ners	BT&CLS+Tri ase	22	6	96	81	1
13	Tn. LMS	32	LK	S1+Ners	BT&CLS	7	6	90	80	1
14	Tn. B	30	LK	D3	BT&CLS	6	7	65	48	1
15	Tn. MT	34	LK	S1+Ners	PPGD	7	6	86	78	1
16	Tn. AP	28	LK	D3	BT&CLS	4	6	90	72	1
17	Tn. L	40	LK	D3	BT&CLS	4	6	90	72	1
18	Ny. BQ	28	PR	S1+Ners	BT&CLS	18	5	96	83	1
19	Tn. Nu	29	LK	D3	BT&CLS	6	6	90	76	1
20	Ny. MZ	28	PR	S1+Ners	BT&CLS	8	7	102	82	1
21	Ny. R	34	PR	S1+Ners	PPGD	10	7	102	83	1
22	Nn. P	42	PR	S1+Ners	BT&CLS	8	8	101	85	1
23	Nn. S	27	PR	D3	BT&CLS	5	5	78	64	1

24	Ny. SK	27	PR	D3	PPGD	21	7	76	63	1
25	Tn. P	30	LK	S1+Ners	BT&CLS+Tri ase	10	8	100	90	1
26	Tn. Al	28	LK	S1+Ners	ACLS	6	6	94	74	1
27	Tn. P1	29	LK	D3	ACLS	6	6	94	75	1
28	Nn. S	27	PR	S1+Ners	BT&CLS	7	7	103	83	1
29	Tn. R	38	LK	D3	BT&CLS	20	4	70	54	1
30	Tn. B	30	LK	S1+Ners	BT&CLS	10	6	100	80	1
31	Ny. A	28	PR	D3	BT&CLS	8	5	90	75	1
32	Tn. M	30	LK	S1+Ners	BT&CLS	3	4	68	52	1
33	Ny. A	29	PR	S1+Ners	BT&CLS+Tri ase	7	5	88	75	1
34	Tn. D	32	LK	S1+Ners	BT&CLS+Tri ase	8	6	90	81	1
35	Nn. Rp	24	PR	S1+Ners	BT&CLS	1	6	78	68	1
36	Ny. P	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	6	5	78	64	1
37	Ny. F	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	6	7	78	63	1
38	Tn. R	28	LK	S1+Ners	BT&CLS	8	7	101	88	1

39	Tn. H	27	LK	S1+Ners	BT&CLS	7	5	87	76	1
40	Tn. MRK	24	LK	S1+Ners	BT&CLS	4	8	101	90	1
41	Tn. M	30	LK	S2	BT&CLS	10	6	97	80	1
42	Ny. I	33	PR	S1+Ners	BT&CLS	9	7	100	88	2
43	Ny. D	33	PR	S1+Ners	BT&CLS	7	7	95	85	2
44	Ny. SL	43	PR	S1+Ners	BT&CLS	15	7	100	83	2
45	Ny. Mn	29	PR	S1+Ners	BT&CLS	4	8	80	90	2
46	Ny. YK	42	PR	S1+Ners	BT&CLS	10	7	100	84	2
47	Ny. N1	29	PR	S1+Ners	PPGD	4	6	78	54	2
48	Ny. ST	40	PR	D3	BT&CLS	18	6	86	68	2
49	Ny. DA	33	PR	D4	BT&CLS	20	5	88	79	2
50	Tn. Dn	28	LK	S1+Ners	BT&CLS	5	5	101	76	2
51	Tn. A	32	LK	S1+Ners	BT&CLS	9	5	85	72	2
52	Tn. Ma	29	LK	S1+Ners	BT&CLS+Tri ase	4	5	85	75	2
53	Tn. Sd	36	LK	D3	BT&CLS	8	6	82	81	2
54	Tn. Ra	22	LK	D3	BT&CLS	1	5	87	65	3

55	Nn. Y	26	PR	S1+Ners	BT&CLS	4	5	78	67	3
56	Ny.B	37	PR	D3	BT&CLS	8	4	75	61	3
57	Tn. Rd	26	LK	D3	PPGD	5	4	85	62	3
58	Tn. Nh	32	LK	D3	BT&CLS	6	5	89	71	3
59	Tn.M	28	LK	S1+Ners	ACLS	3	5	82	75	3
60	Ny. S	27	PR	S1+Ners	BT&CLS	3	4	78	64	3
61	Ny. Ba	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	7	5	85	73	3
62	Tn. Dr	41	LK	D3	BT&CLS	11	7	74	67	3
63	Tn. H	30	LK	S1+Ners	PPGD	5	7	101	88	3
64	Ny. F	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	2	5	87	76	3
65	Ny.I	27	PR	D3	BT&CLS	4	5	92	65	3
66	NY. Dy	29	PR	S1+Ners	BT&CLS	9	5	96	76	3
67	Ny.U	25	PR	S1+Ners	BT&CLS	6	5	83	78	3
68	Tn. Hw	32	LK	S1+Ners	BT&CLS	7	5	94	77	3
69	Ny. HH	36	PR	S1+Ners	BT&CLS	10	6	83	80	3
70	Tn. E	37	LK	D3	BT&CLS+Tri ase	9	5	92	68	3

71	Tn. MG	28	LK	S1+Ners	BT&CLS	10	5	78	78	3
72	Tn. t	45	LK	D3	BT&CLS	15	4	88	63	3
73	Tn. Y	34	LK	D3	BT&CLS	4	4	104	60	3
74	Ny. M	39	PR	S1+Ners	BT&CLS	9	5	85	72	3
75	Tn. Eg	29	LK	S1+Ners	BT&CLS	4	5	104	68	3
76	Tn A	30	LK	D3	BTCLS	8	4	82	63	4
77	Tn. P	30	LK	D3	BTCLS	8	4	78	60	4
78	Ny.N	33	PR	S1+Ners	BTCLS	5	4	98	54	4
79	Ny.NH	29	PR	S1+Ners	Triase+BTCL S	4	4	78	60	4
80	Tn.TA	29	LK	D3	BTCLS	4	4	78	57	4
81	Ny.SP	34	PR	S1+Ners	PPGD+BTCL S	4	4	83	60	4
82	Tn. MF	27	LK	D3	BTCLS	9	6	81	83	4
83	Ny.NA	36	PR	S1+Ners	BTCLS	10	6	95	81	4
84	Ny.IS	34	PR	S1+Ners	Triase+BTCL S	9	6	90	80	4
85	Tn.AS	29	LK	D3	BTCLS	6	4	83	48	4

86	Ny. SPH	36	PR	S1+Ners	BTCLS	10	5	83	78	4
87	Ny.P	32	PR	D3	BTCLS	8	5	92	65	4
88	Ny.DY	34	PR	S1+Ners	BTCLS	10	6	96	76	4
89	Tn.TI	29	LK	D3	BT&CLS+Tri ase	10	6	83	78	4
90	Tn.H	28	LK	D3	BT&CLS+Tri ase	8	6	94	77	4
91	Tn.SD	27	LK	S1+Ners	BCLS	7	7	83	80	4
92	Tn.DP	34	LK	D3	BTCLS	9	6	92	68	4
93	Ny.DH	29	PR	S1+Ners	BTCLS	8	6	78	78	4
94	Tn.HR	30	LK	D3	BTCLS	8	4	88	63	4
95	Tn.I	29	LK	D3	BTCLS	9	4	104	60	4
96	Ny.H	30	PR	D3	BTCLS	10	5	85	72	4
97	Tn.MF	29	LK	D3	BTCLS	7	4	78	64	4
98	Tn.C	34	LK	D3	BT&CLS+Tri ase	10	5	85	73	4
99	Tn.S	34	LK	D3	BTCLS	7	4	74	67	5
100	Tn.Ss	28	LK	D3	BTCLS	9	7	101	88	5

10 1	Tn.P	34	LK	D3	BTCLS	9	5	87	76	5
10 2	Tn.WN	27	LK	D3	BTCLS	5	4	92	65	5
10 3	Tn.I	29	LK	S1+Ners	ACLS	8	6	96	76	5
10 4	Tn.D	30	LK	S1+Ners	BTCLS	10	6	83	78	5
10 5	Tn.N	29	LK	D3	BTCLS	9	6	94	77	5
10 6	Ny.N	31	PR	D3	BTCLS	13	7	83	80	5
10 7	Tn.KHT	32	LK	S1+Ners	BTCLS	12	8	84	90	5
10 8	Tn.M	34	LK	S1+Ners	BTCLS	10	6	82	74	5
10 9	Tn.M	33	LK	S1+Ners	BTCLS	5	6	82	75	5
11 0	Tn. R	28	LK	D4	BT&CLS	6	4	80	60	5
11 1	Tn.K	29	LK	D3	BTCLS	10	4	104	54	5
11 2	Tn. Ha	27	LK	D3	BT&CLS	7	4	72	57	5
11 3	Tn.J	30	LK	S1+Ners	BTCLS	10	6	83	75	5
11 4	Tn.T	31	LK	D3	BTCLS	6	4	78	52	5
11 5	Tn.LA	26	LK	D3	BTCLS	6	6	83	75	5
11 6	Ny.I	34	PR	D3	BTCLS	14	7	83	81	5

11 7	Ny.S	30	PR	S1+Ners	BTCLS	12	7	83	80	5
11 8	Ny.NM	36	PR	D3	BTCLS	5	5	92	68	5
11 9	Ny.M	30	PR	S1+Ners	BTCLS	10	6	78	78	5
12 0	Ny.M	32	PR	D3	BTCLS	9	5	88	63	5
12 1	Ny.T	36	PR	D3	BTCLS	10	5	104	60	5
12 2	Ny.R	30	PR	D3	BTCLS	10	6	85	72	5
12 3	Ny.UT	31	PR	S1+Ners	BTCLS	8	5	104	68	5
12 4	Ny.E	38	PR	S1+Ners	BTCLS	9	5	82	63	5
12 5	Tn.B	30	LK	D3	BTCLS	10	5	78	60	5
12 6	Ny.N	29	PR	D3	BTCLS	4	5	98	54	5
12 7	Tn.S	31	LK	S1+Ners	BTCLS	8	5	78	60	5
12 8	Ny.MY	34	PR	D3	BTCLS	9	5	78	57	5
12 9	Ny.H	35	PR	S1+Ners	BTCLS	9	5	83	60	5
13 0	Ny. UH	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	11	5	90	72	5
13 1	Ny. LH	32	PR	S1+Ners	BT&CLS	10	5	94	70	5
13 2	Nn. LS	27	PR	D3	BT&CLS	6	5	78	60	5

13 3	Ny.Y	40	PR	S1+Ners	BTCLS	13	7	83	48	5
13 4	Ny.M	29	PR	D3	BTCLS	9	6	83	78	5
13 5	Ny.W	34	PR	S1+Ners	BTCLS	9	6	92	65	5

Keterangan :

RS

1. RSUD Provinsi NTB
2. RSU Kota Mataram
3. RSUD Soedjono Selong
4. RSUD Patut Patuh Patju
5. RSUD Praya

Lampiran 12 Kisi-Kisi Kuesioner

Variabel	Sub Variabel	Parameter	Nomor Soal	Skoring	Jumlah soal
independen	Pengetahuan	Triase prioritas 1	2,4,	Skala Gutman	8 pertanyaan
		Triase prioritas 2	1,3,6,7	Jawaban positif	
		Triase prioritas 3	5,8	Benar: 1 Salah: 0	
				Negatif Benar: 0 Salah: 1	
	Lingkungan Kerja	Partisipasi perawat rumah sakit	1-9	Skala likert	26 pertanyaan
		Kepemimpinan dan dukungan dari perawat	10-11	Jawaban positif	
		Sumber daya dan ketenagaan yang berkecukupan	12-15	Sangat setuju: 4 Setuju:3	
		Hubungan perawat-dokter-pasien	16-18	Tidak setuju: 2	
		Pelayanan keperawatan yang berkualitas	19-26	Sangat tidak setuju:1 Negatif Sangat setuju: 1 Setuju:2 Tidak setuju: 3 Sangat tidak setuju:4	
Dependen	Pengambilan keputusan dalam triage	Pengambilan keputusan <i>triage</i> yang dilakukan oleh perawat di Rumah sakit berdasarkan kategori <i>triage</i> yang digunakan untuk menggali pengalaman perawat sejak saat ini sampai 1 tahun yang	1-15	Skala likert: Jawaban positif Tidak pernah: 0 Beberapa kali dalam setahun: 1 1 kali dalam sebulan atau kurang: 2	15 pertanyaan



Variabel	Sub Variabel	Parameter	Nomor Soal	Skoring	Jumlah soal
		lalu		Beberapa kali dalam sebulan: 3 1 kali dalam seminggu:4 Beberapa kali dalam seminggu:5 Setiap hari:6	
				Negatif Tidak pernah: 6 Beberapa kali dalam setahun: 5 1 kali dalam sebulan atau kurang: 4 Beberapa kali dalam sebulan: 3 1 kali dalam seminggu:2 Beberapa kali dalam seminggu:1 Setiap hari:0	

Lampiran 13 Manuskrip

The correlation between Knowledge and Experience of Nurses toward Triage Decision Making at Lombok Nusa Tenggara Barat

MANUSKRIP

Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Magister Keperawatan



Oleh :

BAIQ FITRIHAN RUKMANA

NIM.176070300111040

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

PEMINATAN GAWAT DARURAT

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2019

The correlation between Knowledge and Experience of Nurses toward Triage Decision Making at Lombok Nusa Tenggara Barat

Baiq Fitrihan Rukmana¹, Ahsan², Kuswanto Rusca Putra³

¹Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya

^{2,3}Lecturer in Medical Faculty University of Brawijaya

Corresponding Author:

Baiq Fitrihan Rukmana

Student of Master Program of Nursing in Faculty of Medicine, University of Brawijaya

Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang
Indonesia

Email : anafitribaiq@gmail.com

ABSTRACT

Triage is important to do at emergency unit. It is used to determine priority of emergency state action so medical team can promote treatment for patients who need urgent and accurate treatment to improve life opportunity of them. *Triage* process is started when a patients gets into ICU where the nurses assess based on subjective and objective findings which are done quickly and accurately. However, execution of triage needs sufficient knowledge and experience to find out priority of the patient. This research has purpose to find out the correlation between knowledge and experience toward *triage* decision making at emergency unit of Lombok Nusa Tenggara Barat hospital. This research is an analytic observational by using *cross sectional* with 135 respondents. The findings show that there is correlation between knowledge and experience toward the decision making with each p value is 0.000. Linier regression shows knowledge becomes the most correlated variable in decision making of triage. Knowledge and experience of working become the most important variables of nurses in making decision so medical service can be improved.

Keywords: *Triage* Decision Making, Nurses, Knowledge, Skill, Education

INTRODUCTION

Triage is an important component to do at emergency unit¹.

It is a way to classify patients based on types and levels of emergency state treatment to improve the treatment and to prioritize cases in handling emergency state condition².

Triage assessment on patient is the first – main step in providing emergency state treatment as indicator of further action to be given³.

Triage system is implemented in classifying priority of emergency state treatment so medical team can promote medical treatment to patients who need urgent and quick treatment in order to increase his life opportunity.

Triage process is started when a patient gets into emergency unit where its nurses assess based on subjectively and objectively reviewed findings to have quick and appropriate treatment⁴. Process of *triage* is done by one medical treatment, a nurse⁵.

Nurses at *triage* have obligations to position the patients appropriately based on emergency level. The nurses will label the patients based on the conditions suffered by them started from red for emergent patients, yellow for urgent

patients, green for non-urgent patients, and black for death

patients. After labelling, the nurses bring the patient to treatment room based on the order and emergency state priority. Then the nurses provide appropriate treatment⁶.

High rate numbers of patients visiting ICU causes nurses must be able to sort its patients quickly and accurately based on injury level of emergency state condition occurred or suffered⁷. Mistake in assessing patient's condition will lead to overwhelming numbers of patients and length of inpatient at ICU⁸. Ferero *et al* states that mistake in *triage* will cause to increasing number of length inpatient and waiting lists of patients at ICU⁹.

Thus, *triage* nurses are demanded to have sufficient experience and knowledge. They will make the nurses to be able to review and to cover complex and pressured conditions¹⁰. In facing this condition, the nurses must act professionally to overcome appearing stressor in determining step related to severe condition of the patient and their families¹¹.

The interruption can be occurred due to lack of knowledge of the nurses which lead to inappropriate *triage* decision,

incomplete symptom's identifications, and incomplete assessment¹². Lack of experience and knowledge of the nurses affect toward less response of the nurses and delay of the nurses causing increasing rate of morbidity and mortality. When the nurses cannot do *triage*, it can decrease quality of the treatment and negative impacts for the patients³. Based on the conditions, it is not easy for the nurses to do *triage*¹³.

Based on *preliminary study* done on October 31, 2018 that at hospital Lombok has problem in decision making on *triage* process. Researcher observed 30 nurses directly and found that most of them did not do *triage* when they had new clients. Some of them did *triage* when the clients were in front of ICU's door or when the patients just arrived in ICU although they were not in emergency state condition. Some of the nurses also inaccurately assessed *triage* when the patient categorized as green but they were categorized into yellow and incomplete documentation of *triage* such as lack of giving check list of the *triage* patient on medical record and incomplete physical checkup which affect decision making upon *triage* patients. It has negative

impacts on giving service in emergency unit. The purpose of this research is to find out the correlation of knowledge and experience toward *triage* decision making at emergency unit of Lombok Nusantara Tenggara Barat Hospital.

METHODS AND MATERIAL

This analytic observational research with cross sectional approach. The respondents are 135 participants from five hospitals in Lombok by using total sampling. To measure knowledge and *triage* decision making, they are done by using questionnaire. Each questionnaire has been validity and reliability tested by using alpha Chronbach 0.806 for its knowledge variable and 0.869 for *triage* decision making. Working experience is gained through questionnaire related working experience of the nurses. Bivariate analysis by using *spearman rank* and multivariate analysis are done by using multiple linier regression. This research is done after having ethical clearance from commission of ethics of Universitas Mataram, number 13/UN18.F7/ETIK/2019.

RESULTS

Table 1 Characteristics of the Respondents based on Age, Working Experience, Knowledge and Triage Decision Making

Variable	N	Mean	Median	Min-Max	SD
Age	135	31.23	30	22-45	4.179
Working Experience	135	8.24	8	1-22	3.736
Knowledge	135	5.56	5	4-8	1.077
Triage decision making	135	71.23	73	48-90	10.46

Based on the table, it is known the youngest patient is 22 year old and the oldest one is 45 year old with average age 31.23 year old. The longest working experience is 22 years and the youngest one is 1 year with 8.24 years in average. Highest score of respondents' knowledge is 8 while the lowest one is 4 with average 5.56. Highest score of decision making is 90 and the lowest one is 48 with average 71.23.

Table 2 Characteristics of the Respondents based on Sex and Education

Variables	Categories	F	%
Sex	Male	73	54.1
	Female	62	45.9
Education	D3	61	45.2
	D4	2	1.5
	S1+Ners	71	52.6
	S2	1	0.7
Total		135	100

The table shows the dominant is male with 73 respondents. Meanwhile, the most dominant education is first degree + Ners with total 71.

Table 3 Correlation of Knowledge toward Decision Making of Triage

Variable	Triage decision making
Knowledge	r= 0.69 p= 0.000 n= 135

The table shows $p = 0.000$ ($p < 0.05$) so it is concluded that there is correlative factor between knowledge toward *triage* decision making at the emergency unit. The r score is 0.69 showing positive correlation with strong strength of the correlation where higher score of the knowledge also has higher *triage* decision making score of the nurses.

Table 4 Correlation between Working Experiences toward Triage Decision Making

Variable	Triage decision making
Working experience	r= 0.289 p= 0.000 n= 135

Table 4 shows $p = 0.000$ ($p < 0.05$) so it can be concluded that there is correlative factor between

working experience to *triage* decision making at the emergency unit. R score is 0.298, showing positive correlation with lower correlation strength in which higher working experience has higher *triage* decision making of the nurses.

Table 5 Correlation of Knowledge and Working Experiences to Decision Making of Triage

Variable	Coefficient B	Score p	R Square
Step 1			
Constanta	34.823	0.000	0.441
Knowledge	6.284	0.000	
Experience	0.181	0.333	
Step 2			
Constanta	35.544	0.000	0.437
Knowledge	6.423	0.000	

Table 5 shows knowledge variable can explain that variety of the decision making of triage is 43.7%. The rest of them are affected by other uninvestigated factors. Based on the table, then knowledge becomes the most dominant variable correlating to triage decision making with coefficient score B 6.423.

DISCUSSION

Findings of the research explain correlation between knowledge to *triage* decision making at emergency unit of Lombok Nusa Tenggara Barat hospital with $p = 0.000$. Score of r is 0.69, showing that there is strong positive

correlation. It explains that higher knowledge has higher *triage* decision making of the nurses. Linier regression test shows variable is the most dominant to *triage* decision making.

This research is in line with Aloyce *et al* in 2014 showing that higher knowledge of nurses dealing with *triage* can improve nursing accuracy in *triage* decision making at emergency unit. Highest knowledge of the nurses can help to categorize *triage* appropriately according to patients' condition so it improves nurses' performance and better outcome¹⁴.

Triage is autonomous nursing role focusing on *patient survival* and efficient treatment execution. Clinical decision made by *triage* nurses needs complex cognition. *Triage* nurses must show ability to think critically in limited, incomplete, and ambiguity data environment. Process of effective and efficient decision making depends on broad knowledge and experience dealing with various disease and patterns of injuries^{15,16}. In a study done by Roudbari & Mirhaghi 2010, it stated that lower ability of nurses in doing *triage* is caused by their lack of knowledge

and incapability to review patient's condition¹⁷

Emergency Nurse Association in 2011 also recommends that knowledge to be mastered by nurses in doing *triage* are *triage* taking process, *triage* documenting process, law of health service, abdomen emergency state, hearth emergency state, trauma, respiratory emergency state, psychiatric emergency state, *fast track*, musculoskeletal, special condition, and child emergency state¹⁸. By the existence of these recommendation dealing with needed knowledge by nurses dealing with *triage*, then *triage* can be done quickly and appropriately so it improves services at the hospital.

The findings also explain that there is correlation between working experience to decision making of *triage* at the emergency unit with $p = 0.000$. Score of $r = 0.289$, explaining that low positive correlation causes higher working experience to have higher *triage* decision making.

It is in line with *Duko et al* 2019, stating that nurses whose lengthy working experience decide *triage* decision at emergency unit. Higher experience of nurses will be something to learn for them to categorize appropriate *triage*

according to conditions of patients so it will improve treatment performance and better outcome¹⁹.

Benner (1982) stated that becoming expert nurses need to develop ability and understanding related to patient management at whole time in which can be learnt by having many experiences²⁰. Benner groups abilities into 5 levels namely *novice*, *advance*, *beginner*, *competent*, *proficient*, and *expert*.

Triage nurses are expected to be *competent* in which they can handle and consider as well as create needed plan to face current situation in future time. This stage symbolizes that a nurse whose had similar jobs or situation for 2 or 3 years will grow when they find out that their action reach into the target, or consciously they have planning within their action. Consistency, ability to predict, and time management become description of *competent* stage. *Competent* nurses can perform their responsibilities dealing with conditions of patients, more focus, and being able to perform critical thinking ability^{6,21,22}.

CONCLUSION

It can be concluded that there is relationship between knowledge and working experience of nurses to *triage* decision making

at Lombok Nusa Tenggara Barat hospital. The most correlative variable in decision making is knowledge. By identifying this factor, it is expected can contribute to suggest all parties of the hospital to improve knowledge and nursing experience dealing with appropriate triage decision making.

CONFLICT OF INTEREST: none

ETHICAL CLEARENCE:

This study has passed the ethical test held at University of Mataram with no 13/UN18.F7/ETIK/2019.

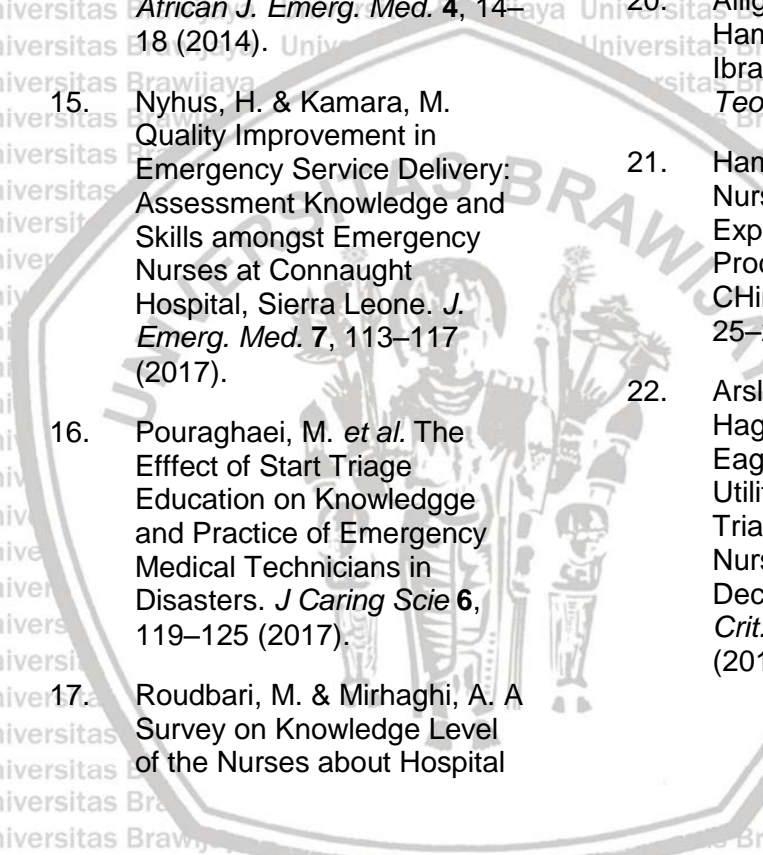
SOURCE OF FUNDING: none

REFERENCES

1. Augustyn, J., Hattingsih, S. & Amp, E. V. Implementing a Triage System in an Emergency Unit: a Literature Review. *Afr. J. Nurs. Midwifery* **9**, 12- (2007).
2. Acharya, R., Gastmans, C. & Denier, Y. Emergency Department Triage: an Ethical Analysis *BMC Emergency Medicine*. 2–13 (2011).
3. Johnson, K., Alhaj-Ali, A. & Cincinnati. Using Simulation t Assess the Impact of Triage Interruption. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* **43**, 436–443 (2017).
4. Farrokhnia, N. & Goransson, K. Swedish Emergency Department Triage and

- Intervention for Improved Patient Flows. *A National Update* 72p (2011).
5. Ebrahimi, M. *et al.* The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency State Department. *Scientifica (Cairo)*. (2016).
6. Wolf, L., Delao, A., Perhats, C., Moon, M. & Zavotsky, K. Triageing the Emergency Department, Not the patient. *J. Emerg. Nurs.* **44**, 258–266 (2018).
7. Rathlev, N. *et al.* Time Series Analysis of Emergency Department Length of Stay per 8-Hour Shift. *West J Emerge MEd* **13**, 163–168 (2012).
8. Han, J. *et al.* The Effect of Physician Triage on Emergency Department Length of Stay. *J. Emerg. Med.* **39**, 227–233 (2010).
9. Forero, R., McCarthy, S. & Hilmann, K. Access Block and Emergency Department Overcrowding. *Crit Car* **15**, 216 (2011).
10. Smith, A. Using a Theory to Understand Triage Decision Making. *Int. Emerg. Nurs.* **21**, 113–117 (2013).
11. Abraham, L. *et al.* Stress and Coping Strategies of Staff Working in the Emergency Department: A Comparison of Two Different-Sized Departments. *Emerg Med Australas* **30**, 375–381 (2018).
12. Johnson, K., Gillespie, G. & Vance, K. Effects of Interruption on Triage Process in Emergency Department: a Prospective, Observational

- Study. *J Nurs Care Qual* **33**, 375–381 (2018).
13. Rochana, N., Morphet, J. & Plummer, V. Triage Process in Emergency Departments: an Indonesian Study. (2016).
14. Aloyce, R., Leshabari, S. & Brysiewicz, P. Assessment of Knowledge and Skills of Triage amongst Nurses Working in the Emergency Centres in Dar Es Salaam. *African J. Emerg. Med.* **4**, 14–18 (2014).
15. Nyhus, H. & Kamara, M. Quality Improvement in Emergency Service Delivery: Assessment Knowledge and Skills amongst Emergency Nurses at Connaught Hospital, Sierra Leone. *J. Emerg. Med.* **7**, 113–117 (2017).
16. Pouraghaei, M. *et al.* The Effect of Start Triage Education on Knowledge and Practice of Emergency Medical Technicians in Disasters. *J Caring Scie* **6**, 119–125 (2017).
17. Roudbari, M. & Mirhaghi, A. A Survey on Knowledge Level of the Nurses about Hospital Triage. *Crit Care Nurs J2* **3**, e7158 (10AD).
18. ENA. Position Statement: Triage Qualification. (2011).
19. Duko, B. *et al.* Triage Knowledge and Skills among Nurses in Emergency Units of Specialized Hospital in Hawasa, Ethiopia: Cross Sectional Study. *BMC Res. Notes* **12**, 21 (2019).
20. Alligood, M., S, P. A. Y., Hamid, M. Dns. & Kusman Ibrahim, S. MNS, P. *Pakar Teori Keperawatan*. (2014).
21. Hammad, K. *et al.* Emergency Nurses' Knowledge and Experience with the Triage Process in Hunan Province, CHina. *Int. Emerg. Nurs.* **35**, 25–29 (2017).
22. Arslanian-Engoren, C., Hagerty, B., Antonakos, C. & Eagle, K. The Feasibility and Utility of the Aid to Cardiac Triage Intervention to Improve Nurses' Cardiac Triage Decision. *Hear. Lung J. Acute Crit. Care* **39**, 201–207 (2010).





Indian Journal of Public Health Research & Development

Institute of Medico-Legal Publications

Unit No.1704, Logix Office Tower, Sector-32, Noida-201301 (Uttar Pradesh) India • Tel.: 0120-4294015
Mobile: +91-9971888542 • Email: editor.ijphrd@gmail.com • Website: www.ijphrd.in

No2086/IJPHRD/2019

28 -05-2019

To,
Baiq Fitrihan Rukmana
Student of Master Program of Nursing in Faculty of Medicine, University of Brawijaya
Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang
Indonesia

Dear author/s
I have pleasure to inform you that your following Original Article has been accepted for publication in Indian Journal of Public Health Research and Development

The correlation between Knowledge and Experience of Nurses toward Triage Decision Making at Lombok Nusa Tenggara Barat

Baiq Fitrihan Rukmana¹, Ahsan², Kuswanto Rusca Putra³

¹Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, University of Brawijaya
^{2,3}Lecturer in Medical Faculty University of Brawijaya

Corresponding Author:
Baiq Fitrihan Rukmana
Student of Master Program of Nursing in Faculty of Medicine, University of Brawijaya
Jalan Veteran, Ketawanggede, Kecamatan Lowokwaru Malang
Indonesia
Email : anafitribaiq@gmail.com

It will be published in Volume 10, No 10, October 2019 issue. It is further mentioned for your information that our journal is a double blind peer reviewed indexed international journal. It is covered by Index Copernicus (Poland), Indian Citation index, Google Scholar, CINAHL, EBSCOhost (USA), EMBASE (Scopus) and many other international databases. The journal is now part of CSIR, DST and UGC consortia. The Journal is index with Scopus and fulfills MCI Criteria as per MCI circular dated 03/09/2015.

With regards

Yours sincerely


Prof R K Sharma
Editor



Lampiran 15 Jurnal Bebas Predator



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id> e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN
Nomor : 178/UN10.F08.12.21/2019

Perihal : Pernyataan bebas predator jurnal

Sehubungan dengan adanya deteksi publikasi hasil tesis mahasiswa PS Magister keperawatan, kami sebagai tim monev telah memeriksa Jurnal *Indian Journal Of Public Health Research & Development* dengan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan:

Nama : BAIQ FITRIHAN RUKMANA
NIM : 176070300111040
Judul Artikel : The correlation between Knowledge and Experience of Nurses toward Triage Decision Making at Lombok Nusa Tenggara Barat

dan mencocokkan dengan daftar yang ada di Beallistt Predatory Journal, jurnal tersebut tidak termasuk dalam kategori Jurnal Predator.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes
NIP. 197702262003122001

Malang, 20 Mei 2019
Ketua Tim Monev
PS Magister Keperawatan,

Dr. Yulian Wiji Utami, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197707222002122002



Lampiran 16 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Baiq Fitrihan Rukmana

Tempat/Tanggal Lahir : Aikmual, 25 Februari 1993

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan : S1+Ners

Alamat : Aikmual, Praya Lombok Tengah NTB

Orang Tua : Lalu Nawawi (Ayah)

Maslihanah (Ibu)

Riwayat Pendidikan

1. Lulus SDN 1Aikmual tahun 2006
2. Lulus SMPN 1Praya tahun 2009
3. Lulus SMKRinjani tahun 2011
4. Lulus S1 Keperawatan di Stikes Mataram tahun 2015
5. Lulus Profesi Ners di Stikes Mataram tahun 2017

Malang, Mei 2019

Baiq Fitrihan Rukmana