

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan tentang konsep triage, konsep persepsi, kerangka teori, kerangka konsep, dan hipotesis.

2.1 Konsep Dasar *Triage*

2.1.1 Definisi *Triage*

Triage adalah proses memilih pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan cepat untuk menentukan pasien yang perlu diobati segera dan pasien yang dapat menunggu. Proses ini membutuhkan keterampilan seorang perawat gawat darurat berpengalaman. (Kurniati et al. 2018)

Triage merupakan suatu proses yang dinamis. Status atau keadaan pasien bisa berubah menjadi lebih baik atau menjadi lebih buruk, baik karena cederanya maupun sebagai dampak dari tindakan yang dilakukan. Oleh karena itu, *trriage* harus diulang-ulang selama masih dalam penanganan cederanya (Pusponegoro et al. 2016)

Kegiatan ini dapat dilakukan di tempat kejadian, di *clearing station (area triage)*, sebelum dilakukan evakuasi, saat tiba di UGD, baik selama resusitasi maupun sesudahnya, baik sebelum maupun sesudah operasi, dan setelah tiba di ruangan. Karena sifatnya bertahap, sering disebut *Primary Triage, Secondary Triage, Tertiary Triage*, dan seterusnya. (Pusponegoro et al. 2016)

Triage dilakukan berdasarkan pada ABCDE, beratnya cedera, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien (Pusponegoro et al. 2016)

Berdasarkan definisi diatas peneliti mengumpulkan bahwa *trriage* adalah proses memilih pasien untuk menentukan pasien yang perlu diobati segera dan pasien yang dapat menunggu, *trriage* dilakukan berdasarkan pada pemeriksaan ABCDE, beratnya cedera pasien, dan jumlah pasien yang datang.

2.1.2 Tujuan Triage

Menurut (Pusponegoro et al. 2016) Tujuan dilakukan *trriage* adalah untuk mencapai yang terbaik bagi banyak korban. *Triage* dilakukan manakala jumlah korban melebihi kemampuan baik fasilitas kesehatan maupun personelnnya dengan demikian, diatur urutan penanggulangan korban secara efisien. Menurut (Kartika 2014) tujuan *trriage* ada 4 yaitu:

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

2.1.3 Faktor – faktor yang Mempengaruhi *Triage*

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga(Notoatmodjo 2012)

2. Beban kerja

Beban kerja menurut(Astianto et al. 2014)dapat didefinisikan sebagai suatu perbedaan antara kapasitas atau kemampuan pekerja dengan tuntutan pekerjaan yang harus dihadapi. Mengingat kerja manusia bersifat mental dan fisisk, maka masing – masing mempunyai tingkat pembebanan yang berbeda – beda. Tingkat pembebanan yang terlalu tinggi memungkinkan pemakaian energi yang berlebihan dan menjadi *overstress*, sebaliknya intensitas pembebanan yang terlalu rendah memungkinkan rasa bosan dan kejenuhan atau *understress*.

3. Motivasi kerja

Menurut (Miftahun 2010)motivasi kerja adalah suatu usaha yang dapat menimbulkan suatu perilaku, mengarahkan perilaku, dan memelihara atau mempertahankan perilaku yang sesuai dengan lingkungan kerja dalam organisasi. Motivasi kerja merupakan kebutuhan pokok manusia dan sebagai insentif yang diharapkan memenuhi kebutuhan pokok yang diinginkan, sehingga

jika kebutuhan itu ada akan berakibat pada kesuksesan terhadap suatu kegiatan.

2.1.4 Peran Triage

Bekerja sebagai perawat *triage* dapat menantang ketahanan mental dan kadang – kadang melelahkan. Area *triage* biasanya berisik dan penuh sesak, telpon berdering terus menerus, anak – anak menangis, dan pasien, keluarga, serta pengunjung stress dan banyak tuntutan. Menentukan pasien mana yang perlu dilihat segera dan mana pasien bisa menunggu dengan aman memerlukan pengetahuan dan pengalaman. Proses *triage* dirancang ulang pada banyak IGD untuk memastikan tujuan utama terpenuhi. Memberikan tindakan pada pasien yang tepat ditempat yang tepat pada waktu yang tepat serta untuk alasan yang tepat (Kurniati et al. 2018)

2.1.5 Prinsip Triage

Ada beberapa prinsip *triage* yang harus diperhatikan. Berikut ini adalah prinsip – prinsip *triage* menurut (Kartika 2014) :

1. *Triage* harus dilakukan dengan segera dan singkat
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 *triage* yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan prioritas pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostik.
9. Tercapainya kepuasan pasien
 - a. Perawat *triage* harus menjalankan *triage* secara simultan, cepat dan langsung sesuai keluhan pasien.
 - b. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis
 - c. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.

2.1.6 Klasifikasi *Triage*

Sistem klasifikasi mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan. Prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia, dan situasi terbaru yang ada. Huruf atau angka yang sering digunakan antara lain sebagai berikut.

1. Prioritas 1 atau *emergency*
2. Prioritas 2 atau *urgent*

3. Prioritas 3 atau *nonurgent*

Banyak tipe dari klasifikasi triage yang digunakan pada *pre-hospital* ataupun *hospital*. Ada beberapa klasifikasi *triage* menurut (Kartika 2014). Klasifikasi tersebut terangkum sebagai berikut:

1. *Triage Pre-Hospital*

Triage pada musibah massal/bencana dilakukan dengan tujuan bahwa dengan sumber daya yang minimal dapat menyelamatkan korban sebanyak mungkin. Pada musibah massal, jumlah korban puluhan atau mungkin ratusan, dimana penolong sangat belum mencukupi baik sarana maupun penolongnya sehingga dianjurkan menggunakan teknik START.

Hal pertama yang dapat dilakukan pada saat di tempat kejadian bencana adalah berusaha untuk tenang, lihat sekeliling dan menyeluruh pada lokasi kejadian. Pengamatan visual memberikan kesan pertama mengenai jenis musibah, perkiraan jumlah korban, dan beratnya cedera korban. Pengamatan visual juga memberikan perkiraan mengenai jumlah dan tipe bantuan yang diperlukan untuk mengatasi situasi yang terjadi. Laporkan secara singkat pada *cell center* dengan bahasa yang jelas mengenai hasil dari pengkajain, meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Lokasi kejadian.
2. Tipe insiden yang terjadi.

3. Adanya ancaman atau bahaya yang mungkin terjadi.
4. Perkiraan jumlah pasien.
5. Tipe bantuan yang harus diberikan.

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

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

Hal yang penting untuk diperhatikan adalah tidak melakukan tindakan terapi pada korban yang akan dilakukan *triage*. Tugas utama penolong *triage* adalah untuk memeriksa pasien secepat mungkin dan memilih atau memprioritaskan pasien berdasarkan berat ringannya cedera. Penolong tidak boleh berhenti saat melakukan pengkajain kecuali untuk mengamankan jalan napas dan menghentikan perdarahan yang terjadi. Selain melakukan *triage* (pemilihan korban), penolong lain akan melakukan *follow up* dan perawatan jika diperlukan di lokasi.

Apalagi penolong lain sudah datang ke lokasi kejadian, maka korban akan dilakukan *re-triage* (dengan pemeriksaan yang lebih lengkap untuk mengenali kegawatan yang mungkin terjadi), evaluasi lebih lanjut, resusitasi, stabilisasi dan transportasi. Re-

triage dilakukan dengan menggunakan pemasangan label metag sistem yang sudah mencantumkan identitas dan hasil pemeriksaan terhadap korban.

Pasien diberi label sehingga akan mudah dikenali oleh penolong lain di saat tiba di tempat kejadian. Metode pemasangan label mungkin berbeda di setiap pusat kesehatan, dapat berupa pita atau kertas berwarna untuk melabeli korban.

Pasien dapat diklasifikasikan menjadi berikut ini:

1. Korban kritis/*immediate* diberi label merah/kegawatan yang mengancam nyawa (prioritas 1) *Immediate*. Untuk mendeskripsikan pasien dengan luka parah diperlukan transportasi segera ke rumah sakit. Kriteria pada pengkajian adalah sebagai berikut :
 - a. Respirasi >30x/menit.
 - b. Tidak ada nadi radialis.
 - c. Tidak sadar/penurunan kesadaran.

Delay/tertunda diberi label kuning/kegawatan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2) *Delayed*. Untuk mendeskripsikan cedera yang tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu pada periode tertentu untuk penatalaksanaan dan transportasi dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Respirasi <30x/menit

- b. Nadi teraba
- c. Status mental normal
- 2. Korban terluka yang masih dapat berjalan diberi label hijau/tidak terdapat kegawatan/penanganan dapat ditunda (prioritas 3) Minor. Penolong pertama di tempat kejadian akan memberikan instruksi verbal untuk pergi ke lokasi yang aman dan mengkaji korban dari trauma, serta mengirim ke rumah sakit.
- 3. Meninggal diberi label hitam/tidak memerlukan penanganan *Dead*.

a. Tahapan metode START menurut(Kartika 2014)

1. Langkah pertama

Langkah pertama pada START adalah dengan aba-aba (*loud speaker*) memerintahkan pada korban yang dapat berdiri dan berjalan bergerak ke lokasi tertentu yang lebih aman. Jika pasien dapat berdiri dan berjalan, maka bisa disimpulkan bahwa sementara tidak terdapat gangguan yang mengancam jiwa pada korban-korban tersebut. Jika korban mengeluh nyeri atau menolak untuk berjalan jangan dipaksa untuk berpindah tempat. Pasien yang dapat berjalan dikategorikan sebagai Minor.

2. Langkah kedua

Pasien yang tidak berdiri dan bergerak adalah yang menjadi prioritas pengkajian berikutnya. Bergerak dari tempat berdiri

penolong secara sistematis dari korban satu ke korban yang lain. Lakukan pengkajian secara singkat (kurang dari 1 menit setiap pasien) dan berikan label yang sesuai pada korban tersebut. Ingat tugas penolong adalah untuk menemukan pasien dengan label merah *Immediate* yang membutuhkan pertolongan segera, periksa setiap korban, koreksi gangguan *airway* dan *breathing* yang mengancam nyawa dan berikan label merah pada korban tersebut.

b. Evaluasi Penderita berdasarkan RPM

START tergantung pada tiga pemeriksaan meliputi: RPM *Respiration, Perfusion dan Mental Status*. Masing-masing pasien harus dievaluasi secara cepat dan sistematis, dimulai dengan pemeriksaan respirasi (*Breathing*).

a) *Airway-Breathing*

Jika pasien bernapas, maka diperlakukan pemeriksaan *respirasi rate*. Pasien dengan pernapasan lebih dari 30 kali per menit, diberikan label merah (*immediate*). Jika pasien bernapas dan laju pernapasan kurang dari 30x/menit, pemeriksaan dilanjutkan dengan pemeriksaan sirkulasi dan mental status pasien untuk dilakukan pemeriksaan secara lengkap dalam 30 detik. Jika pasien tidak bernapas, secara cepat bersihkan mulut pasien dari kemungkinan benda asing. Gunakan teknik *head tilt chin lift* untuk membuka jalan napas. Peralatan bantu jalan napas (*airway*) sederhana seperti *orofaring airway* dapat digunakan. Selama mengamankan jalan

napas harus dilindungi servikal terutama pada pasien dengan multipel trauma. Buka jalan napas, jika pasien dapat bernapas, pasangkan pasien dengan label Immediate. Pasien yang membutuhkan jalan napas dipertahankan dipasangkan dengan label merah Immediate. Jika pasien tidak bernapas dan tidak mulai bernapas ketika dilakukan pembebasan jalan napas dengan *airway* manuver sederhana, maka pasien diberi label hitam Dead.

b) *Circulation*

Langkah kedua pada START yaitu dengan menilai sirkulasi dari pasien. Metode terbaik pada pemeriksaan sirkulasi yaitu dengan meraba pergelangan tangan dan merasakan pulsasi dari arteri radialis. Pengecekan dilakukan 5-10 detik. Jika pulsasi arteri radialis tidak dijumpai, maka pasien diberikan label merah Immediate. Jika pulsasi arteri radialis dijumpai, maka dilanjutkan pemeriksaan akhir dengan menilai mental status pasien. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara lain yaitu dengan *blanch test* (menilai *capillary refill time*), jika didapatkan hasil lebih dari 2 detik, maka pasien diberi label merah.

c) Mental Status

Akhir dari pemeriksaan adalah dengan menilai status mental pasien. Observasi ini dilakukan pada pasien dengan pernapasan dan sirkulasi yang adekuat. Test mental status yaitu dengan meminta pasien untuk mengikuti perintah yang sederhana. "Buka matamu,

tutup matamu, genggam tangan saya”. Pasien yang dapat mengikuti perintah sederhana diberikan label kuning *Delayed*, sedangkan pasien yang tidak responsif terhadap perintah sederhana diberikan label merah *Immediate*. Sistem START ini didesain untuk membantu penolong menemukan pasien dengan cedera paling berat. Ketika penolong lain telah tiba di lokasi, maka pasien akan dilakukan *triage* ulang untuk pemeriksaan lebih lanjut, stabilisasi, dan transportasi. Harap diingat bahwa pasien dengan cedera dapat mengalami perubahan tanda-tanda vital.

Pada saat jumlah penolong memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan yang lebih akurat, maka pengkajian terhadap pasien dapat dilakukan lebih teliti. Tindakan ini dapat dilakukan dengan menggunakan kartu *Metag (Medical Emergency Triage Tag)* dimana selain pasien diberi label berdasarkan skala prioritas penanganan, tanggal dan jam, identitas baik korban maupun penolong juga tercantum. Pemeriksaan lebih lengkap dengan tanda vital dan pengobatan yang telah diberikan. Cara penulisan *Metag*:

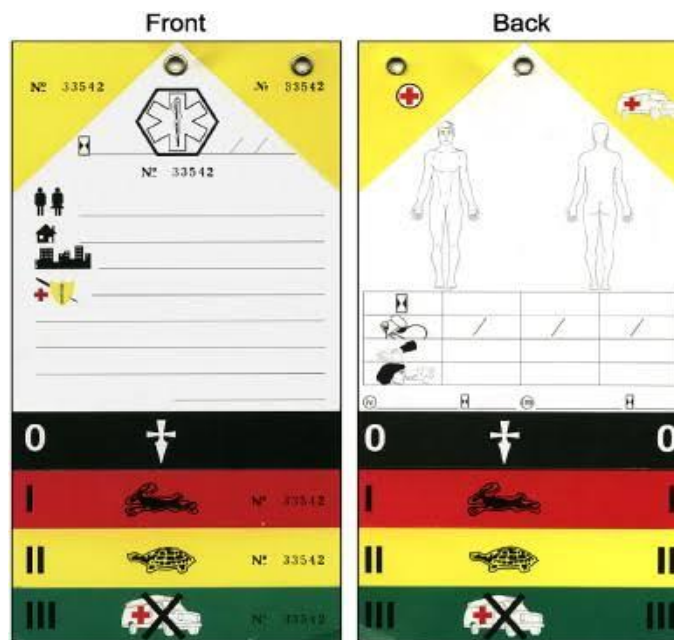
Depan:

- a. Jam dan tanggal kejadian
- b. Nama dan jenis kelamin
- c. Alamat rumah
- d. Alamat kantor
- e. Data yang berhubungan dengan medis dan observasi

f. Nama dan tanda tangan personel triage

Belakang:

- a. Jenis cedera
- b. Data mengenai tanda vital (respirasi, nadi dan tekanan darah) disesuaikan dengan waktu
- c. Pemberian obat intravena dan jam pemberian
- d. Pemberian obat intramuskular dan jam pemberian



Gambar 2.1 kartu *Metag*

2. *Triage In-Hospital*

Pada unit gawat darurat perawat bertanggung jawab dalam menentukan prioritas perawatan pada pasien. Keakutan dan jumlah pasien, skill perawat, ketersediaan peralatan dan sumber daya dapat menentukan seting prioritas.

Berdasarkan *Emergency Nurses Association* (ENA) sistem *triage* terbagi menjadi tiga tipe, yaitu sebagai berikut:

1. Tipe 1

Triage tipe 1 dilaksanakan oleh tenaga non-perawat, tipe ini merupakan sistem yang paling dasar. Seorang penyedia layanan kesehatan ditunjukkan menyambut pasien, mencatat keluhan yang sedang dirasakan pasien dan berdasarkan dari anamnesis ini petugas tersebut membuat keputusan apakah pasien sakit atau tidak. Pasien yang masuk dalam kategori sakit akan dibawa ke ruang perawatan dan diperiksa langsung. Pada sistem *triage* tipe 1, catatan tentang status pasien terbatas dan mungkin hanya terdiri atas nama pasien dan keluhan utama sehingga hasil dari pendekatan sistem *triage* ini kurang profesional karena penempatan staf yang berada di pintu depan/penerimaan pasien tidak memenuhi kriteria standar sehingga banyak pasien yang beresiko tinggi tidak tertangani dengan benar atau bahkan tidak tertangani. Sistem *triage* ini tidak memenuhi standar praktik keperawatan gawat darurat (*Standard of Emergency Nursing Practice*) dari ENA.

2. Tipe 2

Pada sistem *triage* tipe 2, *triage* dilakukan oleh perawat berpengalaman (*Registered Nurse/RN*) atau dokter yang bertugas di ruang *triage*. Pasien segera dilakukan tindakan

pertolongan cepat oleh petugas profesional yang berada di ruang *triage*. Data subjektif dan objektif terbatas pada keluhan utama. Berdasarkan hal tersebut pasien diputuskan masuk dalam tingkatan: gawat darurat, darurat, atau biasa. Rumah sakit yang menggunakan sistem *triage* ini harus memiliki standar prosedur *triage* sebagai pedoman dalam penentuan status kegawatdaruratan pasien.

3. Tipe 3

Sistem tipe *3triage* komprehensif adalah tipe *triage* yang memiliki banyak keuntungan dibandingkan dengan sistem *triage* yang disarankan oleh ENA dalam praktik keperawatan darurat. Perawat berlisensi yang bertugas di unit gawat darurat memilih pasien dan menentukan prioritas perawatan. Perawat yang bertugas harus di ruang *triage* ialah perawat yang telah berpengalaman dan dinyatakan lulus uji kompetensi proses orientasi *triage*. sistem *triage* ini memiliki kenijakan, prosedur dan standar yang digunakan sebagai pedoman. Proses pengkajian melibatkan pengumpulan data subjektif dan objektif. Tujuan tindakan *triage* komprehensif adalah mengumpulkan keterangan penting dalam mendukung keputusan penentuan prioritas. Tingkatan penentuan *triage* bergantung pada institusi atau rumah sakit, apakah rumah sakit tersebut menggunakan sistem bertingkat tiga, empat atau lima.

Perawat *triage* akan mencatat hasil pengkajian awal dalam rekam medis dan mengkaji ulang pasien sesuai dengan kondisinya. ENA menyarankan pendekatan sistem *triage* ini dilakukan tidak lebih dari 2 sampai 5 menit.

Keuntungan *triage* komprehensif:

- a. Pasien ditangani oleh perawat profesional yang berpengalaman
- b. Pasien yang membutuhkan penanganan segera akan lebih cepat diketahui.
- c. Proses *triage* dilakukan oleh perawat yang berpendidikan, telah mengikuti pelatihan dan dinyatakan lulus uji kompetensi *triage*.
- d. Pasien dan keluarga mendapat penjelasan langsung dari petugas
- e. Petugas memberikan keterangan mengenai proses dan alur dalam unit gawat darurat kepada pasien, keluarga, maupun pengunjung.
- f. Perawat *triage* diperbolehkan untuk melakukan test laboratorium dan radiologi berdasarkan panduan *triage*
- g. Pasien yang menunggu dilakukannya tindakan, dilakukan observasi setiap beberapa jam sekali (d disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit).
- h. Adanya komunikasi antara petugas dengan pasien setiap saat.

Tindakan *triage* yang cepat dan akurat membutuhkan perawat yang mempunyai pendidikan, pengalaman dan kualifikasi yang baik. ENA memberikan kualifikasi perawat yang mempunyai kapasitas dan kewenangan untuk melakukan *triage* sebagai berikut.

1. Registered Nurse (RN) / perawat berlisensi dengan pengalaman diruang gawat darurat minimal enam bulan.
 2. Mengikuti pendidikan formal *triage* dengan supervisi.
 3. Pernah mengikuti kursus *Advanced Cardiac Life Support*.
 4. Pernah mengikuti kursus *Emergency pediatric* atau kegawatdaruratan anak.
 5. Pernah mengikuti kursus *Trauma Nursing Core Courses*.
 6. Memiliki sertifikat perawat Buwat darurat
 7. Mempunyai kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif dan bekerja sama.
 8. Mempunyai kemampuan untuk menggunakan proses keperawatan secara efektif dan komprehensif.
 9. Mempunyai kepribadian yang adaptif
 10. Mempunyai kemampuan dalam mengambil keputusan secara benar.
- a. Sistem Tingkat Kedaruratan *Triage* (Kartika 2014)

Sistem tingkat kedaruratan ditinjau berdasarkan banyak hal, tetapi yang terpenting adalah dua hal yaitu validitas dan reliabilitas. Validitas ialah tinjau akurasi sistem kedaruratan. Apakah *triage* yang dilakukan sudah sesuai dengan standar, apakah tingkatan *triage* yang berbeda juga membedakan tingkat kedaruratannya.

Sementara itu, reliabilitas ialah mengacu pada derajat konsistensi. Apakah perawat *triage* yang berbeda yang menangani

pasien yang sama menentukan tingkat keparahan yang sama pula. Hal penting lainnya ialah kriteria setiap tingkatan triage haruslah konsisten.

Sistem tingkat keparahan *triage* mempunyai arti yang penting karena triage merupakan suatu proses mengkomunikasikan kondisi kegawatdaruratan pasien di dalam UGD. Jika data hasil pengkajian triage dikumpulkan secara akurat dan konsisten, maka suatu UGD dapat menggunakan keterangan tersebut untuk menilai dan menganalisis, serta menentukan suatu kebijakan, seperti berapa lama pasien dirawat di UGD, berapa hari pasien harus dirawat di rumah sakit jika pasien diharuskan untuk dirawat inap, dan sebagainya.

Kategori *Triage*

1. *Triage* dua tingkat. Dalam sistem *triage* dua tingkat, pasien dikategorikan sakit atau tidak sakit. Pasien yang sakit 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.
2. *Triage* tiga tingkat. Sistem *triage* 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 pada ancaman serius terhadap nyawa, tubuh, atau organ, misalnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas. Respons Pasien harus diperhatikan dan perlu dilakukan observasi terus-menerus.
 - b. Darurat Pasien memerlukan tindakan segera, tetapi pasien masih menunggu menunggu beberapa jam jika mampu. Misalnya: sakit perut, fraktur, dan batu ginjal. Diharapkan untuk melakukan observasi setiap 30 menit.
 - c. Biasa Setelah pasien dilakukan pengkajian, karena pasien tidak kritis, maka pasien dapat menunggu. Biasanya pasien berada di ruang rawat jalan, misalnya: konjungtivitis, gangguan di tenggorokan, kulit, dan sebagainya. Lakukan observasi setiap 1 hingga 2 jam.
3. *Triage* empat tingkat penggunaan sistem *Triage* empat tingkat ini dilakukan dengan menambahkan status mengancam kehidupan (statusnya mengancam) selain status gawat darurat, darurat, dan biasa.
4. *Triage* lima tingkat
- Berdasarkan kebijakan yang telah disetujui antara American College of Emergency Physicians (ACEP) dan ENA pada tahun 2003, maka di Amerika Serikat telah diberlakukan penggunaan nasional sistem triase lima tingkat. ACEP dan ENA mempercayai

kualitas pelayanan pasien akan meningkat dengan menerapkan skala *triage* terstandar dan proses kategori akuitas. Saat ini, skala *triage* lima tingkat banyak digunakan di seluruh UGD rumah sakit di Amerika Serikat. Pada skala ini ada tingkat yang lebih tinggi yaitu tingkat 1 yang berarti gawat darurat tingkat tinggi dan tingkat 5 untuk pasien dengan tingkat yang paling ringan.

5. Skala *triage* Australia

Skala *triage* Australia ini banyak digunakan di UGD rumah sakit di Australia. Penghitungan waktu dimulai dari pasien pertama kali tiba di UGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan *triage*. Selain itu, proses pemeriksaan lengkap kegawatdaruratan pasien secara menyeluruh.

2.1.7 Jenis-jenis *Triage*

Pada praktiknya, *triage* dilakukan sebagai kegiatan rutin gawat darurat sehari-hari. Prinsip "Yang datang pertama dilayani terlebih dahulu" mungkin merupakan cara bagi sebuah unit yang tidak beroperasi dengan beban penuh. Dalam keadaan normal, bagian (unit) akan menerapkan beberapa bentuk standar *triage* dalam kegiatan sehari-hari, sehingga pasien yang menderita sakit serius akan segera mendapatkan perawatan dengan cepat (Kartika 2014)

Akan tetapi, menurut (Kurniati et al. 2018) apabila jumlah pasien dan beratnya cedera melebihi kemampuan rumah sakit, seperti

dalam situasi bencana korban massal, maka harus diterapkan sistem *triage* yang agak berbeda. *Triage* di dalam situasi seperti ini harus didasarkan atas hal-hal:

1. Keparahan luka
2. Jumlah yang terluka
3. Sumber daya yang tersedia, dan
4. Kesempatan untuk menyelamatkan korban

2.1.8 Proses *Triage*

Proses *triage* harus tepat waktu dan singkat. Tujuan dari proses ini adalah mengumpulkan informasi yang cukup tentang pasien untuk membuat keputusan *triage*. tujuan utamanya adalah agar semua pasien menerima penilaian *triage* awal dalam waktu 5 menit dari waktu tiba di IGD. Alur *triage* dimulai dari pengkajian cepat kemudian pengkajian berlanjut diruang tindakan. Jika perawat *triage* menemukan masalah yang mengancam nyawa: *Airway, Breathing, Circulation*, perawat segera menginisiasi tindakan yang diperlukan dan pasien dipindah di area perawatan (Kartika 2014)

2.1.9 Tanda-tanda Vital *Triage*

Mengkaji tanda-tanda vital saat *triage* masih kontroversial dan jelas merupakan area yang perlu penelitian lebih lanjut. Kebijakan *triage* setiap IGD harus mengatur kapan dan apakah tanda-tanda vital wajib diukur. Perawatan untuk pasien gawat tidak boleh ditunda karena

terdapat pengukuran tanda-tanda vital di triage. banyak IGD telah memilih untuk mengukur tanda-tanda vital hanya pada pasien dengan tingkat kegawatan lebih rendah untuk mendukung penetapan level kegawatan. Terlepas dari sistem *triage* yang digunakan, tanda-tanda vital di luar parameter yang sesuai dengan usia dapat digunakan untuk merubah tingkat kegawatan pasien(Kurniati et al. 2018)

a. Data Objektif

Perawat triage melakukan pengkajian fisik fokus terkait dengan keluhan utama pasien. Pengkajian fisik ini dibatasi oleh tujuan, waktu, ruang, dan privasi. Inspeksi, palpasi, dan kadang-kadang auskultasi dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi terkait dengan keluhan utama. Perawat triage harus membuka balutan pada luka untuk mengkaji dan mendokumentasikan seberapa luas luka sebenarnya(Kurniati et al. 2018)

b. Level Kegawatan *Triage*

Berdasarkan keluhan utama dan data subjektif dan objektif, perawat triage menggunakan pengetahuan, pengalaman, dan pedoman triage mereka untuk menetapkan level kegawatan. Keputusan ini akan disimpulkan secara logis berdasarkan informasi yang diperoleh. Keputusan *triage* memiliki dampak besar pada hasil akhir dan keselamatan pasien. Pasien yang dipilah di bawah level kegawatannya akan mengalami penundaan perawatan dan beresiko mengalami perburukan. Pasien yang

dipilih melebihi level kegawatannya akan mengalami sebagian besar sumber daya berharga dari orang-orang yang sebenarnya paling membutuhkan(Kurniati et al. 2018)

Pertolongan pertama terbatas dapat diberikan selama proses triage untuk mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kenyamanan. Tindakan dapat berupa membalut luka, membidai raktur, memberikan es, meninggikan ekstremitas dan menghentikan perdarahan. Setelah level kegawatan ditentukan, pemeriksaan radiografi dan laboratorium juga dapat dilakukan (sesuai protokol). Beberapa protokol triage termasuk pemberian obat untuk menontrol demam, manajemen nyeri dan profilaksis tetanus(Kurniati et al. 2018)

2.1.10 Dokumentasi *Triage*

Dokumentasi *triage* harus jelas, ringkas, dan mendukung kriteria level kegawatan. Setiap rumah sakit harus memiliki kebijakan triage yang mencakup persyaratan dokumentasi. Biasanya terdapat tempat spesifik pada lembar pemantauan/monitoring pasien untuk mencatat hasil triage. Bagian pencatatan ini biasanya terdiri dari kotak dengan daftar titik, atau hanya bagian kosong untuk catatan naratif. Saat ini banyak IGD yang menggunakan sistem dokumentasi terkomputerisasi. Penjelasan dari sistem ini di luar lingkup materi pada bab ini. Setiap IGD perlu memutuskan apakah penilaian seperti, hambatan belajar, kebutuhan gizi, atau kekerasan dalam rumah tangga

akan dilakukan pada proses *triage* atau dilakukan saat pasien masuk area perawatan IGD(Kartika 2014).

2.2 Konsep Persepsi

2.2.1 Definisi Persepsi

Menurut (Walgito 2010)mendefinisikan presepsi sebagai proses pengorganisasian dan menginterpretasikan terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga menghasilkan suatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang terintegrasi dalam diri individu.

Persepsi adalah proses diterimanya rangsang melalui pancaindra yang didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan, dan menghayati tentang hal yang diamati baik yang berasal dari dalam maupun luar diri individu(Sunaryo 2013).

Presepsi menurut(Sunaryo 2013)merupakan proses akhir pengamatan suatu objek yang diawali oleh proses pengindraan, yaitu proses diterimanya stimulus oleh alat indra, kemudian individu ada perhatian, lalu diteruskan ke otak, dan kemudian individu menyadari dan dapat mengerti tentang lingkungan yang ada disekitarnya maupun tentang hal yang ada didalam diri individu yang bersangkutan.

Persepsi adalah suatu proses yang menyangkut masuknya pesan pesan atau informasi didalam otak manusia. Persepsi merupakan keadaan *integrated* dari individu terhadap stimulus yang diterimanya. Apa yang ada dalam diri individu, pikiran, perasaan, pengalaman-pengalaman individu akan ikut aktif berpengaruh dalam proses persepsi(Jenny 2012)

Sedangkan dalam kamus lengkap psikologi, persepsi adalah:

1. proses mengetahui atau mengenali objek atau kejadian objektif dengan bantuan indra.
2. Kesadaran dari proses-proses organis.
3. (*Titchener*) satu kelompok pengindraan dengan penambahan arti-
arti yang berasal dari pengalaman dimasa lalu.
4. variabel yang menghalangi atau ikut campur tangan, berasal dari kemampuan organisasi untuk melakukan perbedaan antara perangsang-perangsang.
5. Kesadaran intuitif mengenai kebenaran langsung atau keyakinan yang serta merta mengenai sesuatu(Chaplin 2014)

Persepsi adalah proses dimana seseorang menjadi sadar terhadap stimulus yang mempengaruhi indra seseorang tersebut. Persepsi mempengaruhi rangsangan (stimulus) atau suatu proses yang diserap oleh seseorang dan makna apa yang seseorang berikan kepada orang lain saat orang lain mencapai kesadaran(Devito 2011)

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah proses dimana adanya rangsang melalui pancaindra, kemudian individu ada perhatian, lalu diteruskan ke otak, sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan, dan menghayati tentang hal yang ada disekitarnya maupun tentang hal yang ada didalam diri individu yang bersangkutan.

2.2.2 Proses terjadinya persepsi

Proses terjadinya persepsi dimulai dari adanya objek yang menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indra. Stimulus yang diterima alat indra diteruskan oleh saraf sensoris ke otak. Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau yang didengar, atau apa yang dirasa. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dalam berbagai macam bentuk(Walgito 2010)

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor – faktor yang mempengaruhi persepsi menurut (Walgito 2010)adalah:

1. Adanya objek yang diamati

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indra atau reseptor stimulus dapat datang dari luar langsung mengenai alat indra (reseptor), dan dapat datang dari dalamnya langsung mengenai syaraf penerima (sensori) yang bekerja sebagai reseptor.

2. Alat indra atau reseptor

Alat indra (resptor) merupakan alat untuk menerima stimulus disamping itu ada syaraf sensori sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat syaraf yaitu otak sebagai pusat kesadaran dan sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan syaraf sensori.

3. Adanya perhatian

Perhatian merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam suatu persepsi tanpa adanya perhatian tidak akan terbentuk persepsi.

Menurut (Rahmatulloh 2014) Faktor yang mempengaruhi persepsi adalah:

1. faktor internal yang mempengaruhi persepsi, yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri individu yang mencakup beberapa hal antara lain :

a. fisiologis

informasi masuk melalui alat indera, selanjutnya informasi yang diperoleh ini akan mempengaruhi dan melengkapi usaha untuk mempersepsi pada tiap orang berbeda-beda sehingga interpretasi terhadap lingkungan juga dapat berbeda.

b. Perhatian

individu memerlukan jumlah energi yang dikeluarkan untuk memperhatikan atau memfokuskan pada bentuk fisik dan fasilitas mental yang ada pada suatu objek. Energi tiap orang berbeda-beda sehingga perhatian seseorang terhadap objek juga berbeda dan hal ini akan mempengaruhi persepsi terhadap suatu objek.

c. Minat

persepsi terhadap suatu objek bervariasi tergantung pada seberapa banyak energi atau perseptual *vigilance* merupakan kecenderungan seseorang untuk memperhatikan tipe tertentu dari stimulus atau dapat dikatakan sebagai minat.

d. Kebutuhan yang searah

faktor ini dapat dilihat dari bagaimana kuatnya seseorang individu mencari objek-objek atau pesan yang dapat memberikan jawaban sesuai dengan dirinya.

e. Pengalaman dan ingatan

pengalaman dapat dikatakan tergantung pada ingatan dalam arti sejauh mana seseorang dapat mengingat kejadian-kejadian lampau untuk mengetahui suatu rangsang dalam pengertian luas

f. Suasana hati

keadaan emosi mempengaruhi perilaku seseorang, mood ini menunjukkan bagaimana perasaan seseorang pada waktu yang dapat mempengaruhi bagaimana seseorang dalam menerima, bereaksi dan mengingat.

2. Faktor eksternal yang mempengaruhi persepsi, merupakan karakteristik dari lingkungan dan objek-objek yang terlihat didalamnya. Elemen-elemen tersebut dapat mengubah sudut pandang seseorang terhadap dunia sekitarnya dan mempengaruhi bagaimana seseorang merasakannya atau menerimanya.

Sementara itu faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi persepsi adalah :

a. Ukuran dan penempatan dari objek atau stimulus

Faktor ini menyatakan bahwa semakin besarnya hubungan suatu objek, maka semakin mudah dipahami. Bentuk ini akan mempengaruhi persepsi individu dan dengan melihat bentuk ukuran suatu objek individu akan mudah untuk perhatian pada gilirannya membentuk persepsi.

b. Warna dari objek-objek

Objek-objek yang mempengaruhi cahaya lebih banyak, akan lebih mudah dipahami (*to be perceived*) dibandingkan dengan yang sedikit.

c. Keunikan dan kontrasan stimulus

Stimulus luar yang penampilannya dengan latar belakang dan sekelilingnya yang sama sekali diluar sangkaan individu yang lain akan banyak menarik perhatian.

d. Intensitas dan kekuatan dari stimulus

Stimulus dari luar akan memberi makna lebih sering diperhatikan di bandingkan dengan yang hanya sekali dilihat.

Kekuatan dari stimulus merupakan daya dari suatu objek yang bisa mempengaruhi persepsi.

e. Motion atau gerakan

Individu akan banyak memberikan perhatian terhadap objek yang memberikan gerakan dalam jangkauan pandangan dibandingkan objek yang diam.

2.2.4 Pengukuran Persepsi

Menurut (Azwar 2010) hal – hal yang dapat diukur dari persepsi adalah sebagai berikut :

1. Kesadaran

Kesadaran yang dimiliki manusia merupakan bentuk unik dimana ia dapat menempatkan diri manusia sesuai dengan yang diyakininya. Setiap teori yang dihasilkan oleh seseorang merupakan refleksi tentang realitas dan manusia, kesadaran sangat berkaitan dengan manusia bahkan yang membedakan manusia dengan binatang. Kesadaran merupakan unsur dalam memahami realitas dan bagaimana cara bertindak atau menyikapi terhadap realitas manusia yang dikaruniai akal budi merupakan makhluk hidup yang sadar dengan dirinya.

2. Pandangan

Pandangan merupakan hasil pengindraan manusia dari apa yang diketahui, dilihat dan apa yang dapat diketahui oleh manusia. Hasil tersebut bias berupa pengetahuan informasi dan psikososial individu atau berada di lingkungan sekitarnya.

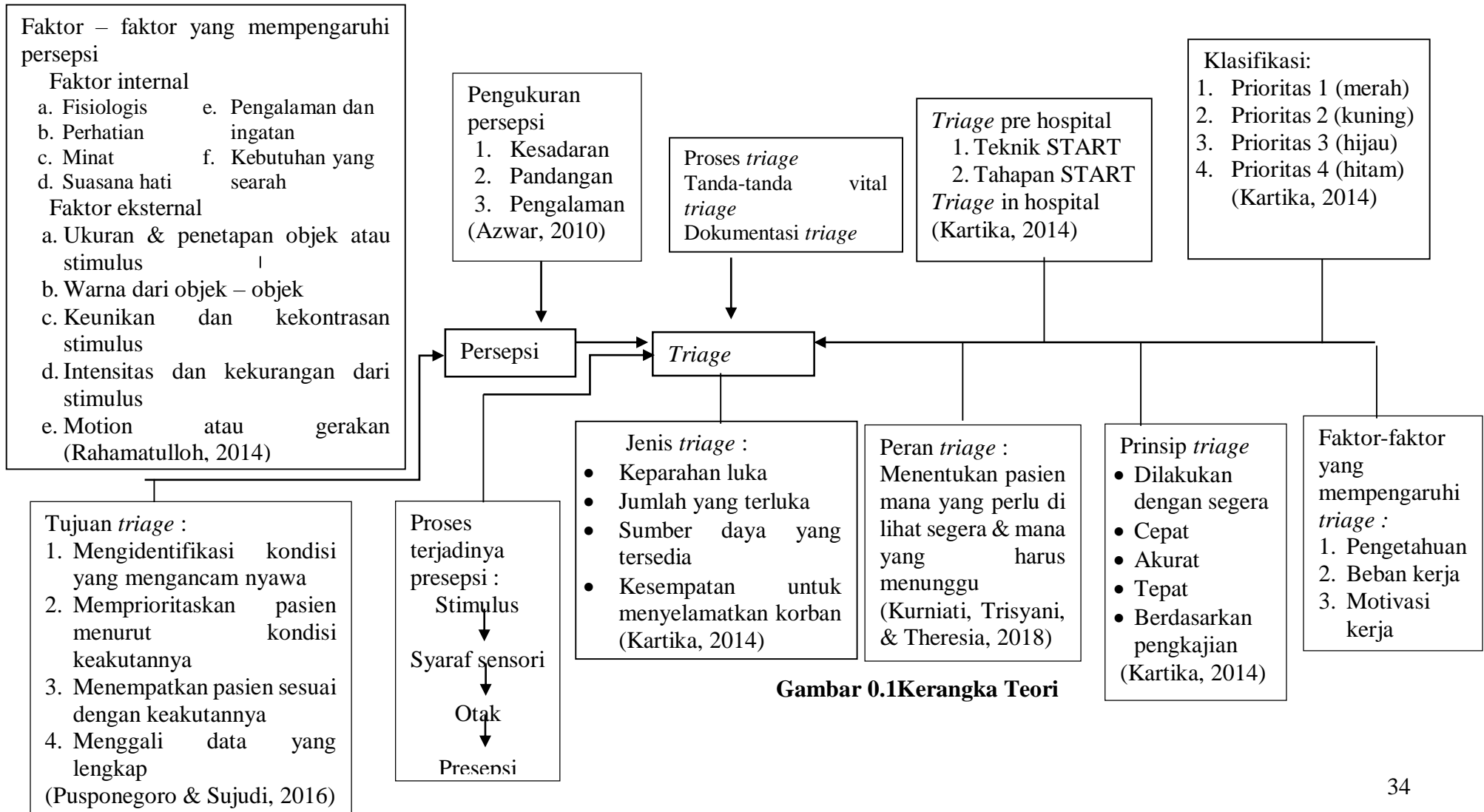
3. Pengalaman

Pengalaman merupakan hasil perpaduan dari panca indra manusia dan sumber daya alam yang ada disekitar manusia. Pengalaman juga digunakan untuk merujuk pada pengetahuan dan keterampilan tentang sesuatu yang diperoleh lewat keterlibatan atau berkaitan dengannya selama periode tertentu.

Skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Menurut (Azwar 2010), pengukuran persepsi dapat dilakukan menggunakan skala likert dengan kategori sebagai berikut :

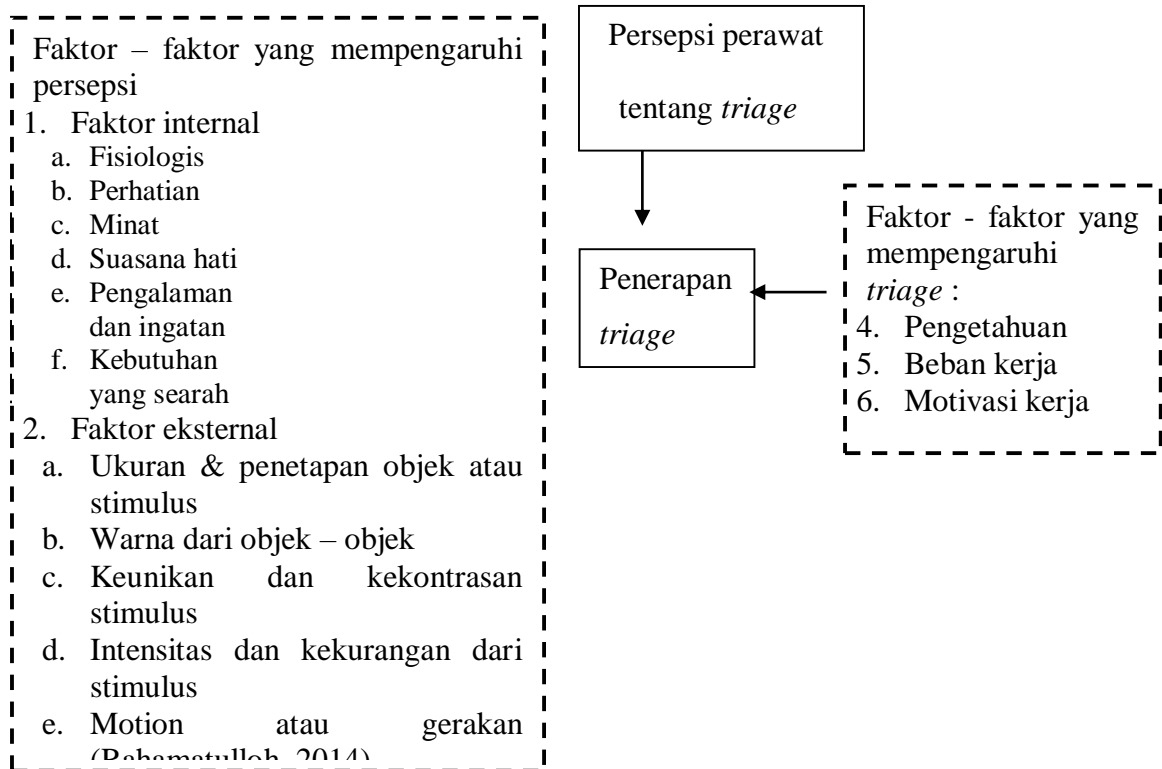
1. Keterangan pertanyaan positif / pertanyaan negatif
 - a. Sangat setuju : SS (skor 5)
 - b. Setuju : S (skor 4)
 - c. Ragu : R (skor 3)
 - d. Tidak setuju : TS (skor 2)
 - e. Sangat tidak setuju : STS (skor 1)

2.3 Kerangka Teori



Gambar 0.1 Kerangka Teori

2.4 Kerangka konsep



Keterangan :

----- : tidak diteliti

————— : di teliti

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan di buktikan dalam penelitian (Notoatmodjo 2010) hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H_0 : Ada Hubungan antara persepsi perawat dengan penerapan *triage* di instalasi gawat darurat RS Anwar medika kabupaten sidoarjo.