

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penanganan di rumah sakit, di dalam *triage* mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat menggunakan *triage* dalam penanganan pasien sesuai ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan keperawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien mungkin memiliki kesulitan bernapas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam mengancam kehidupan akan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka dalam kondisi kritis atau banyak membutuhkan sumber daya medis termasuk pada pasien non trauma. (Bagus, 2007).

Pada pasien non trauma tertentu seperti kegagalan system saraf pusat, kardiovaskuler, pernapasan, dan hipoglikemia dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat antara 4-6 menit, untuk itu dibutuhkan waktu yang relatif lebih cepat dalam melakukan pertolongan untuk mencegah kematian (Bagus, 2007). Jurnal penelitian yang disampaikan oleh Farokhnia dan Gorransson

pada tahun 2011 mengenai “*Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update*” melaporkan mengenai peningkatan penerapan kualitas *triage* pada *emergency department* di Sweden dari tahun 2009 (73%) ke tahun 2010 (97%). *Swedish Council on Health Technology Assessment* mencoba mengirimkan kuesioner kepada manajer *emergencydepartment* di seluruh rumah sakit di Sweden (74 rumah sakit). Kuesioner berisi pertanyaan mencakup mengenai aspek dalam penerapan intervensi *triage* pada pasien non trauma yang digunakan selama ini dan perencanaan untuk tindakan kepada pasien yang akan diterapkan oleh perawat berdasarkan observasi dan penilaian dokumentasi *triage* pada file pasien ketepatan penilaian *triage* pada bulan September 2010 94,24%, Oktober 2010 95,95% dan November 2010 98, 61%. Tetapi pelaksanaan *triage* belum sepenuhnya dilakukan di ruang *triage* yang telah disediakan karena masih ditemukan perawat tidak selalu berada di ruang *triage* dan adanya faktor pasien yang tidak mau dilakukan *triage*. (Farokhnia & Gorransson, 2011)

Penerapan *triage* terdiri dari upaya klasifikasi kasus pasien non trauma secara cepat berdasarkan keparahan cedera mereka dan peluang kelangsungan hidup mereka melalui intervensi medis yang segera. Sistem *triage* tersebut harus disesuaikan dengan keahlian setempat. Sistem *triage* biasanya sering ditemukan pada perawatan gawat darurat di suatu kecelakaan. Hal yang terkait dengan penanganan secara cepat dan tepat, dapat menyelamatkan

hidup pasien. Jadi perawat harus mampu menggolongkan pasien tersebut dengan system *triage*. Pada system rumah sakit, langkah pertama yang harus dilewati saat masuk rumah sakit adalah penilaian oleh perawat *triage*. Perawat ini kemudian melakukan evaluasi kondisi pasien, perubahan-perubahan yang terjadi, dan menentukan prioritas giliran untuk masuk ke UGD dan prioritas dalam mendapatkan penanganan. Pemeriksaan dan penanganan darurat selesai, maka pasien dapat masuk ke dalam system *triage* rumah sakit. Untuk lebih jelasnya dapat kita beri contoh misalkan pasien label merah adalah pasien dengan keadaan gawat darurat/pasien cedera berat atau mengancam jiwa dan memerlukan transport segera. Misalnya: gagal nafas, cedera torako-abdominal, cedera kepala atau maksilo-fasial berat, syok atau pendarahan berat, luka bakar berat, dan lain-lain. Sedangkan pada pasien dengan label kuning adalah pasien misalnya dengan penyakit infeksi ringan, usus buntu, patah tulang, luka bakar ringan, cedera abdomen tanpa syok, cedera dada tanpa gangguan respirasi, cedera kepala atau tulang belakang leher tanpa gangguan kesadaran serta luka bakar ringan. Pasien yang mendapat label hijau adalah pasien dengan kondisi kesehatan yang masih dapat ditunda pelayanan, misalkan benturan memar di permukaan kulit, luka lecet, tertusuk duri, dan demam ringan, radang lambung, tidak perlu penanganan cepat. Pasien dengan tanda *triage* hitam adalah pasien yang tidak memungkinkan memiliki harapan hidup kendati dilakukan tindakan medis. Misalnya : pasien kondisi kerusakan berat dari seluruh organ penting tubuh, misalnya akibat kecelakaan, bencana alam dan luka bakar. Seorang petugas kesehatan di ruang Unit Gawat Darurat

harus peka menggunakan kemampuan mata, telinga, indera peraba lebih peka, tanggap situasi, cepat dan tepat dalam menilai perubahan mendadak pasien yang berada di UGD, sewaktu-waktu kondisi status *triage* bisa berubah (Muttaqin, 2012).

Anderson dkk (2007) menyatakan bahwa perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran dan tanggung jawab utama dalam melakukan *triage* di UGD. Kenyataannya, sistem *triage* di Indonesia belum terstandar secara nasional, sehingga pelaksanaan *triage* antar rumah sakit menjadi berbeda. Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti, petugas *triage* di beberapa rumah sakit di Jawa Timur dilakukan oleh profesi yang berbeda-beda, antara lain oleh dokter umum (dibantu oleh perawat) dan oleh perawat saja. Penelitian Fathoni, Sangchan dan Songwathana (2013) di beberapa Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Jawa Timur menunjukkan bahwa kemampuan kognitif perawat mengenai *triage* masih kurang, khususnya dalam hal menentukan prosedur dan manajemen penyakit pasien. Selain itu, kemampuan psikomotor perawat mengenai *triage* juga masih berada dalam kategori sedang.

Berdasarkan observasi di IGD Rumah Sakit A didapatkan gambaran bahwa jumlah perawat yang *stand by* di depan pintu IGD sangat terbatas (hanya satu orang) dibantu dengan seorang mahasiswa keperawatan yang sedang menjalani praktek klinis. Perawat tersebut bertugas untuk menanyakan keluhan pasien, memilah apakah termasuk trauma atau non trauma, mengantar

pasien masuk ruang tindakan, dan memberikan kode *triage*. Namun berdasarkan observasi peneliti kode *triage* ini tidak diberikan oleh perawat meskipun telah ada sosialisasi penerapan kode *triage* di dinding (Ainiyah, 2015)

Data observasi lainnya menunjukkan bahwa perawat IGD Rumah Sakit A juga tidak melakukan pemeriksaan fisik pasien di ruang *triage* (meskipun ada ruang khusus *triage*). Selain itu, peralatan di ruang *triage* tampak terbatas dan kurangnya jumlah perawat yang bertugas setiap *shift*, di mana *shift* pagi hanya terdapat 9 orang perawat, padahal jumlah pasien pada *shift* tersebut sering melebihi kapasitas brankart yang ada (40 buah), sehingga ruangan IGD menjadi sangat penuh (*overcrowded*). Hasil observasi di atas menunjukkan bahwa permasalahan lingkungan kerja di instalasi tersebut sangat kompleks (Ainiyah, 2015).

Penerapan *triage* terdiri dari upaya klasifikasi kasus cedera secara cepat berdasarkan keparahan cedera mereka dan peluang kelangsungan hidup mereka melalui intervensi medis yang segera. Sistem *triage* tersebut harus disesuaikan dengan keahlian setempat. Sistem *triage* biasanya sering ditemukan pada perawatan gawat darurat di suatu bencana. Dengan penanganan secara cepat dan tepat, dapat menyelamatkan hidup pasien. Jadi Perawat harus mampu menggolongkan pasien tersebut dengan sistem *triase*. Pada sistem rumah sakit, langkah pertama yang harus dilewati saat masuk rumah sakit adalah penilaian oleh perawat *triage*. Perawat ini kemudian

melakukan evaluasi kondisi pasien, perubahan-perubahan yang terjadi, dan menentukan prioritas giliran untuk masuk ke UGD dan prioritas dalam mendapatkan penanganan. Setelah pemeriksaan dan penanganan darurat selesai, pasien dapat masuk ke dalam sistem triage rumah sakit. Lebih jelasnya dapat kita beri contoh misalkan pada pasien label merah adalah pasien dengan keadaan gawat darurat / pasien cedera berat atau mengancam jiwa dan memerlukan transport segera. Misalnya : gagal nafas, cedera torako-abdominal, cedera kepala atau maksilo-fasial berat, shok atau perdarahan berat, luka bakar berat dan lain-lain. Sedangkan pada pasien dengan label kuning adalah pasien misalnya dengan penyakit infeksi luka ringan, usus buntu, patah tulang, luka bakar ringan. cedera abdomen tanpa shok, cedera dada tanpa gangguan respirasi, cedera kepala atau tulang belakang leher tanpa gangguan kesadaran serta luka bakar ringan. Pasien yang mendapat label hijau adalah pasien dengan kondisi kesehatan yang masih dapat ditunda pelayanan, misalkan benturan memar di permukaan kulit, luka lecet, tertusuk duri, dan demam ringan, radang lambung, tidak perlu penanganan cepat. Pasien dengan tanda triage hitam adalah pasien yang tidak memungkinkan memiliki harapan hidup kendati dilakukan tindakan medis. Misalnya pasien dengan kondisi kerusakan berat dari seluruh organ penting tubuh, misalnya akibat kecelakaan, bencana alam dan luka bakar. Seorang petugas kesehatan di ruang Unit gawat darurat harus peka menggunakan kemampuan mata, telinga, indra peraba lebih peka, tanggap situasi, cepat dan tepat dalam menilai perubahan

mendadak pasien yang berada di UGD, sewaktu - waktu kondisi status triage bisa berubah (Muttaqin, 2012).

Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor pasien, faktor perlengkapan *triage*, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* yang digunakan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review*, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh Andersson, A.K., M. Omberg, dan M. Svedlund (2007) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Sedangkan faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan *shift*, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien. Jika faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien (Gerdtz & Bucknall, 2012)

Perawat sebaiknya benar-benar memberikan pertolongan pada pasien yang sangat membutuhkan, dimana pasien sangat mengancam nyawanya, namun dengan penanganan secara cepat dan tepat, dapat menyelamatkan hidup pasien tersebut dan perawat tidak membuang waktunya untuk pasien yang memang tidak bisa diselamatkan lagi, dan mengabaikan pasien yang membutuhkan. Di Unit Gawat Darurat (UGD) pengetahuan dan keterampilan

perawat sangat dibutuhkan dan dituntut untuk dapat melakukan *triage* secepat dan setepat mungkin, terutama dalam pengambilan keputusan klinis. Ilmu teoritis dan pengalaman sangat penting bagi petugas UGD, agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilihan saat *triage*, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Oman, 2008). Berdasarkan data dan fenomena diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “ Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Bhaladika Husada Kabupaten Jember”.

B. Rumusan Masalah

1. Pernyataan Masalah

Triage merupakan salah satu keterampilan perawat yang harus dimiliki oleh perawat unit khusus lainnya. Karena *triage* harus dilakukan dengan cepat dan akurat maka diperlukan perawat yang berpengalaman dan kompeten dalam melakukan *triage*, sesuai standar DepKes RI perawat yang melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan PPGD (Penanggulangan Pasien Gawat Darurat) atau BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*) selain itu perawat *triage* sebaiknya mempunyai pengalaman dan pengetahuan yang memadai, karena harus trampil dalam pengkajian serta harus mampu mengatasi situasi yang kompleks dan penuh tekanan sehingga memerlukan kematangan profesional untuk mentoleransi stress yang terjadi dalam mengambil

keputusan terkait dengan kondisi akut pasien dan menghadapi keluarga pasien.

2. Pertanyaan Masalah

- a. Bagaimanakah Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember?
- b. Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember?
- c. Adakah Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember?

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember.

- c. Menganalisis Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma Di UGD Rumah Sakit Baldhika Husada Kabupaten Jember.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian adalah sebagai berikut :

1. Peneliti

Menambah wawasan, Pengetahuan dan Memberikan pengalaman baru tentang Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma serta menerapkan ilmu yang didapatkan kedepannya.

2. Instansi Kesehatan

Dapat dijadikan gambaran bagi perawat untuk meningkatkan pemahaman mengenai Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama sehingga dapat menaikkan keberhasilan penanganan pasien.

3. Kesehatan

Hasil Penelitian dapat dijadikan sebagai referensi tambahan untuk memberikan edukasi perawat mengenai Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama.

4. Peneliti Lain

Dapat menambah pengetahuan dan dapat dijadikan bahan dasar untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Ketepatan Penilaian *Triage* Prioritas Pertama Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Non Trauma.