

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

E. Telaah Pustaka

1. Kepatuhan

Istilah kepatuhan (*compliance*) menurut Pranoto (2007) adalah sikap suka, menurut perintah, taat pada perintah. Secara sederhana kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia tahun 2008, patuh berarti suka menurut perintah, taat kepada perintah atau aturan dan disiplin. Kepatuhan berarti bersifat patuh, ketaatan, tunduk pada ajaran dan aturan. Kepatuhan merupakan suatu bentuk perilaku manusia yang taat pada aturan, perintah yang telah ditetapkan, prosedur dan disiplin yang harus dijalankan. Kepatuhan merupakan salah satu bentuk perilaku yang dapat dipengaruhi faktor internal dan eksternal (Setiadi, 2007). Selanjutnya Setiadi menyebutkan bahwa faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, kemampuan, dan motivasi. Adapun faktor eksternal meliputi karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan dan karakteristik lingkungan. Smeth (2004) mengatakan

bahwa kepatuhan adalah ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Baron (Sarwono, 2007), kepatuhan adalah salah satu jenis pengaruh sosial, dimana seseorang menaati dan mematuhi permintaan orang lain untuk melakukan tingkah laku karena adanya unsur kekuatan. Kekuatan dapat diartikan suatu kekuatan atau kekuasaan yang memiliki pengaruh terhadap seseorang atau lingkungan tertentu. Pengaruh sosial ini dapat memberikan dampak positif dan negatif terhadap perilaku individu. Kekuatan dari pihak yang berwenang menjadikan seseorang menaati dan melaksanakan sesuai perintah.

Kepatuhan dalam penelitian ini yang dimaksud adalah kepatuhan tenaga kesehatan terhadap aturan tugas yang harus dijalankan, dalam hal ini pelaksanaan triase. Kepatuhan dokter dan perawat adalah sejauh mana perilaku seorang dokter atau perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan ataupun pihak rumah sakit (Niven & Neil, 2002).

2. Tenaga Instalasi Gawat Darurat

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang tenaga kesehatan, yang dimaksud tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan

bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Selanjutnya dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan pasal 2 ayat 2 bahwa tenaga kesehatan terdiri tenaga medis terdiri dokter dan dokter gigi, keperawatan terdiri dari perawat dan bidan, dan tenaga kefarmasian terdiri dari apoteker, analis farmasi dan asisten apoteker. Dikuatkan kembali dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang tenaga Kesehatan mendefinisikan bahwa tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

3. Triase

Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (Airway, dengan cervical spine control, Breathing dan Circulation dengan control pendarahan). Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit (Musliha, 2010).

Kathleen et al, (2008) menyampaikan bahwa triase merupakan konsep yang fokus penanganan pasien dengan memperhatikan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas seefisien mungkin, menggolongkan semua pasien yang membutuhkan pertolongan segera dan menetapkan prioritas penanganan. Selanjutnya Nurhanifah (2015) menyebutkan bahwa sistem triase merupakan satu dari implementasi sistem manajemen resiko di instalasi gawat darurat sehingga pasien mendapatkan pelayanan cepat dan tepat dengan menggunakan sumber daya yang tersedia. Disamping itu triase juga memberikan alur pasien yang jelas di instalasi gawat darurat. Penilaian triase merupakan pemeriksaan dini pasien instalasi gawat darurat yang dilakukan dokter ahli, dokter umum dan atau perawat.

Secara internasional dikenal ada empat macam sistem triase, yaitu *Australasian Triage Scale*, *Triage Canada Acuity Scale*, *Manchester Triage System* (MTS), dan *Emergency Severity Index* (ESI). MTS dan ESI adalah yang paling umum digunakan di Belanda (Fatoni et al, 2013). Adapun rumah sakit di Indonesia menggunakan ESI sebagai sistem pelayanan di instalasi gawat darurat sesuai dengan Pedoman Pelayanan Kegawat Daruratan dari Departemen Kesehatan tahun 2008. Sistem triase mengalami

banyak perkembangan dalam kurun waktu 20 tahun, mulai dari sistem triase dengan 2 level kategori pasien sampai dengan saat ini telah diterapkan 5 level kategori pasienn. Menurut Pitang et al, (2015) menambahkan bahwa sistem triase di Indonesia belum terstandar secara nasional, meskipun Departemen Kesehatan RI telah menetapkan sistem triase nasional namun pelaksanaannya belum teraplikasi secara nasional.

Di Australia perawat gawat darurat melakukan triase menggunakan triase ATS (*Australian Triage Scale*), yaitu pasien dikategorikan dalam 5 kategori prioritas pasien.

Tabel 2.1 Skala Trise versi Australia

ATS	WAKTU (menit)	TARGET
1	0	100 %
2	10	80 %
3	30	75 %
4	60	70 %
5	120	70 %

Pasien yang meninggal pada saat kedatangan biasanya diberi kategori ATS 6 (enam).

Manchester Scale Triage (MST) merupakan sitem triage yang berkembang menggunakan 52 langkah deteksi gejala, kemudian diklasifikasikan dalam 5 langkah prioritas pasien selanjutnya

dievaluasi pada tahun 1994 di Inggris hingga saat ini. Sistem triase ini lebih jauh untuk meningkatkan keparahan dan waktu aman pasien di instalasi gawat darurat untuk segera dilakukan tindakan medis. Tidak jarang pasien dilakukan tes diagnostik, seperti tes laboratorium untuk meningkatkan sensitivitas perawatan agar lebih tepat (Nishi et al, 2015).

Tujuan utama *Manchester Scale Triage* (MST) adalah menetapkan batas waktu setiap pasien untuk dirawat dengan aman, yaitu tanpa risiko kesehatan pasien. Salah satu prinsip utama sistem ini adalah semakin tinggi persepsi risiko terhadap pasien, semakin pendek waktu menunggu kehadiran tenaga medis.

Tabel 2.2
Skala MST lima tingkat prioritas dan batas waktu respon maksimum untuk kehadiran tenaga medis

Evaluation	Color	Maximum response time (minutes)
Immediate	RED	0
Very urgent	ORANGE	10
Urgent	YELLOW	60
Standard	GREEN	120
Non-urgent	BLUE	240

Menurut Murray et al, (2016) bahwa sistem triase CTAS (*Canada Triage Acuity Scale*), berkembang tahun 1999 di Kanada, dengan menggunakan skala 5 tingkat untuk mengklasifikasikan

pasien di instalasi gawat darurat berdasarkan keluhan. Setelah mendapatkan perawatan medis pasien beberapa saat menunggu di ruang gawat darurat. Klasifikasi pasien pada posisi tidak berubah selama menunggu meskipun belum ditegakan diagnosis pasti, sehingga perawat triase selalu melakukan pengamatan untuk menjaga pasien tidak memburuk.

Pedoman standar CTAS yang baku adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat I memiliki asuhan keperawatan yang terus-menerus
- b. Tingkat II setiap 15 menit
- c. Tingkat III setiap 30 menit
- d. Tingkat IV setiap 60 menit
- e. Tingkat V setiap 120 menit

Pada kondisi pasien bertambah keluhan dengan vital sign normal bisa berubah tingkat, dan kebanyakan menjadi tingkat II, III atau IV. Waktu akhir ini ada kebutuhan untuk mengembangkan strategi nasional CTAS di Kanada yaitu diupayakan reliabilitas dan validitasnya.

Menurut Tanabe et al, (2004) bahwa triase yang bersifat mendunia, antara lain *Emergency Severity Index (ESI)*. Sistem ESI dikembangkan di negara Amerika dan negara Kanada oleh perkumpulan perawat emergensi dan dokter spesialis emergensi.

ESI banyak diterapkan di Asia, Australia dan Eropa, termasuk rumah sakit di Indonesia. ESI terdiri 5 skala prioritas, yaitu :

- a. Prioritas 1 (label biru) adalah pasien dengan kondisi *impending life/limb threatening* problem sehingga membutuhkan *immediate life-saving intervention* (cito tindakan). Parameter prioritas 1 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD. Contoh antara lain *cardiac arrest, status epileptic, hypoglycemic coma*, dan lain-lain.
- b. Prioritas 2 (label merah) adalah pasien dengan kondisi *potensial life, limb, or organ threatening problem* sehingga pertolongan pada pasien-pasien mendesak dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien hemodinamik atau ABCD stabil dengan kesadaran turun tapi tidak koma (GCS 8-13), distress berat, dan high risk. Antaralain *asma attack, akut abdomen, elektrik injury*.
- c. Prioritas 3 (label kuning) adalah pasien dengan evaluasi mendalam pemeriksaan klinis menyeluruh. Pasien label kuning memerlukan dua atau lebih sumber daya dan fasilitas IGD. Logikanya makin banyak sumber daya dibutuhkan makin berat kegawatdaruratan sehingga prioritas 3-5 berkaitan dengan kebutuhan perawatan. Contoh : sepsis memerlukan

pemeriksaan laboratorium, radiologis dan ECG. Sepsis stabil mempunyai prioritas lebih tinggi daripada typhoid fever tanpa komplikasi, akan tetapi sepsis berat tergolong prioritas 2 (merah) dan *shock septic* prioritas 1 (biru).

- d. Prioritas 4 (label hijau) adalah pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. Contoh pasien BPH memerlukan pemasangan kateter, *vulnus laceratum* membutuhkan heting sederhana, *acute febrile illness* memerlukan pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.
- e. Prioritas 5 (label putih) adalah pasien tidak memerlukan sumber daya. Pasien hanya dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik saja.

Penelitian Yoon et al,(2003) dalam Ardiyani et al,(2015), menuturkan bahwa waktu terpanjang pelayanan di instalasi gawat darurat pasien posisi label kuning tepatnya ESI level 3 berada ESI level 3, dengan manifestasi klinis belum jelas, artinya dalam waktu relative dekat tenaga kesehatan belum memutuskan apakah rawat inap atau rawat jalan oleh karena membutuhkan observasi dan perawatan lama dan lengkap.

ESI merupakan triase berdasar bukti (*evidence based triage*) dengan derajat evidens dan rekomendasi paling tepat, efisiensi dan

efektivitas sistem tersebut terbukti banyak rumah sakit yang menggunakannya (Tanabe et al, 2004).

Sesuai Pedoman Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012 terkait implementasi sistem triase berbasis bukti maka pasien yang membutuhkan pelayanan di instalasi gawat darurat akan diklasifikasikan dalam 5 level ESI.

Triase merupakan ketrampilan keperawatan mutlak dimiliki perawat instalasi gawat darurat, factor inilah yang tidak bisa disamakan perawat instalasi gawat darurat dengan perawat unit lain. Hal ini dikarenakan membutuhkan pengalaman sehingga pelayanan dilakukan cepat dan akurat. Perawat harus memiliki pengalaman dan pengetahuan yang cukup, terampil dalam pengkajian, mampu mengatasi situasi dan kondisi yang penuh tekanan sehingga kematangan profesional untuk mentoleransi stres yang terjadi dan berani memberikan keputusan terkait dengan kondisi pasien dan mensikapi keluarga pasien (Elliot et al, 2007). Terbukti bahwa tidak mudah bagi perawat untuk melaksanakan triase.

Pada prinsipnya triase menolong penderita yang mengalami cedera atau keadaan berat namun memiliki harapan hidup. Sesuai Pedoman Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012 pasien dengan kebutuhan darurat mendesak, diklasifikasikan melalui triase

berdasar bukti. Menurut Departemen Kesehatan dalam Pedoman Pelayanan Kegawat Daruratan (2008), bila telah terklasifikasikan, pasien secepatnya diperiksa dan mendapatkan asuhan. Pasien tersebut segera mendapatkan pemeriksaan sebelum pasien lain, mendapatkan pelayanan diagnostik, dan pengobatan sesuai kebutuhan. Proses triase termasuk kriteria berdasar kejadian alamiah. Rumah sakit mendidik petugas menentukan pasien yang membutuhkan asuhan segera dan dengan tepat memberikan prioritas asuhan.

Keberhasilan pelayanan instalasi gawat darurat digambarkan pada keberhasilan pelayanan di triase. Semua pasien yang masuk ke instalasi gawat darurat harus melalui triase, karena triase sangat penting untuk penilaian kegawatan pasien dan memberikan pertolongan atau pengobatan sesuai dengan derajat kegawat-daruratan yang dihadapi (Depkes, 2005). Uji & Sukraeny tahun 2015 pada penelitiannya di salah satu rumah sakit swasta Semarang menyebutkan bahwa berdasarkan observasi dan penilaian dokumentasi triase pada file pasien ketepatan penilaian triage pada bulan Januari 2015 94,24% dan Februari 2015 95,95%. Namun pelaksanaan triase belum sepenuhnya dilakukan di ruang triase yang telah disediakan karena masih ditemukan perawat tidak selalu

berada di ruang triase dan adanya faktor pasien yang tidak mau dilakukan triase. Lebih lanjut Pitang (2015), menyebutkan bahwa berdasarkan observasi pada bulan Januari 2015 dari 100 pasien hanya 40% pasien yang dilakukan triase di ruang triase sesuai dengan alur pasien. Hal ini disebabkan tingginya kunjungan kasus *false emergency* di rumah sakit ini dapat beresiko terjadinya keterlambatan penanganan atau penanganan menjadi tidak sesuai dengan prioritas kegawatan pasien.

Dalam penelitian Nurhanifah (2015) menyebutkan bahwa motivasi yang mempengaruhi perawat khususnya melaksanakan triase di instalasi gawat darurat antara lain adalah pendidikan, beban kerja, masa kerja, umur, jenis kelamin, dan pelatihan. Keterampilan dan kompetensi kerja perawat melalui pendidikan, pelatihan dan masa kerja yang lama ternyata menurut Pitang et al, (2015) dapat meningkatkan tingginya kinerja perawat. Hal ini didukung oleh penelitian Fathoni (2013) yang menyatakan terdapat korelasi positif antara keterampilan dengan pengetahuan, pelatihan dan pengalaman kerja.

Pelaksanaan triase di Instalasi Gawat Darurat dilaksanakan oleh perawat terlatih. Hal ini sesuai standar Departemen Kesehatan RI (2005), bahwa pelaksana triase adalah perawat bersertifikat

PPGD (Penanggulangan Pasien Gawat Darurat) atau BTCLS (*Basic Trauma Cardiac life support*). Selain itu perawat triase harus mempunyaipengalaman dan pengetahuan memadai karena harus trampil, cepat dan tepat.

Penelitian yang dilakukan Trisniati et al, (2012) di salah satu rumah sakit di Tangerang menjelaskan bahwa adanya peran perawat yang bermutu akan meningkatkan pelayanan pasien di instalasi gawat darurat. Selanjutnya ditambahkan juga, bahwa kemampuan dan ketrampilan kerja seseorang bisa diperoleh dengan pelatihan, pendidikan dan lamanya masa kerja. Makin lama waktu digunakan seseorang mendapatkan pelatihan dan pendidikan makin tinggi kompetensi dan kemampuan dalam bekerja, sehingga tingkat kinerja makin tinggi.

Dalam kategori masa kerja perawat IGD dikatagorikan pada >5 tahun dengan persentase jumlah perawat sebesar 60% dan 3-5 tahun sebesar 40%. Seluruh perawat di IGD RSUD dr.T.C.Hillers Maumere sudah mengikuti pelatihan PPGD dengan persentase 90% dan yang mengikuti PPGD dan BCLS sebesar 10%. Pelaksanaan triase instalasi gawat daruratRSUD dr.T.C.Hillers Maumere membutuhkan keterampilan keperawatan yang tidak dimiliki perawat instalasi lain. Hal ini dikarenakan penanganan cepat dan

tepat sangat memerlukan perawat berpengalaman dan berkompeten (Pitang et al, 2015). Selanjutnya dalam penelitian yang sama disampaikan juga bahwa pelaksanaan triase dapat terlaksanakan dengan baik, ternyata dilakukan triase oleh perawat dengan masa kerja > 5 tahun adalah 60% dan hanya 40% dengan masa kerjanya < 5 tahun.

Profesi tenaga kesehatan menurut pendidikan yang dimiliki adalah dokter dan perawat. Menurut Pitang (2015), pendidikan termasuk kriteria inklusi yang dapat mempengaruhi sistem trase.

Situasi kompleks dan banyak tekanan membutuhkan kematangan profesional untuk mentoleransi stress yang terjadi dalam menentukan keputusan dalam kondisi mendadak pasien dan mensikapi keluarga pasien (Elliot et al, 2007). Melihat kondisi tersebut memang tidak mudah bagi perawat untuk melaksanakan *triage*.

Pengetahuan tenaga kesehatan tentang triase di instalasi gawat darurat RSUD Wates hasil penelitian oleh Martanti et al, (2015) menyebutkan bahwa sebagian besar masuk dalam kategori baik yaitu sebesar 70%. Selanjutnya ditambahkan ternyata umur berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan tenaga kesehatan.

Pelaksanaan triase instalasi gawat darurat sebagai upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk menjaga keselamatan pasien, sebagai wujud penerapan Standar prosedur operasional (SPO). Menurut Pusdiknakes, tahun 2004, setiap kegiatan harus tertuang dalam standar prosedur operasional, yaitu suatu perangkat instruksi yang dilakukan petugas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan tertentu yang bertujuan mengarahkan kegiatan agar efektif dan efisien.

4. Penerapan Triase

Masyarakat atau pasien melihat pelayanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali (Pohan, 2003).

Faktor yang mempengaruhi motivasi perawat dalam bekerja khususnya melaksanakan triase di instalasi gawat darurat diantaranya adalah beban kerja, umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dan pelatihan (Nurhanifah, 2015).

Penelitian yang dilakukan Trisniati et al, (2012) di salah satu rumah sakit di Tangerang menjelaskan bahwa adanya peran perawat yang bermutu akan meningkatkan pelayanan pasien di instalasi gawat darurat. Selanjutnya ditambahkan juga, bahwa kemampuan dan ketrampilan kerja seseorang bisa diperoleh dengan pelatihan, pendidikan dan lamanya masa kerja. Makin lama waktu digunakan seseorang mendapatkan pelatihan dan pendidikan makin tinggi kompetensi dan kemampuan dalam bekerja, sehingga tingkat kinerja makin tinggi.

Dalam penelitian Nurhanifah (2015) menyebutkan bahwa motivasi yang mempengaruhi perawat khususnya melaksanakan triase di instalasi gawat darurat antara lain adalah pendidikan, beban kerja, masa kerja, umur, jenis kelamin, dan pelatihan. Ketrampilan dan kompetensi kerja perawat melalui pendidikan, pelatihan dan masa kerja yang lama ternyata menurut Pitang et al, (2015) dapat meningkatkan tingginya kinerja perawat. Hal ini didukung oleh penelitian Fathoni (2013) yang menyatakan terdapat korelasi positif antara keterampilan dengan pengetahuan, pelatihan dan pengalaman kerja.

Pelaksanaan triase instalasi gawat darurat sebagai upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk menjaga kualitas

keselamatan pasien, sebagai wujud penerapan Standar prosedur operasional (SPO). Menurut Pusdiknakes, 2004, setiap kegiatan harus tertuang dalam standar prosedur operasional, yaitu suatu perangkat instruksi yang dilakukan petugas kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan tertentu yang bertujuan mengarahkan kegiatan agar efektif dan efisien.

Seorang petugas kesehatan IGD harus mampu bekerja di IGD dalam menanggulangi semua kasus gawat darurat, maka dari itu dengan adanya pelatihan kegawatdaruratan diharapkan setiap petugas kesehatan IGD selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan. Petugas kesehatan IGD sedapat mungkin berupaya menyelamatkan pasien sebanyak-banyaknya dalam waktu sesingkat-singkatnya bila ada kondisi pasien gawat darurat yang datang berobat ke IGD. Pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan IGD sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilahan saat *triage* sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Oman, 2008).

Triase di IGD Rumah Sakit Eka Hospital dapat dilakukan oleh dokter umum dan tenaga keperawatan (Pelayanan Medis Eka Hospital, 2012). Sebagaimana Instalasi Gawat Darurat di Rumah

Sakit Eka Hospital instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Temanggung triase juga dilakukan oleh dokter umum dan perawat.

5. Kepatuhan Tenaga Kesehatan

Kepatuhan terhadap kewaspadaan mengandung arti bahwa seseorang tenaga kesehatan memiliki kesadaran untuk:

(1) memahami dan menggunakan peraturan kesehatan yang berlaku; (2) mempertahankan tertib terhadap pelayanan kesehatan; dan (3) menegakan kepastian kewaspadaan standar. Adapun ciri-ciri seseorang berperilaku sesuai dengan aturan kepatuhan yang berlaku dapat dilihat dari perilaku yang diperbuatnya:(1) disenangi masyarakat pada umumnya; (2) tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri dan orang lain; (3) tidak menyinggung perasaan orang lain;(4) mencerminkan sikap sadar dan patuh;dan (5) mencerminkan kepatuhan terhadap standar kesehatan. Perilaku patuh mencerminkan sikap patuh terhadap standar kewaspadaan yang harus ditampilkan dalam kehidupan sehari-hari baik lingkungan keluarga, masyarakat, terutama pada lingkungan pelayanan kesehatan bangsa (Kemenkes RI, 2011).Menurut Kaur *et al* (2008) kepatuhan dari petugas kesehatan berhubungan dengan pengetahuan

yang dimiliki. Pengetahuan inilah kemudian akan diturunkan dalam bentuk sikap atau perilaku dalam melayani pasien.

Notoadmodjo (2003) merumuskan perilaku dipengaruhi oleh dua factor pokok, yakni *behavior causes* dan *non behavior causes*. Kemudian perilaku itu sendiri ditentukan oleh tiga faktor, yaitu: (a) faktor predisposisi (*predisposing factor*) meliputi pengetahuan, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai dan lain-lain; (b) faktor pendorong (*reforcing factor*) meliputi sikap perilaku petugas kesehatan; dan (c) faktor pendukung (*enabling factor*) meliputi lingkungan fisik yang tersedia atau setidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan. Selanjutnya Notoadmodjo (2003) juga menambahkan bahwa analisa perilaku kesehatan yang bertitik tolak pada perilaku itu merupakan fungsi dari ; (a) ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan (*acessebility of information*); (b) niat seseorang untuk bertindak (*behavior intention*); (c) dukungan sosial (*social support*); (d) otonom pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan (*personal autonomy*); dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Menurut Fisben dan Ajzen (1980), terdapat dua prinsip dasar dalam hal kepatuhan. Hal-hal tersebut yakni keyakinan terhadap

perilaku yang dilakukan dan evaluasi akan akibat perilaku yang dilakukan. Adapun hubungan antara sikap dengan perilaku, yaitu :

a. Aspek keyakinan terhadap perilaku

Keyakinan terhadap perilaku merupakan keyakinan individu bahwa menampilkan atau tidak menampilkan perilaku tertentu akan menghasilkan akibat. Aspek ini merupakan aspek pengetahuan individu tentang obyek sikap. Pengetahuan individu tentang objek sikap dapat pula berupa opini individu tentang hal yang belum tentu sesuai kenyataan. Semakin positif keyakinan individu akan akibat dari suatu objek sikap, maka akan semakin positif pula sikap individu terhadap objek sikap tersebut, demikian pula sebaliknya.

b. Aspek evaluasi akan akibat perilaku

Evaluasi akan akibat perilaku merupakan penilaian yang diberikan individu terhadap tiap akibat atau hasil yang dapat diperoleh apabila menampilkan atau tidak menampilkan perilaku tertentu. Evaluasi atau penilaian ini dapat bersifat menguntungkan dapat juga merugikan, berharga atau tidak berharga, menyenangkan atau tidak menyenangkan. Semakin positif evaluasi individu akan akibat suatu obyek sikap, maka akan semakin positif pula sikap terhadap objek tersebut,

demikian pula sebaliknya. Pada tahap ini individu juga memperhitungkan pendapat orang lain atas apa yang dilakukan. Semakin baik penilaian orang terhadap perilaku yang dilakukan, akan meningkatkan keyakinan bahwa yang dilakukan adalah benar.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan tenaga kesehatan menurut Widyaningtyas (2010) adalah faktor tenaga, faktor lingkungan dan organisasi. Faktor tenaga diantaranya urusan tugas, tingkat pendidikan dan pengalaman kerja. Faktor lingkungan diantaranya tipe dan lokasi rumah sakit, fasilitas dan jenis pelayanan, kelengkapan peralatan medis, pelayanan penunjang dan macam kegiatan yang dilaksanakan seperti penyuluhan dan kunjungan rumah. Faktor organisasi diantaranya mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan.

6. Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Penerapan Triase

Dalam penelitian ini Kepatuhan tenaga kesehatan dalam penerapan triase adalah sikap yang merupakan manifestasi pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi sebagai tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan yang berada di instalasi gawat darurat sepenuhnya melakukan pelayanan pasien sesuai

dengan standar operasional pelaksanaan sistem triase yang diberlakukan instalasi gawat darurat di rumah sakit umum daerah Temanggung.

7. Ketepatan Penanganan pasien

Rumah sakit khususnya IGD mempunyai tujuan agar tercapai pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien secara cepat dan tepat serta terpadu dalam penanganan tingkat kegawatdaruratan sehingga mampu mencegah resiko kecacatan dan kematian (to save life and limb) dengan respon time selama 5 menit dan waktu definitif ≤ 2 jam (Basoeki et al, 2008).

8. Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah suatu tempat / unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir (Kementrian Kesehatan RI, 2004).

Undang undang Republik Indonesia no 40 tahun 2009 pasal 1 tentang Rumah Sakit bahwa setiap rumah sakit wajib memiliki instalasi gawat darurat yang melayani tindakan medis dengan segera. Menurut Undang-undang Republik Indonesia

Nomor 44 tahun 2009, gawat darurat atau *emergency* merupakan sebuah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis dengan segera. Selanjutnya *Emergency* menurut Dorland (2012) adalah kejadian yang tidak terduga atau terjadi secara tiba-tiba dan bisa merupakan tindakan yang berbahaya.

Instalasi gawat darurat merupakan unit pelayanan pertama untuk pasien dengan ancaman kematian, kecacatan dengan berbagai multi disiplin (DepKes RI, 2005).

Dalam pedoman penyelenggaraan pelayanan rumah sakit yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2008 menjelaskan bahwa rumah sakit berkewajiban menyelenggarakan layanan gawat darurat terus menerus selama 24 jam terus menerus. Fasilitas yang ada di instalasi gawat darurat menjamin efektifitas dan efisiensi pelayanan gawat darurat dalam waktu 24 jam dan dalam seminggu secara terus menerus.

Menurut Direktur Jenderal Pelayanan Medik (2008), bahwa instalasi gawat darurat berperan mencegah kematian dan kecacatan penderita sehingga tetap hidup dan berfungsi kembali sebagaimana mestinya, kemudian merujuk penderita gawat darurat dengan sistem rujukan penanganan lebih lanjut. Adapun peran lain instalasi gawat darurat adalah ikut menanggulangi

musibah massal dan bencana , mengembangkan dan menyebarluaskan pengetahuan penanggulangan penderita gawat darurat, dan memberi pelayanan kegawat daruratan persalinan. Menurut Kristanti (2009) bahwa terdapat tiga tujuan penanganan kegawatdaruratan, yakni: (1) mencegah kematian dan kecacadan pada korban kegawatdaruratan hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat; (2) merujuk pasien kegawatdaruratan melalui sistem rujukan agar mendapat penanganan yang lebih memadai; (3) penanggulangan korban bencana. Adapun prinsip utama pertolongan korban kegawatdaruratan oleh Junaidi (2011) disebutkan: (1) meminimalkan cedera atau keparahan yang diderita korban; (2) memaksimalkan pertolongan yang diberikan; (3) tindakan pertolongan dan evakuasi hanya boleh dilakukan setelah keadaan korban kegawatdaruratan diketahui secara pasti; (4) dalam keadaan massal dengan banyak korban, prioritas menolong korban ditentukan dari tingkat keparahannya.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008), bahwa setiap instalasi gawat darurat di rumah sakit disesuaikan dengan tipe rumah sakit tersebut. Sebagai contoh instalasi gawat darurat rumahsakit tipe B setara dengan unit pelayanan bintang III harus memiliki tenaga kesehatan yang sesuai

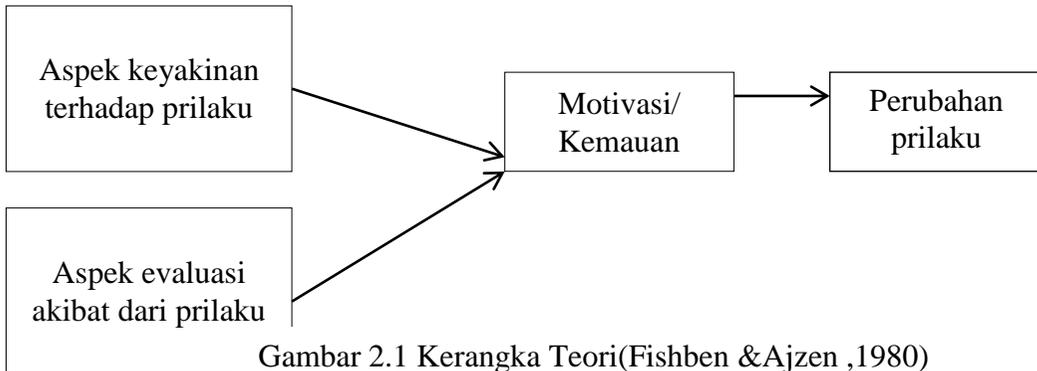
standar. Tenaga kesehatan yang harus ada adalah dokter spesialis bedah, dokter spesialis dalam, dokter spesialis anak dan dokter spesialis kebidanan. Keempat spesialisasi tersebut siap ditempatkan dalam 24 jam, dokter umum siaga ditempatkan 24 jam berkwalifikasi medis untuk pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS, ACLS, mampu melayani resusitasi stabilisasi kasus dengan masalah ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) dan mempunyai transportasi dan komunikasi siap merujuk sewaktu-waktu.

F. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.3 Penelitian Terdahulu

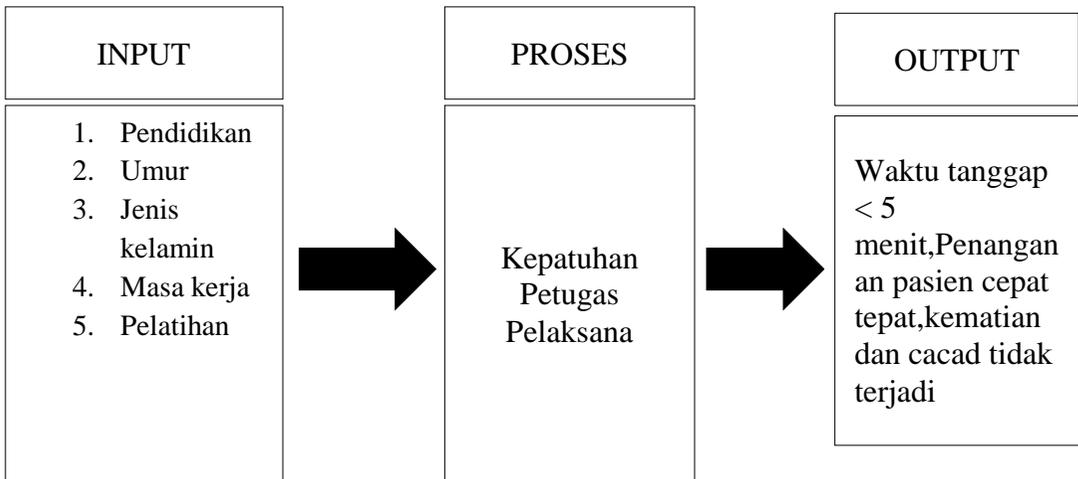
No	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan yang Akan Dilakukan
1	Analisis Peran Perawat Triage terhadap Waiting Time dan Length of Stay pada ruang Triage di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr Saiful Anwar Malang (Vita Maryah Ardiyani, M Titin Andi W, Rini Eko K,2015)	Peran perawat IGD mempengaruhi length of stay pasien berkaitan dengan enerapan triase	Triase diharapkan dilakukan untuk menjamin keberhasilan pelayanan pasien
2	Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Ketrampilan petugas dalam Pelaksanaan Triage di Unit Gawat Darurat RSUD Wates (Renny Martanti, MUhammad Noviyanto, R.Anggoro Joko Prasajo, 2015)	Tingkat pengetahuan ketrampilan petugas dalam pelaksanaan triase di IGD RSUD Wates sebagian masuk kategori baik	Faktor penentu penerapan Triase disamping tingkat pengetahuan juga masa kerja ,umur dan jenis kelamin
3	Hubungan Karakteristik Perawat dengan Pengetahuan tentang Triage Unit Gawat Darurat di Salah Satu Rumah Sakit Swasta di Semarang (Dwilara Setyo Uji, Chanif, Nury Sukreni, 20015)	Terdapat faktor penghambat dalam penerapan triase terkait dengan karakteristik petugas kesehatan	Triase di IGD diterapkan semua petugas kesehatan
4	Pemahaman Perawat dalam Triage di IGD RSI Sakinah Mojokerto (Khairul Ikhsan, 2015)	Keselamatan pasien meningkat dengan pemahaman triase petugas IGD yang makin baik	Triase di IGD diterapkan disamping pemahaman juga masa kerja, umur dan jenis kelamin

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori(Fishben &Ajzen ,1980)

H. Kerangka Konsep



Keterangan :  Ada Kegiatan

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Kepatuhan Penerapan Triase di IGD RSUD

I. Hipotesis

Semua tenaga kesehatan instalasi gawat darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Temanggung patuh dalam melakukan penerapan triase sesuai SOP yang ditetapkan.