

Efektifitas Penulisan Dokumentasi Triase *Emergency Severity Index (ESI)* dengan *Canada Triage Acuity Scale (CTAS)* terhadap Ketepatan Prioritas Triase Pasien oleh Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin

(The Effectiveness of Writing the Emergency Severity Index (ESI) Triage Documentation with Canada Triage Acuity Scale (CTAS) on the Accuracy of Patient Triage Priority by Student of Ners STIKES Cahaya Bangsa in IGD RSUD Ulin Banjarmasin)

Doni Wibowo

Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cahaya Bangsa
Jl. A. Yani No.KM 17, Malintang Baru, Kec. Gambut, Banjar, Kalimantan Selatan 70122

*Korespondensi : ns.doniwibowo@gmail.com

Abstract

Nursing education is the end of the nursing profession education process which will carry out its work as a nurse profession in the health care services. Emergency department (IGD) is one of the main entrances of inpatients, so that patient visits in the ER is quite high, and it cause the overcrowded. It needs a triage system and documentation based on evidence to increase success in the management of patients with emergency conditions. The purpose of this study is to study the effectiveness of the Emergency Severity Index triage discussed with the Canadian Triage Acuity Scale on the accuracy of patient triage priorities. This study use the Quasi Experimental method using the Mann Whitney test. The sampling technique uses accidental sampling with a total of 50 Emergency Severity Index triage documentation samples and 50 Canada Triage Acuity Scale documentation samples. The results showed accuracy in determining the priority of triage in 46 tragedy Emergency Severity Index (92%) and 38 documentation of Canadian Triage Acuity Scale (76%). There is a difference in the accuracy of the triage priorities of patients between the triage documentation of the Emergency Severity Index and the Canada Triage Acuity Scale with a p value of 0.030. It is time for the Emergency Department (IGD) to implement evidence-based triage systems and documentation by adopting or developing scientifically tested triage systems and documentation.

Keywords : Documentation, Triage, Nursing Students

Pendahuluan

Instalasi gawat darurat memiliki peran dalam menyediakan akses cepat bagi pasien dengan kondisi gawat darurat. Triase merupakan suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya, dimana pasien dalam kondisi gawat akan ditempatkan di tempat yang tepat, dan sumber daya yang tepat sehingga manajemen kegawat daruratan, dan kualitas hidup pasien tersebut akan lebih baik. Kunjungan pasien yang tidak terjadwal dan tidak terduga baik pada pasien dengan kebutuhan tindakan *life saving, high risk situation, danger zone vital* maupun *non-urgent*, sehingga dalam kondisi tersebut triase akan memprioritaskan pasien berdasarkan kegawatan klinis pasien dan memastikan bahwa perawatan disediakan secara aman dan tepat waktu (1).

Triase yang tidak tepat dapat menyebabkan keterlambatan pasien dan meningkatkan biaya untuk tindakan pasien di instalasi gawat darurat (1). Keterlambatan terjadi ketika tidak adanya algoritma yang jelas, sehingga pengambilan keputusan dalam menentukan level/prioritas triase pasien hanya berdasarkan indikator pada setiap prioritas triase. Peningkatan biaya pasien terjadi jika ketidak tepatan dalam menentukan prioritas triase pasien sehingga akan terjadi perubahan pada penempatan pasien saat awal kedatangan dengan saat dilakukan tindakan. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas manajemen pasien gawat darurat, dan kualitas hidup pasien. Biaya yang meningkat juga dapat disebabkan karena tindakan yang tidak tepat, atau tindakan yang diulang akibat belum teridentifikasinya masalah pasien secara spesifik.

Sistem triase yang optimal, dan memakai algoritma yang sistematis dapat menurunkan waktu tunggu sampai 50% (2). Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya ketepatan dalam mengkaji dan memprioritaskan pasien berdasarkan kondisi kegawatannya, sehingga dibutuhkan adanya sistem triase yang berbasis bukti, teruji secara ilmiah dan dapat digunakan secara optimal oleh perawat dan dokter di ruang gawat darurat, dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kegawat daruratan.

Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) melaporkan pada tahun 2002 bahwa lebih dari 50% pasien yang mendapat perawatan di Instalasi Gawat Darurat mengalami kematian dan cacat permanen akibat keterlambatan penanganan (2). *Golden periode* sering disebut sebagai waktu yang sangat baik untuk pasien dalam kondisi kegawatan tertentu untuk dilakukan penanganan secara medis, dimana kondisi perburukan terus berlangsung, sehingga waktu adalah bagian yang sangat berarti bagi kualitas hidup pasien dengan penanganan yang cepat dan tepat.

Pedoman dan format dokumentasi triase merupakan dasar dalam pelaksanaan triase yang dapat diaplikasikan di rumah sakit. Sebagian rumah sakit besar di Indonesia sudah masuk pada sebuah paradigma baru bahwa sebelumnya rumah sakit mengadopsi sistem triase klasik yaitu triase bencana yang diaplikasikan di rumah sakit terdiri dari 4 kategori dengan simbol warna merah, kuning, hijau, hitam. Dippenaar & Bruijns mengatakan bahwa sistem triase berbasis bukti di rumah sakit mulai dikembangkan di berbagai negara sesuai dengan kebutuhan masing-masing dan dijadikan pedoman dalam pelaksanaannya (3). Triase di rumah sakit berkembang menggunakan skala prioritas, seperti *Australian Triage System (ATS)*, *Canadian Triage Acuity System (CTAS)*, *Manchester Triage System (MTS)*, *Emergency Severity Index (ESI)*, *South African Triage System (SATS)*, dan *Patient Acuity Category Scale (PATS)*. Selama dekade terakhir, beberapa studi telah menyelidiki ketepatan antara tiga, empat dan lima prioritas triase.

Triase dengan 5 skala prioritas memiliki ketajaman/ketepatan yang tinggi dibanding 4 atau 3 skala prioritas karena dengan 5 skala

prioritas akan menghasilkan data yang lebih spesifik.

Canada Triage and Acuity Scale (CTAS) telah terbukti memiliki keandalan yang baik (4). CTAS dikembangkan pada akhir 1990-an oleh *Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses' Affiliation*. CTAS mengklasifikasikan pasien dalam urutan: level 1, resusitasi; level 2, darurat; level 3, mendesak; level 4, kurang mendesak; dan level 5, tidak mendesak. Pedoman CTAS Merekomendasikan waktu untuk penilaian yang dilakukan oleh perawat dan dokter berdasarkan indikator pada setiap level triase.

Triase CTAS memiliki kelemahan yang akan membuat perawat/dokter triase harus berfikir lebih kritis dan memakan waktu, apalagi jika triase CTAS akan diterapkan di Indonesia dengan jumlah kunjungan pasien ke tempat pelayanan gawat darurat yang tinggi. Kelemahan tersebut seperti; triase CTAS tidak memiliki algoritma yang seharusnya dapat membantu dengan cepat dan tepat dalam mempertimbangkan prioritas triase berdasarkan hasil pengkajian. CTAS hanya memiliki indikator-indikator pada setiap level/prioritas triase berupa keluhan atau keadaan pasien. Kondisi tersebut yang memungkinkan terjadinya kesalahan/ketidak tepatan dalam penentuan prioritas triase pasien (5).

Triase *Emergency Severity Index* merupakan triase yang dikembangkan di Amerika Serikat. Triase ESI juga memiliki 5 level/prioritas keakutan yaitu level 1, resusitasi; level 2, darurat; level 3, mendesak; level 4, kurang mendesak; dan level 5, tidak mendesak. Menurut Kurniasari ada beberapa alasan mengapa triase ESI lebih mudah diterapkan di Indonesia yaitu perawat lebih mudah menilai prioritas/level triase dengan melihat kondisi keparahan pasien, perawat lebih mudah ketika harus memikirkan kebutuhan sumber daya apa saja yang dibutuhkan pasien (6). Sistem triase ESI juga menggunakan skala nyeri 1 – 10 sama dengan yang secara umum digunakan di Indonesia. Tidak adanya Batasan waktu bagi perawat atau dokter untuk melakukan penanganan pada pasien diruang gawat darurat, jadi penanganan tersebut menjadi fleksibel, dapat dilakukan sesegera mungkin dengan mempertimbangkan prioritas triase,

jumlah pasien. Triase ESI memiliki algoritma yang jelas, simpel dan memiliki validitas yang tinggi dalam menentukan prioritas triase pasien.

Faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien (7). Mahasiswa Profesi Ners merupakan mahasiswa yang sedang belajar dan menempuh pendidikan akademik ditingkat profesi dan merupakan lanjutan dari pendidikan sarjana. Proses pembelajaran mahasiswa profesi ners hampir secara keseluruhan dilakukan di lahan praktik baik di rumah sakit, puskesmas, komunitas, panti werdha, sehingga pada tahapan inilah mahasiswa memiliki kesempatan lebih banyak untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan tentang keilmuan khususnya keperawatan gawat darurat seperti pengetahuan tentang triase. Pengetahuan dan keterampilan yang cukup tentang triase, menjadikan mahasiswa lebih siap untuk berinovasi mengimplementasikan ilmunya di dunia kerja, sehingga akan berdampak pada kepuasan keluarga dan kualitas hidup pasien.

Triase modern di Kalimantan Selatan juga sudah mulai diaplikasikan di IGD Rumah Sakit. Hasil diskusi dengan kepala ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin sekaligus sebagai Ketua HIPGABI Kalimantan Selatan bahwa triase modern sudah diaplikasikan sekitar 2 tahun di IGD Rumah Sakit tersebut. Format dokumentasi triase dilakukan evaluasi, dan revisi demi meningkatkan kualitas triase. Data kunjungan pasien di IGD RSUD Ulin Banjarmasin pada tahun 2017 sebanyak 24.941 pasien, tahun 2018 sebanyak 23.294 pasien, dan jumlah kunjungan Januari – Oktober 2019 sebanyak 19.871 pasien. Jumlah kunjungan pasien berdasarkan triase prioritas I sebanyak 120 pasien, prioritas II sebanyak 3.804 pasien, prioritas III sebanyak 168 pasien pada bulan Agustus - September 2018.

RSUD Ulin Banjarmasin merupakan rumah sakit pusat rujukan di Kalimantan Selatan dan sebagian wilayah Kalimantan Tengah, sehingga kunjungan pasien sangat tinggi. Tingginya angka kunjungan di IGD RSUD Ulin Banjarmasin menyebabkan terjadinya *overcrowding* pada waktu tertentu yaitu pada jam dinas siang antara pukul 18.00-21.00 Wita. Kondisi *overcrowding*

karena puncak kunjungan pasien di IGD Rumah Sakit memiliki hubungan dengan ketepatan dalam pelaksanaan triase. Kondisi tersebut sejalan dengan hasil penelitian Nonutu yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jumlah kunjungan pasien dengan ketepatan pelaksanaan triase(8).

Penelitian tentang triase modern perlu dikembangkan dengan membandingkan beberapa teori triase *intra-hospital* untuk melihat keefektifan pengkategorian triase di Indonesia khususnya Kalimantan Selatan (12). Pentingnya sebuah sistem, dan dokumentasi triase terhadap ketepatan dalam menentukan prioritas triase pasien demi peningkatan kualitas pelayanan pasien gawat darurat.

Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan penelitian tentang efektifitas penulisan dokumentasi triase *emergency severity index (ESI)* dengan *canada triage acuity scale (CTAS)* terhadap ketepatan prioritas triase pasien oleh mahasiswa ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.

Perlu adanya sebuah sistem dan dokumentasi triase yang memiliki ketepatan tinggi dalam memutuskan sebuah prioritas triase pasien yang berbasis bukti diantara kedua sistem triase *Emergency Severity Index* atau *Canada Triage Acuity Scale*.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *Quasi Experimental* dengan menggunakan uji *Mann Whitney*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling* dengan jumlah 50 sampel dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dan 50 sampel dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*. Penulisan dokumentasi triase ini dilaksanakan selama 4 minggu oleh mahasiswa Profesi Ners STIKES Cahaya Bangsa dimulai dari tanggal 20 Agustus – 15 September 2018. Data dianalisis dan diolah selama 2 bulan dari tanggal 02 September - 31 Oktober 2019. Instrumen penelitian yang digunakan berupa lembar observasi dari *guideline* triase modern berbasis bukti untuk menilai ketepatan dalam menentukan prioritas triase.

Hasil

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik data berdasarkan prioritas triase pasien pada dokumentasi triase *emergency severity index*.

Kategori	<i>f</i>	%
Prioritas 1	18	36
Prioritas 2	26	52
Prioritas 3	6	12
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 1 menyatakan bahwa sebagian besar prioritas triase pasien masuk dalam kategori prioritas 2 yaitu 52 %.

Tabel 2 Distribusi frekuensi karakteristik data berdasarkan prioritas triase pasien pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*.

Kategori	<i>f</i>	%
Prioritas 1	20	40
Prioritas 2	25	50
Prioritas 3	5	10
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 2 menyatakan bahwa sebagian besar prioritas triase pasien masuk dalam kategori prioritas 2 yaitu 50 %.

Tabel 3 Distribusi frekuensi ketepatan prioritas triase pada dokumentasi triase *emergency severity index*.

Kategori	<i>f</i>	(%)
Tepat	46	92 %
Tidak tepat	4	8 %
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar prioritas triase pada dokumentasi triase *emergency severity index* masuk dalam kategori tepat yaitu sebanyak 46 sampel 92 %.

Tabel 4 Distribusi frekuensi ketepatan prioritas triase pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*.

Kategori	<i>f</i>	(%)
Tepat	38	76 %
Tidak tepat	12	24 %
Total	50	100

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar prioritas triase pada dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale*

masuk dalam kategori tepat yaitu sebanyak 38 sampel 76 %.

Tabel 5 Distribusi frekuensi efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien.

Triase	ESI		CTS		Nilai P
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Tepat	46	92	38	76	0,030
Tidak Tepat	4	8	12	24	
Total	50	100	50	100	

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan adanya perbedaan efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien dengan nilai p value 0,030. Jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih banyak yaitu 92%, dibanding jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* yaitu 76%.

Pembahasan

Efektifitas Penulisan Dokumentasi Triase *Emergency Severity Index* Dengan *Canada Triage Acuity Scale* Terhadap Ketepatan Prioritas Triase Pasien. Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan adanya perbedaan efektifitas penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien dengan nilai p value 0,030. Jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih banyak yaitu 46 (92%), sedangkan jumlah ketepatan prioritas triase pada penulisan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* sebanyak 38 (76%). Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ng CJ yang menyatakan bahwa penulisan dokumentasi *Taiwan Triage System* (TTS) memiliki ketepatan lebih tinggi yaitu 58,7 % dibanding dengan dokumentasi *Canada Triage Acuity Scale* (CTAS) yaitu 27,9%(1).

Perbedaan yang mendasar pada kedua sistem triase ESI dan CTAS yaitu tentang ketersediaan algoritma. ESI memiliki algoritma yang sangat jelas, detail, dan

memiliki validitas tinggi dalam menentukan prioritas triase pasien. ESI juga memiliki standar klasifikasi dalam penggunaan sumber daya. Kebutuhan sumber daya sudah sangat jelas tertulis didalam algoritma bahwa kebutuhan sumber daya diklasifikasikan berdasarkan prioritas/level triase. Jenis – jenis sumber daya yang tertulis dalam sistem triase ESI sudah ditetapkan dan digunakan sesuai kondisi pasien (9).

Algoritma dalam sebuah sistem triase menjadi faktor yang sangat penting terhadap waktu dan ketepatan dalam penentuan prioritas triase, karena dalam kondisi pasien gawat darurat seorang perawat atau dokter harus melakukan triase dan memutuskan prioritas triase pasien dengan cepat dan tepat mengingat pasien harus dilakukan penanganan dengan segera, ditempat dan sumber daya yang tepat sesuai dengan kondisi pasiennya, dengan itu maka manajemen kegawat daruratan pasien akan berjalan dengan baik. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Tsu-Wang & Sen bahwa dengan adanya sistem triase yang optimal dan memakai algoritma yang sistematis dapat menurunkan waktu tunggu sampai 50% (2).

Berbeda dengan CTAS, sistem triase ini hanya terdapat indikator-indikator pada tiap prioritas/level triase, indikator tersebut merupakan kondisi pasien pada setiap prioritas triase (5). Sistem triase CTAS memakan waktu yang sedikit lebih lama bagi perawat atau dokter untuk dapat menentukan prioritas triase pasien berdasarkan kondisinya yang didapat dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik. Perawat atau dokter harus menyamakan data hasil pengkajian pasien dengan indikator pada setiap prioritas triase guna memutuskan prioritas triase pasien.

Kondisi-kondisi tersebut harus menjadi perhatian tentang pentingnya waktu dan ketepatan dalam menentukan prioritas pasien yang akan berdampak terhadap kualitas manajemen pasien. Menurut Ng CJ yang menyatakan bahwa proses triase yang lambat dan ketepatan yang rendah dalam jumlah pasien yang besar dapat membahayakan keselamatan pasien (1).

Hasil penelitian menunjukkan pentingnya sebuah sistem dan dokumentasi triase sehingga berpengaruh pada ketepatan dalam menentukan prioritas triase pasien.

Kecepatan dan ketepatan dalam sebuah pelayanan kegawat daruratan menjadi prinsip utama, tidak mentolerir sedikitpun adanya kesalahan dalam sebuah proses manajemen kegawat daruratan, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Prasetyantoro yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang cukup berarti antara ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan pasien dengan cedera kepala (13).

Pengetahuan juga menjadi dasar dalam proses pelaksanaan triase. Menurut Khairina faktor pengetahuan merupakan faktor dominan dalam mendukung pengambilan keputusan penentuan prioritas triase pasien (7). Perawat triase harus memiliki pengetahuan-pengetahuan dasar yang sangat komprehensif seperti pengetahuan tentang pengkajian, pemeriksaan fisik dan pengetahuan tentang kebutuhan sumber daya pasien sesuai dengan kondisinya, sehingga perawat harus mendapatkan pengetahuan tersebut sejak dalam proses pendidikan yaitu pada tahap profesi ners, sehingga ketika lulus akan menjadi seorang ners yang profesional dan siap untuk bekerja.

Pengalaman bekerja menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas pelayanan yang dalam hal ini dapat ditunjukkan dengan kualitas dalam melakukan pelayanan keperawatan gawat darurat khususnya proses triase. Pengalaman yang cukup akan menjadikan seorang perawat lebih percaya diri, memiliki wawasan yang luas, kecepatan dan ketepatan dalam menghasilkan sebuah keputusan. Menurut Wibowo semakin lama bekerja, seorang perawat triase akan mendapatkan banyak pengetahuan dan kemampuannya dalam melakukan pengkajian, menganalisis masalah pasien berdasarkan patofisiologi, menganalisis kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan kondisi pasien sehingga hal tersebut akan berdampak pada ketepatan penulisan dokumentasi triase (12). Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian Fujino pada 1.395 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Umum di Jepang bahwa semakin lama bekerja maka kinerja perawat menjadi semakin baik (10).

Kesimpulan

Penulisan dokumentasi triase *Emergency Severity Index* lebih efektif terhadap ketepatan prioritas triase pasien

dibanding dengan *Canada Triage Acuity Scale* dengan nilai p value 0,030. Penelitian ini hanya untuk melihat efektifitas dari dokumentasi triase *Emergency Severity Index* dengan *Canada Triage Acuity Scale* terhadap ketepatan prioritas triase pasien, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang efektifitas dokumentasi triase *Emergency Severity Index* maupun *Canada Triage Acuity Scale* terhadap keberhasilan manajemen pasien gawat darurat.

Daftar Pustaka

1. Ng CJ, Hsu KH, Kuan JT, Chiu TF, Chen WK, Lin HJ, et al. Comparison between Canadian Triage and Acuity Scale and Taiwan Triage System in emergency departments. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2010;109(11):828–37. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60128-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60128-3)
2. Wang ST. Construct an optimal triage prediction model: A case study of the emergency department of a teaching hospital in Taiwan. *J Med Syst*. 2013;37(5).
3. Dippenaar E, Bruijns S. Triage is easy, said no triage nurse ever. Vol. 29, *International Emergency Nursing*. 2016. p. 1–2.
4. Foley A. Triage Process and Department Practice are Different. *J Emerg Nurs*. 2017;43(2):185–6.
5. Nwg C. THE CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE Combined Adult/Paediatric Educational Program PARTICIPANT'S MANUAL Triage Training Resources. 2007;(January 2007). Available from: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
6. Kurniasari R. Hubungan Antara Level Emergency Severity Index (ESI) dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras. *J Adm Kesehatan Indonesia*. 2016;4(2):97.
7. Khairina I, Malini H, Huriani E. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Perawat Dalam Ketepatan Triase Di Kota Padang, Indonesia *J Heal Sci*. 2018;2(1):1–6.
8. Nonutu P.T, Mulyadi, Malara R, Hubungan Jumlah Kunjungan Pasien dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase di Instalasi Gawat Darurat RSUP PROF. DR. R.D. Kandou Manado. *J KEPERAWATAN*. 2015;3(2).
9. Gilboy N, Tanabe P, Travers D. A Triage Tool for Emergency Department Care. *Agency Healthc Res Qual* [Internet]. 2012;31(2):93–7. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
10. Fujino Y, Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(6):876–81.
11. Sumarno M.S, Ismanto A.Y, Bataha Y. Hubungan Ketepatan Pelaksanaan Triase Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado. *J Keperawatan*. 2017;5(1).
12. Wibowo D, Gambaran Ketepatan Penulisan Dokumentasi Triage Emergency Severity Index (Esi) oleh Mahasiswa Ners STIKES Cahaya Bangsa di IGD RSUD Ulin Banjarmasin. 2019
13. Prasetyantoro I. *Hubungan Ketepatan Penilaian Triase dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala di IGD RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. 2013