

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang teori-teori yang mendasari penelitian, yaitu: 1) Ketepatan triase, 2) Kepuasan Pasien, 3) Hubungan Ketepatan Triase dengan Kepuasan Pasien, 4) Kerangka Teori, 5) Kerangka Konseptual, dan 6) Hipotesis Penelitian

2.1 Konsep Dasar Triase

2.1.1 Pengertian

Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terap dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) (Musliha, 2017).

Menurut (Carpenito, 2017), *triase* adalah proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan prioritas perawatan gawat darurat medik. Artinya memilih berdasar prioritas atau penyebab ancaman hidup.

Triase merupakan suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan pada *airway, breathing, dan circulation* dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. Perawat triase harus menjalankan triase secara simultan, cepat, dan langsung sesuai keluhan pasien, menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis, memberikan dukungan emosional pada keluarga. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat

waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar (Kartikawati, 2011).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa triase adalah cara untuk memilah prioritas pelayanan pasien IGD di.

2.1.2 Tujuan Triase

Tujuan triase menurut Kartikawati (2011) antara lain:

1. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa
2. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya
3. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pengkajian yang tepat dan akurat
4. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Triase

Menurut Musliha (2017), jenis keadaan triase dapat terjadi:

1. Jumlah penderita dan beratnya perlakuan tidak melampaui kemampuan perawat IGD, dalam keadaan ini penderita dengan masalah gawat darurat dan multitrauma akan dilayani terlebih dahulu
2. Jumlah penderita dan beratnya perlakuan melampaui kemampuan perawat IGD. Dalam keadaan ini akan dilayani terlebih dahulu adalah penderita dengan kemungkinan survival yang terbesar dan membutuhkan waktu, perlengkapan, tenaga paling sedikit.

2.1.4 Prinsip Triase

Menurut (Kartikawati, 2011), prinsip triase antara lain:

1. Triase harus dilaksanakan sesegera mungkin

2. Kemampuan untuk menilai dan merespons dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat
3. Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat
4. Keakuratan dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian
5. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian
6. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang akurat dan adekuat
7. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan pasien
8. Tanggung jawab yang paling utama dari proses triase yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan ketepatan pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostik
9. Tercapainya kepuasan pasien
10. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar.

2.1.5 Keterampilan Penilaian Triase:

Menurut Oman (2008) dalam (Nathan & Scobell, 2018) penilaian triase terdiri dari :

- a. *Primary survey* prioritas (ABC) untuk menghasilkan prioritas I dan seterusnya

- b. *Secondary survey* pemeriksaan menyeluruh (*Head to Toe*) untuk menghasilkan prioritas I, II, III, 0 dan selanjutnya.
- c. Monitoring korban akan kemungkinan terjadinya perubahan perubahan pada (A,B,C) derajat kesadaran dan tanda vital lainnya. Perubahan prioritas karena perubahan kondisi korban. Penanganan pasien UGD perawat dalam pelaksanaan triase harus sesuai dengan protap pelayanan triase agar dalam penanganan pasien tidak terlalu lama

2.1.6 Prioritas Triase

Menurut Carpenito (2017), prioritas triase dibagi menjadi:

1. Prioritas I (Prioritas tertinggi) warna merah untuk berat dan biru untuk sangat berat. Mengancam jiwa atau fungsi vital, perlu resusitasi dan tindakan bedah segera, mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penanganan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorax, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combutio (luka bakar) tingkat II dan III > 25%.
2. Prioritas II (medium) warna kuning. Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. Contoh: patah tulang besar, combutio (luka bakar) tingkat II dan III < 25 %, trauma thorax/abdomen, laserasi luas, trauma bola mata.

3. Prioritas III (rendah) warna hijau. Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan.
4. Prioritas 0 warna Hitam. Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala berat.

2.1.7 Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Metode START dikembangkan untuk penolong pertama yang bertugas memilah pasien pada korban musibah massal/bencana dengan waktu 30 detik atau kurang berdasarkan tiga pemeriksaan primer seperti berikut:

1. Respirasi
2. Perfusi (mengecek nadi radiasi)
3. Status mental

Hal yang penting untuk diperhatikan adalah tidak melakukan tindakan terapi pada korban yang akan dilakukan triase. Tugas utama penolong triase adalah untuk memeriksa pasien secepat mungkin dan memilah atau memprioritaskan pasien berdasarkan berat ringannya cedera. penolong tidak boleh berhenti saat melakukan pengkajian kecuali untuk mengamankan jalan nafas dan menghentikan perdarahan yang terjadi. Selain melakukan triase (pemilahan korban), penolong lain akan melakukan *follow up* dan perawatan jika diperlukan di lokasi (Kartikawati, 2011).

2.1.8 Protap Dalam Pelaksanaan Triase

Protap Pelaksanaan Triase di IGD:

1. Pasien datang diterima perawat IGD / paramedis UGD.
2. Diruang triase dilakukan anamnese dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya. Oleh perawat.
3. Bila jumlah penderita/korban yang ada lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD).
4. Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna.

Menurut Kartikawati (2011) kode warna berdasarkan kegawatan pasien pre hospital adalah sebagai berikut:

- a. Korban Kritis/Immediate (merah)/kegawatan yang mengancam nyawa (prioritas1).

Untuk mendeskripsikan pasien dengan luka parah diperlukan transportasi segera ke rumah sakit. Kriteria pada pengkajian adalah sebagai berikut:

- 1) Respirasi > 30x/menit
 - 2) Tidak ada nadi radialis
 - 3) Tidak sadar/penurunan kesadaran
- b. *Delayed*/tertunda/(kuning)/kegawatan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2).

Untuk mendeskripsikan cedera yang tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu pada periode tertentu untuk penatalaksanaan dan transportasi. Kriteria pada pengkajian adalah sebagai berikut:

- 1) Respirasi < 30x/menit
 - 2) Nadi teraba
 - 3) Status mental normal
- c. Korban terluka yang masih dapat berjalan diberi label hijau/tidak terdapat kegawatan/penanganan dapat ditunda (prioritas 3). Penolong pertama di tempat kejadian akan memberikan instruksi verbal untuk pergi ke lokasi yang aman
- d. Meninggal diberi label hitam, tidak memerlukan penanganan
4. Penderita/korban mendapatkan ketepatan pelayanan dengan urutan warna : merah, kuning, hijau, hitam.
- a. Penderita/korban kategori *triase* merah dapat langsung diberikan pengobatan di ruang tindakan UGD, resusitasi dan stabilisasi. Tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/korban dapat dipindahkan ke ruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain.
 - b. Penderita dengan kategori *triase* kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori *triase* merah selesai ditangani.

- c. Penderita dengan kategori *triase* hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka penderita/korban dapat diperbolehkan untuk pulang.
- d. Penderita kategori *triase* hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah (Moss & Rowles, 2017).

2.1.9 Prosedur Pelaksanaan Triase

Proses *triase* mengikuti langkah-langkah proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Ketika komunikasi dilakukan, perawat melihat keadaan pasien secara umum. Perawat mendengarkan apa yang dikatakan pasien, dan mewaspada isyarat oral. Riwayat penyakit yang diberikan oleh pasien sebagai informasi subjektif. Tujuan informasi dapat dikumpulkan dengan mendengarkan nafas pasien, kejelasan berbicara, dan kesesuaian wacana. Temuan seperti mengi, takipnea, batuk produktif (kering), bicara cadel, kebingungan, dan disorientasi adalah contoh data objektif yang dapat langsung dinilai. Informasi tambahan lain dapat diperoleh dengan pengamatan langsung oleh pasien. Lakukan pengukuran objektif seperti suhu, tekanan darah, berat badan, gula darah, dan sirkulasi darah. Aturan praktis yang baik untuk diingat adalah bahwa perawatan apapun dapat dilakukan dengan mata, tangan, atau hidung dengan arahan yang cukup dari perawat.

Pada survei primer, hal yang perlu dikaji adalah :

a. *Dangers*

Kaji kesan umum : observasi keadaan umum klien

- 1) Bagaimana kondisi saat itu
- 2) Kemungkinan apa saja yang akan terjadi
- 3) Bagaimana mengatasinya
- 4) Pastikan penolong selamat dari bahaya
- 5) Hindarkan bahaya susulan menimpa orang-orang disekitar
- 6) Segera pindahkan korban jangan lupa pakai alat pelindung diri

b. *Respons*

Kaji respon / kesadaran dengan metode AVPU, meliputi :

- 1) *Alert (A)* : berespon terhadap lingkungan sekitar/sadar terhadap kejadian yang dialaminya
- 2) *Verbal (V)* : berespon terhadap pertanyaan perawat
- 3) *Painfull (P)* : berespon terhadap rangsangan nyeri
- 4) *Unrespon (U)* : tidak berespon terhadap stimulus verbal dan nyeri

Cara pengkajian :

- a) Observasi kondisi klien saat datang
- b) Tanyakan nama klien
- c) Lakukan penepukan pundak / penekanan daerah sternum
- d) Lakukan rangsang nyeri misalnya dengan mencubit

c. *Airway* (Jalan Napas)

- 1) Lihat, dengar, raba (*Look, Listen, Feel*)
- 2) Buka jalan nafas, yakinkan adekuat
- 3) Bebaskan jalan nafas dengan proteksi tulang cervical dengan menggunakan teknik *Head Tilt/Chin Lift/Jaw Thrust*, hati-hati pada korban trauma
- 4) *Cross finger* untuk mendeteksi sumbatan pada daerah mulut
- 5) *Finger sweep* untuk membersihkan sumbatan di daerah mulut
- 6) *Suctioning* bila perlu

d. *Breathing* (Pernapasan)

Lihat, dengar, rasakan udara yang keluar dari hidung/mulut, apakah ada pertukaran hawa panas yang adekuat, frekuensi nafas, kualitas nafas, keteraturan nafas atau tidak

e. *Circulation* (Perdarahan)

- 1) Lihat adanya perdarahan eksterna/interna
- 2) Hentikan perdarahan eksterna dengan *Rest, Ice, Compress Elevation* (istirahatkan lokasi luka, kompres es, tekan/bebat, tinggikan)
- 3) Perhatikan tanda-tanda syok/ gangguan sirkulasi : *capillary refill time*, nadi, sianosis, pulsus arteri distal

2. Diagnosa

Dalam *triase* diagnosa dinyatakan sebagai ukuran yang mendesak. Apakah masalah termasuk ke dalam kondisi *Emergency* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan). Urgen (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan) atau *non-urgan*. Diagnosa juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan, dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien untuk mencari perawatan

3. Perencanaan

Dalam *triase* rencana harus bersifat kolaboratif. Perawat harus dengan seksama menyelidiki keadaan yang berlaku dengan pasien, mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang penting, dan mengembangkan rencana perawatan yang diterima pasien. Hal ini sering membutuhkan proses negosiasi, didukung dengan pendidikan pasien. Adalah tugas perawat untuk bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan kemungkinan pasien dapat mengikuti. Kolaborasi juga mungkin perlu dengan anggota tim kesehatan lain juga.

4. Intervensi

Dalam analisis akhir, bisa memungkinkan bahwa perawat tidak dapat melakukan apa-apa untuk pasien. Oleh karena itu harus ada pendukung lain yang tersedia, misalnya dokter untuk menentukan tindakan yang diinginkan. Untuk itu, perawat *triase* harus mengidentifikasi sumber daya untuk mengangkut pasien dengan tepat.

Oleh karena itu perawat *triase* juga memiliki peran penting dalam kesinambungan perawatan pasien. Protokol *triase* atau protap tindakan juga dapat dipilih dalam pelaksanaan *triase*

5. Evaluasi

Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi. Dalam konteks organisasi keperawatan, evaluasi adalah ukuran dari apakah tindakan yang diambil tersebut efektif atau tidak. Jika pasien tidak membaik, perawat memiliki tanggung jawab untuk menilai kembali pasien, mengkonfirmasi diagnosa urgen, merevisi rencana perawatan jika diperlukan, merencanakan, dan kemudian mengevaluasi kembali. Pertemuan ini bukan yang terakhir, sampai perawat memiliki keyakinan bahwa pasien akan kembali atau mencari perawatan yang tepat jika kondisi mereka memburuk atau gagal untuk meningkatkan seperti yang diharapkan. Sebagai catatan akhir, adalah penting bahwa perawat *triase* harus bertindak hati-hati, Jika ada keraguan tentang penilaian yang sudah dibuat, kolaborasi dengan medis, perlu diingat perawat *triase* harus selalu bersandar pada arah keselamatan pasien (Anwar, 2012).

2.1.10 Syarat Tingkat Kedaruratan Triase

System tingkat kedaruratan ditinjau berdasarkan banyak hal, tetapi yang terpenting adalah dua hal yaitu validasi dan reliabilitas. Validasi ialah tingkat akurasi system kedaruratan. Apakah *triase* yang dilakukan sudah sesuai dengan standar, apakah tingkatan *triase* yang berbeda juga

membedakan tingkat kedaruratannya. Sementara itu, reliabilitas ialah mengacu pada derajat konsistensi. Apakah perawat triase yang berbeda yang menangani pasien yang sama menentukan tingkat kedaruratanyang sama pula. Hal penting lainnya ialah kriteria setiap tingkatan triase haruslah konsisten. System tingkat kedaruratan triase mempunyai arti yang penting Karena triase merupakan suatu proses mengomunikasikan kondisi kegawatdaruratan pasien didalam UGD, jika data hasil pengkajian triase dikumpulkan secara akurat dan konsisten, maka suatu UGD dapat menggunakan keterangan tersebut untuk menilai dan menganalisis, serta menentukan suatu kebijakan, seperti berapa lama pasien di rawat di UGD, berapa lama pasien harus dirawat di rumah sakit jika pasien diharuskan untuk rawat inap, dan sebagainya (Kartikawati, 2011).

2.1.11 Kategori Triase

a. Triase dua tingkat

Dalam system triase dua tingkat, pasien di kategorikansakit atau tidak sakit. Pasien yang masih membutuhkan perawatan darurat dengan kondisi yang membahayakan nyawa, tubuh, atau organ. Sementara itu, pasien yang tidak sakit ialah pasien yang tidak menunjukkan tanda-tanda serius, bisa menunggu jika perawatan sedikit tertunda.

b. Triase tiga tingkat

System triase tiga tingkat ini banyak digunakan di Amerika serikat. Pengategorian dapat ditentukan berdasarkan warna (merah,

kuning, hijau) atau pemberian nomor (kategori 1, 2, 3), tetapi pada dasarnya kategori tersebut merujuk pada kondisi di bawah ini.

a. Gawat darurat

Pasien membutuhkan tindakan yang cepat. Keluhan utama adalah berdasarkan pada ancaman serius terhadap nyawa, tubuh, atau organ, misalnya : serangan jantung, trauma berat, gagal napas. Respon pasien harus diperhatikan dan perlu dilakukan observasi secara terus menerus.

b. Darurat

Pasien membutuhkan tindakan segera, tetapi pasien masih memungkinkan menunggu beberapa jam jika mampu. Misalnya : nyeri abdomen, fraktur, dan batu ginjal. Disarankan untuk melakukan observasi setiap 30 menit.

c. Biasa

Setelah pasien dilakukan pengkajian, karena kondisi pasien tidak kritis, maka pasien dapat menunggu. Biasanya pasien berada di ruang *ambulatory care*, misalnya : konjungtivitis, gangguan tenggorokan, kulit, dan sebagainya. Dilakukan observasi setiap 1 jam sampai 2 jam.

c. Triase empat tingkat

Penggunaan system triase empat tingkat ini dilakukan dengan menambahkan status *life threatening* (ancaman nyawa) selain status gawat darurat, darurat, dan biasa.

d. Triase lima tingkat

Berdasarkan kebijakan yang telah disepakati antara *American college of emergency physicians (ACEP)* dan ENA pada tahun 2003, maka di amerika serikat telah diberlakukan secara nasional penggunaan system triase lima tingkat. ACEP dan ENA meyakini bahwa kualitas pelayanan pasien Akan bertambah dengan menerapkan skala triase terstandar dan proses kategori akuitas. Saat ini, skala triase lima tingkat banyak digunakan di seluruh UGD rumah sakit di amerika serikat. Pada skala ini ada penambahan level yaitu tingkat 1 yang berarti gawat darurat tertinggi dan tingkat 5 untuk pasien dengan kondisi yang paling ringan.

e. Skala triase Australia

Skala triase Australia ini banyak digunakan di UGD rumah sakit di Australia. Penghitungan waktu dimulai sejak pasien pertama kali tiba di UGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan triase. Selain itu, proses triase meliputi pemeriksaan kondisi kegawatan pasien secara menyeluruh.

f. Skala triase kanada

Sekelompok dokter dan perawat di kanada mengembangkan skala akuitas dan triase lima tingkat. Setiap tingkat triase mewakili beberapa keluhan dari pasien. Pada triase tingkat 1, contoh kasusnya : serangan jantung, trauma berat, gagal napas akut, dan lain-lain.

Sementara itu, triase tingkat 5, contohnya pasien terkilir, luka ringan, dan sebagainya. Triase yang dilakukan oleh perawat harus berdasarkan ilmu dan pengalaman tentang proses pemilahan pasien berdasarkan tingkat kedaruratannya.

Dalam melakukan proses triase, perawat mengambil keputusan tentang : seberapa lama pasien dapat menunggu tindakan sebelum perawat melakukan pengkajian secara konferensif dan berapa lama pasien dapat menunggu untuk selanjutnya diperiksa dokter yang akan merawatnya. Jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan tersebut membantu menentukan tingkat kedaruratan pasien dimana respon pasien pada setiap levelnya dapat berbeda-beda.

g. Skala triase Manchester

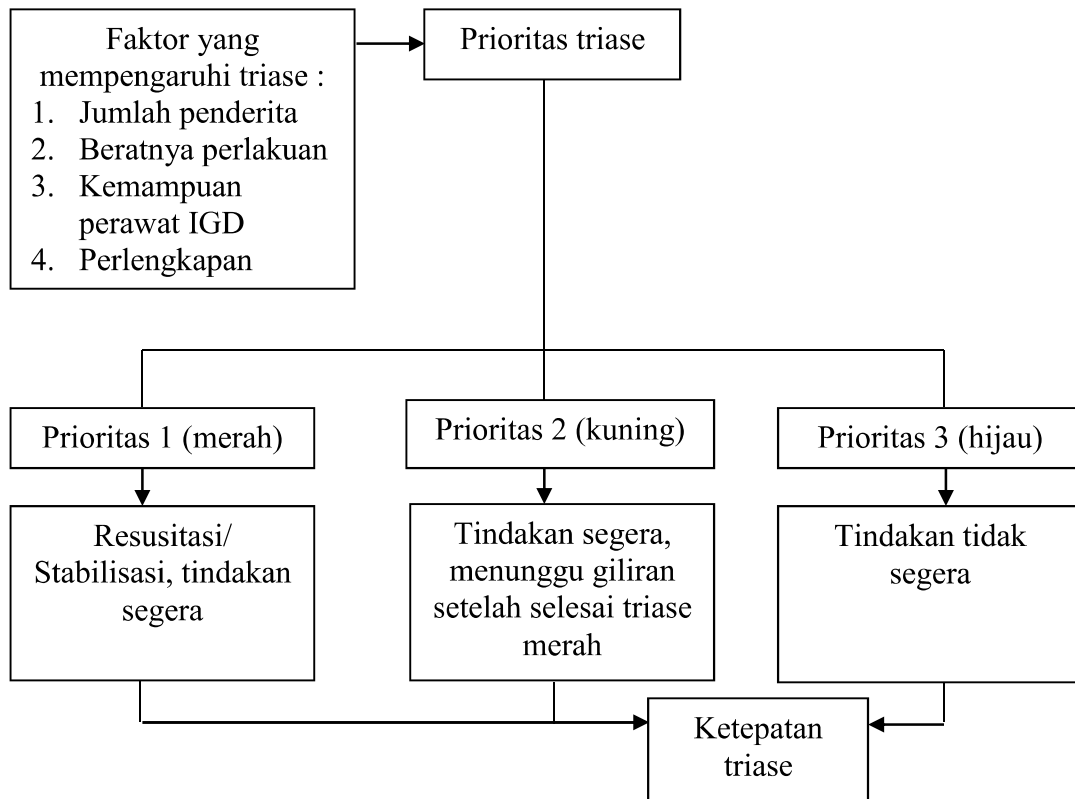
Skala triase Manchester dikembangkan di Inggris oleh kelompok perawat dan dokter gawat darurat. Setiap tingkatan pada triase ini diberi nama, nomor, dan warna sebagai pedoman perawat dalam memberikan kepada pasien. Perawat menanyakan tanda dan gejala pada pasien, jawaban iya dari pasien menunjukkan tingkat kedaruratan pasien (Kartikawati, 2011).

2.1.12 Pengukuran Triase

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan *check list* lembar observasi dengan pengukuran data yang digunakan yaitu skala *Guttman*. Lembar observasi ketepatan triase berisi tentang standar operasional triase yang digunakan di instalasi gawat darurat (IGD) RSUD Bangil Pasuruan.

Penilaian dalam lembar observasi ini yaitu “Sesuai” dan tidak sesuai”. Selanjutnya ketepatan triase dikatakan tepat jika pada akhir observasi semua prosedur dilakukan sesuai kategori triase dan tidak tepat jika satu atau lebih prosedur tidak dilakukan (Sumarno et al., 2017).

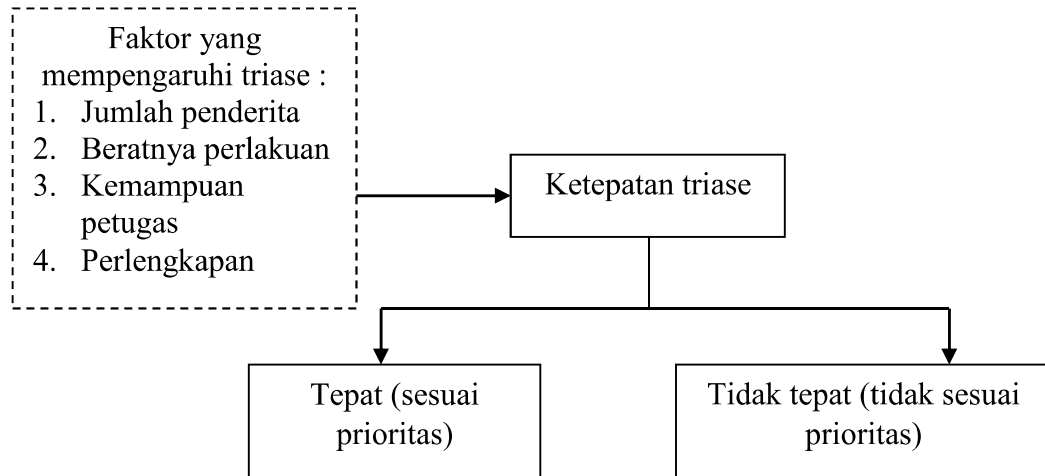
2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Gambaran Ketepatan Triase Perawat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bangil

(Sumber: Musliha, 2017; Kartikawati, 2011; Pitang dkk, 2016)

2.3 Kerangka Konseptual



Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Teori Gambaran Ketepatan Triase Perawat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bangil

