BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Triase

2.1.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Menurut (Kasmarini, 2012) dalam (Puspitasari et al., 2021) Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit penting dalam operasional rumah sakit yang menjadi bagian pelayanan selama 24 jam, kecuali klinik umum dan spesialis yang hanya menemui pasien pada jam kerja. Instalasi Gawat Darurat bertanggungjawab untuk menangani semua kasus yang dirawat di rumah sakit. Pekerjaan kompleks seperti itu, membutuhkan lebih banyak keterampilan dari perawat yang bertugas daripada perawat yang merawat pasien di tempat lain.

2.1.2 Definisi Triase

Menurut (Kemenkes, 2016) dalam (Nursanti & Dinaryanti, 2022) triase adalah prosedur dimana pasien dikelompokkan berdasarkan urutan prioritas keparahan cedera dan apakah terdapat gangguan *airway* (A), *breathing* (B) dan *circulatory* (C). Melalui proses triasei, pasien yang tiba di IGD diklasifikasikan sebagai pasien *true emergency* dan *false emergency*. Pengelompokan triase dilakukan untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan guna mencegah cedera bahkan kematian.

2.1.3 Prosedur Triase

IGD RSUD Mardi Waluyo memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang diterapkan saat melakukan triase, sebagai berikut:

1. Perkenalkan diri perawat kepada pasien atau keluarga/pengantar
2. Tanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien

3. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur, jika memungkinkan
4. Siapkan ruangan dan peralatan yang diperlukan :
    a. Sarung tangan
    b. Formulir triase
5. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
6. Pasang sarung tangan
7. Catat tanggal dan jam kedatangan pasien
8. Identifikasi cara kedatangan pasien (seperti datang sendiri, berjalan, kursi roda, ambulans, telentang, digendong)
9. Identifikasi status konfirmasi (SPGTD atau non-SPGDT), jika pasien rujukan
10. Periksa jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan kesadaran
11. Identifikasi keluhan utama dan riwayat kesehatan singkat
12. Tentukan kategori triase berdasarkan hasil pemeriksaan
13. Identifikasi kriteria isolasi (seperti batuk >2 minggu, demam atau riwayat demam, kontak dengan pasien penyakit menular, perjalanan dari daerah)
14. Transfer (disposisi) pasien ke zona atau ruangan yang sesuai dengan kategori triase (seperti zona merah, zona kuning, zona hijau, ruang isolasi)
15. Lakukan pengkajian dan penanganan awal sesuai response time kategori triase
16. Lepaskan sarung tangan
17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
18. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respons pasien.

2.1.4 Klasifikasi Triase

Menurut Mardalena (2016) dalam (Verawati, 2019), berikut adalah klasifikasi (penggolongan) triase :

1. Triase Tingkat Prioritas (Kegawatdaruratan)

   Klasifikasi triase dibagi menjadi 3 tingkat prioritas. Tiga prioritas tersebut adalah gawat darurat, gawat tidak darurat dan tidak darurat.

   a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

      (Mardalena, 2016) dalam buku berjudul Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat, gawat darurat adalah kondisi yang mengancam jiwa dimana pasien membutuhkan penanganan segera. Jika tindakan tidak segera dilakukan, pasien akan cacat atau kemungkinan mati. Kondisi gawat darurat dapat disebabkan oleh gangguan ABC dan/atau sejumlah gangguan lainnya. Kondisi ini bisa berakibat fatal, seperti serangan jantung, trauma berat yang menyebabkan pendarahan, dan ketidaksadaran.

   b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

      Pasien memiliki penyakit yang mengancam jiwa tetapi tidak memerlukan perawatan gawat darurat. Tindakan dapat dilakukan dengan resusitasi lalu dapat dilanjutkan dengan memberikan rekomendasi kepada dokter spesialis tergantung penyakitnya. Pasien dalam kelompok P2 termasuk pasien dengan kanker stadium lanjut. Contohnya termasuk kanker

serviks, *sickle cell*, dan banyak penyakit yang mengancam jiwa, tetapi masih ada waktu untuk ditangani.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

Penyakit pasien P3 tidak mengancam jiwa yang membutuhkan tindakan segera. Bila pasien P3 sadar dan tidak ada gangguan ABC, pasien dapat dilanjutkan di poliklinik, pasien diterapi definitif, laserasi, otitis media, fraktur ringan atau tertutup, dan sejenisnya.

d. Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 4: P4)

Pasien kategori P4 tidak memerlukan penanganan gawat darurat karena penyakit pasien P4 merupakan penyakit ringan. Contohnya termasuk flu, batuk, pilek dan gangguan seperti demam ringan.

2. Triase Tingkat Prioritas (Warna)

a. Merah

Warna merah digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan penanganan segera atau tingkat prioritas pertama. Warna merah menunjukkan bahwa pasien berada dalam kondisi yang mengancam jiwa yang mempengaruhi organ vital. Pasien dengan triase merah perlu dilakukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum prosedur lebih lanjut seperti pembedahan atau operasi. Pasien yang ditandai dengan warna merah bisa berakibat fatal jika tidak segera ditangani. Penyakit tersebut adalah termasuk henti jantung, perdarahan besar, henti napas, dan pasien tidak sadar.

b. Kuning

Pasien yang ditandai dengan warna kuning juga harus segera ditangani. Tetapi tanda kuning menjadi prioritas kedua setelah tanda merah. Namun, jika tidak segera ditangani, mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam jiwa. Kasus yang termasuk prioritas kedua, meliputi luka bakar pada area vital seperti kemaluan dan airway. Selain itu, adanya luka kepala yang ditandai dengan muntah. Perdarahan juga bisa terjadi di area tertentu, seperti telinga, mulut, dan hidung. Pasien dengansubdural hematom memiliki denyut nadi kurang dari 60 kali per menit, pernapasan tidak teratur, kelemahan, refleks, dan kurangnya rangsangan.

c. Hijau

Hijau adalah tingkat prioritas ketiga. Warna hijau berarti pasien hanya membutuhkan penanganan dan layanan biasa. Pasien tidak dalam keadaan darurat atau yang mengancam jiwa. Pasien prioritas hijau menunjukkan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau penyakit ringan, seperti luka superfisial. Penyakit atau cedera yang masuk prioritas hijau adalah patah tulang ringan, pasien yang mengalami benturan ringan dan luka bakar ringan.

d. Hitam

Hitam digunakan untuk pasien yang memiliki peluang bertahan hidup sangat kecil. Biasanya pasien dengan cedera serius atau penyakit. Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernapas setelah prosedur intervensi *live saving*. Selain itu, juga

kepada pasien yang mengalami trauma kepala di mana otak keluar, *spinal injury* dan *multiple injury*.

Menurut Kushariyati (2013) dan Habib at all (2016) dalam (Verawati, 2019) Pemberian label pada pasien dapat diklasifikasikan menjadi berikut:

1. Merah (Immediate)
    a. Respirasi > 30 kali per menit
    b. Tidak ada nadi radialis
    c. Tidak sadar/ penurunan kesadaran
2. Kuning (*Delayed*)
    a. Respirasi < 30 kali per menit
    b. Nadi teraba
    c. Status mental normal
3. Hijau (Minimal)
    a. Tidak memiliki kegawatan yang serius

2.1.5 Metode Triase

A. ATS (Australian Triage Scale)

Menurut (Aloyce, Leshabari & Brysiewicz, 2014) dalam (Banoet, 2019) *Australian Triage Scale* (ATS) mulai berlaku pada tahun 1993. ATS digunakan untuk menetapkan prioritas pasien dan juga memberi batas waktu berapa lama pasien dapat menunggu untuk mendapatkan penanganan.

Berikut adalah beberapa prinsip utama model triase Australia:

1) Triase adalah titik pertama pasien setelah tiba di IGD

2) Untuk mengurangi antrian, proses triase dan registrasi dilakukan oleh staf administrasi

3) Triase tidak dilakukan selama lebih dari 5 menit.

4) Setelah triase, perawat melakukan pengkajian menggunakan ATS

5) Kemudian pilah pasien ke dalam bagian-bagian ruang IGD, resusitasi/trauma, akut atau subakut. Semua pemeriksaan selesai dalam waktu 2 jam untuk ditransfer ke area perawatan.

Sedangkan menurut (Hodge et al., 2013) dalam (Banoet, 2019) ATS dibagi menjadi 5 kategori dengan waktu respon antara lain:

1. ATS 1

   Kondisi yang mengancam nyawa dan membutuhkan penanganan segera.

2. ATS 2

   Penilaian dan perawatan dalam waktu 10 menit. Kondisi pasien bisa menjadi lebih buruk begitu cepat sehingga memungkinkan adanya ancaman bagi kehidupan atau disfungsi organ jika tidak ditangani dalam 10 menit setelah kedatangan.

3. ATS 3

   Penilaian dan penanganan dimulai dalam waktu 30 menit setelah kedatangan, kondisi pasien dapat berubah menjadi kondisi yang mengancam jiwa atau menyebabkan morbiditas jika evaluasi dan pengobatan tidak segera dimulai *(urgency situasional).*

4. ATS 4

   Penilaian dan penanganan dimulai dalam waktu 60 menit. Kondisi pasien dapat mengancam atau menyebabkan morbiditas, jika pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam, kemungkinan menyebabkan adanya potensi hasil yang merugikan.

5. ATS 5

   Penilaian dan penanganan pada pasien dimulai dalam waktu 120 menit setelah kedatangan. Kondisi pasien tidak urgent sehingga tidak akan terjadi perubahan yang terlalu parah jika penilaian dan penanganannya ditunda hingga 2 jam.

B. Metode START (Simple Triage and Rapid Treatment)

Menurut (Ramsi, IF, dkk, 2014) dalam (Harigustian, 2021) metode START *(Simple Triage and Rapid Treatment*) adalah sistem triase yang mudah digunakan untuk memilah dengan warna merah sebagai prioritas tertinggi yaitu korban yang terancam jiwanya jika pertolongan pertama tidak segera diberikan. Warna kuning untuk korban moderate dan emergent. Warna hijau untuk korban kondisi gawat tetapi tidak memerlukan tindakan segera. Sedangkan warna hitam untuk korban ada tanda-tanda kematian.

C. Metode *SALT* (Sort Assess Lifesaving Interventions Treatment/Transport)

Menurut Lerner dkk. Di Neal, D.J. (2009) dalam (M. Maulana, 2021) menilai sistem triase ini digunakan untuk semua bahaya dan dapat diterapkan baik untuk orang dewasa maupun anak-anak. SALT terdiri

dari dua langkah dalam melakukan tindakan kepada korban. Ini termasuk triase awal korban dengan perintah suara, tindakan awal yang cepat, penilaian dan prioritas korban tiap individu, dan inisiasi pengobatan dan transportasi. Pendekatan triase SALT memiliki beberapa karakteristik tambahan. Pertama, SALT mengidentifikasi kategori expectant (hamil) yang fleksibel dan dapat diubah menurut beberapa faktor. Kedua, triase SALT awalnya mengkategorikan kondisi luka tetapi memberikan penilaian atau evaluasi sekunder untuk mengidentifikasi korban secara langsung

2.2 Konsep Perawat

2.2.1 Definisi Perawat

Kusnanto (2016) dalam (Windayati, 2020) mengatakan bahwa perawat adalah seorang profesional yang memiliki kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan untuk melakukan pelayanan pada berbagai tingkatan pelayanan keperawatan.

2.2.2 Definisi Keperawatan

Menurut Kusnanto (2016) dalam (Windayati, 2020), keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan berlandaskan ilmu dan kiat keperawatan, dalam bentuk pelayanan bio-psikososial-spiritual yang komprehensif. Pelaksanaan kerja keperawatan secara komprehensif juga harus mencakup upaya Kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif kepada sasaran.

2.2.3 Kemampuan Perawat

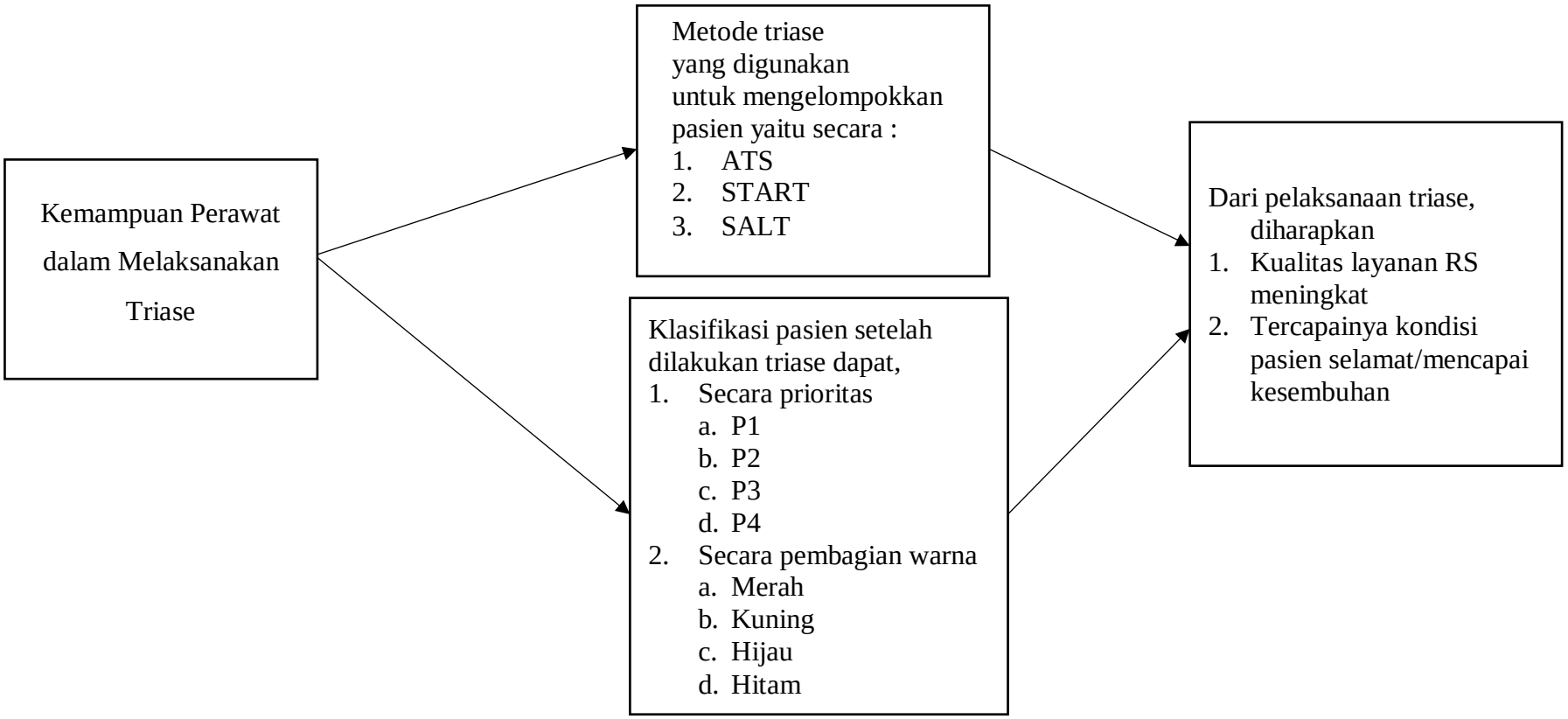
Menurut (Sutrisno et al., 2017) dalam (Aziz et al., 2021) kinerja perawat merupakan alat ukur pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh perawat, dimana pelayanan yang dilakukan dan diberikan oleh perawat kepada pasien biasanya diberikan dalam bentuk asuhan keperawatan. Kinerja perawat yang baik berarti perawat dalam melakukan asuhan sudah terlaksana dengan baik dan diterima dengan baik pula oleh pasien.

Menurut (Rivai, 2011) dalam (Ritonga & Damanik, 2018) manyatakan penilaian kinerja adalah suatu proses dalam menilai hasil kerja individu sesuai indikator yang sudah ditentukan untuk mengetahui bagaimana kemampuan perawat dalam bidang pengetahuan dan keterampilan, khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, sebagai dasar pengembangan perawat, membantu menentukan kompensasi. Dan untuk jika terdapat penyimpangan dalam pelaksanaan pelayanan.

Menurut (Safarpour et al., 2018) dalam (Aziz et al., 2021) kinerja perawat yang kurang baik dapat menyebabkan terjadi bermacam masalah yang memengaruhi keamanan dan keselamatan pasien yang sedang dirawat dan mendapatkan asuhan keperawatan.

Menurut Ika Purwanto (2021) dalam (Heldawati et al., 2022) kompetensi adalah kemampuan kerja setiap individu yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Kompetensi melihat secara mendalam pada kemampuan seseorang dalam melakukan tugas dan tanggung jawab pekerjaan.

2.3 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual