

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep dasar yang menjadi landasan dalam melakukan penelitian yang meliputi : 1) Konsep Dasar *Triage*, 2) Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan *Triage*, 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan perawat dalam melakukan *triage* di IGD, 4) Kerangka Konsep Penelitian, 5) Hipotesa Penelitian.

2.1 Konsep Dasar *Triage*

2.1.1 Definisi

Kata *triage* berasal dari bahasa Perancis “*Trier*” yang merupakan suatu kata kerja dan mempunyai arti “memilih” yang secara umum dapat dijelaskan bahwa *triage* yaitu sebuah proses yang menempatkan pasien di tempat yang tepat di dekat tim *triage* untuk memperoleh perawatan secara tepat serta cepat (Becker *et al.*, 2019). *Triage* merupakan pengkategorian yang dilakukan tenaga kesehatan kepada pasien berdasarkan kebutuhan klinis dan sumber daya yang dimiliki rumah sakit. *Triage* adalah alat vital untuk mengurangi waktu tunggu pasien (Bergs, Gillet, Vandijck, Hasselt, & Leuven, 2020).

Berdasarkan penjelasan di atas, maka bisa disimpulkan *triage* yaitu instrumen atau alat yang digunakan untuk melakukan pengkategorian pasien sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan serta kebutuhan klinis pasien yang dapat mengurangi waktu tunggu pasien di rumah sakit.

2.1.2 Konsep Prioritas Kegawatan Dalam *Triage*

Konsep gawat darurat adalah pelayanan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan yang dilihat dari waktu yang secepat mungkin. Perawatan darurat adalah fokus besar pelatihan para perawat profesional dalam menggunakan sistem *triage*. *Triage* merupakan keputusan klinis yang dipertimbangkan melalui menggabungkan informasi yang diperoleh dari pasien dan aturan yang berlaku dalam *triage* untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien. Keberhasilan *triage* adalah bagaimana implementasinya terhadap kecepatan dan ketepatan menangani pasien didalam bekerja. Pasien dikategorikan dalam 5 kategori yaitu : *immediate* “harus ditangani secara langsung”, *very urgent* “dalam waktu 10 menit”, *urgent* “dalam waktu 60 menit”, *standart* “dalam waktu 2 jam”, *non urgent* “dalam waktu 4 jam”. Penilaian kegawatdaruratan melibatkan pasien menghadirkan masalah dan keluhan pasien dan dapat dikombinasikan dengan parameter fisologis (Zachariasse, 2020).

Menurut Jessica Castner (2021) melihat *triage* sebagai bentuk kemasan tindakan kegawatdaruratan kepada pasien secara cepat dan tepat. Perawat memiliki konseptual yang lebih luas dalam melakukan *triage*, pengkajian awal dan pengumpulan data yang bersifat valid. *Emergency Severity Index* (ESI) mengemukakan bahwa *triage* sebagai standar baku di Indonesia dan Amerika Serikat, namun penelitian menunjukkan apakah perawat telah menilai dan merekam telah sesuai dengan sumber daya yang diantisipasi (Castner, 2021).

Oredsson (2021) menyatakan prinsip *triage* menggunakan sistem prioritas yang berupa menentukan pasien mana yang mesti ditangani terlebih dahulu terkait penatalaksanaan pasien yang mengancam jiwa melalui penyortiran pasien berdasarkan: 1) Ancaman jiwa yang mampu meninggal dalam beberapa menit, 2) Ancaman jiwa yang mampu meninggal dalam hitungan jam, 3) Cedera ringan, 4) Sudah meninggal (Oredsson *et al.*, 2011).

2.1.3 Jenis *Triage*

Pengolongan jenis *triage* dapat diidentifikasi dari beberapa sumber. Thomas dan Dains tahun 1992 menjelaskan tiga tipe umum dari sistem *triage* berupa tipe 1 *traffic director/triage non-nurse*, tipe 2 *spot check triage/advanced triage* dan tipe 3 *comprehensive triage* (Ningsih, 2011).

- a. *Traffic Director* atau *Non-Nurse, triage* dilakukan oleh petugas yang tidak memiliki ijazah yang bisa dilakukan minimal dan terbatas seperti pendaftaran pengkajian, mengkaji keluhan utama melalui pendataan visual, tidak dilakukan dokumentasi, tidak ada pedoman, tidak ada standar baku yang bisa dijadikan intervensi oleh petugas.
- b. *Spot Chek* atau *Advanced triage* yang bisa dilakukan oleh petugas profesional seperti perawat dan dokter.
- c. *Comprehensive triage* yang dilakukan oleh petugas yang memiliki pengalaman dan pendidikan yang sesuai, telah mengikuti pelatihan yang cukup dan memiliki standarisasi kemampuan yang sesuai, kategori prioritas dan protokol standarisasi tertulis dengan lengkap untuk proses

termasuk tes diagnostik.

Berdasarkan *Emergency Nurses Association* (ENA) sistem *triage* dapat terbagi menjadi tiga tipe, adalah sebagai berikut (Ningsih, 2021):

a. Tipe 1

Tipe ini dilakukan oleh non-perawat, yang menjadi tipe yang paling dasar seorang penyedia pelayanan ditunjuk untuk menyambut pasien dan mencatat keluhan pasien. Dari anamnesa ini dilakukan pemeriksaan awal untuk menentukan pasien sakit atau tidak. Pasien yang sakit ditransfer ke ruang perawatan selanjutnya untuk lakukan pemeriksaan. Pada tipe 1 ini hanya bersifat standar mencatat status pasien mengenai nama dan keluhan utama. Hasil ini kurang efektif karena penempatan didepan pintu, hasil tidak memenuhi kriteria atau standar sehingga menyebabkan pasien yang tidak dapat ditangani dengan benar atau bahkan bisa tidak ditangani.

b. Tipe 2

Tipe 2 ini dilaksanakan oleh perawat yang berpengalaman (*Registered Nurse/RN*) yang bertugas di ruangan. Pasien yang masuk ruangan secepatnya dilakukan tindakan pengobatan yang cepat dan tepat oleh tenaga medis profesional yang ada di ruangan. Data subjektif serta objektif yang diperoleh terfokus di keluhan utama. Pasien dikategorikan dalam tiga klasifikasi: gawat darurat, darurat atau biasa. Rumah sakit yang mengaplikasikan sistem ini harus mempunyai pedoman yang baku sebagai standar acuan untuk

menentukan status kegawatan pasien.

c. Tipe 3

Sistem komprehensif adalah tipe yang memiliki sistem paling bagus dibandingkan tipe lain. Tipe ini yang dianjurkan oleh *Emergency Nurse Association* (ENA) dalam pelaksanaan gawat darurat. Perawat yang telah terregistrasi di ruangan gawat darurat bertugas menetapkan prioritas masalah keperawatan. Perawat yang bekerja pada ruangan *triage* adalah perawat yang telah terregistrasi. Proses pengkajian meliputi data objektif dan subjektif. Tujuan tindakan komprehensif untuk mendapatkan informasi penting untuk proses selanjutnya. Tingkat penentuan bergantung pada pihak rumah sakit, apakah menggunakan sistem bertingkat tiga, empat, atau lima. Hasil akan dicatat di rekam medis oleh perawat sesuai dengan kondisinya. *Emergency Nurse Association* (ENA) menyarankan sistem ini untuk dilakukan selama 3-5 menit.

2.1.4 Tujuan *Triage*

Adapun tujuan *triage* yang dilakukan yaitu sebagai berikut (Aacharya *et al.*, 2021):

- a. Menentukan prioritas klinis pasien berdasarkan apa yang telah disampaikannya.
- b. Untuk mengurangi jumlah morbiditas dan mortalitas.
- c. Mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan segera tetapi tetap memperhatikan keadaan pasien dalam keadaan aman dan tidak

memerlukan perawatan darurat sama sekali.

- d. Perawat dapat cepat menilai pasien dengan kriteria yang sudah ditentukan dan dapat sesegera mungkin untuk menangani pasien yang membutuhkan perawatan darurat.
- e. Penilaian *triage* berdasarkan evaluasi yang handal dan valid.

2.1.5 Kategori *Triage*

Triage dapat diklasifikasikan menjadi menjadi beberapa kategori yaitu (Ningsih, 2021):

a. *Triage* dua tingkat

Dalam *triage* tingkat dua, pasien digolongkan dalam kategori sakit dan tidak sakit. Pasien harus segera mendapatkan perawatan segera jika kondisi mengancam jiwa dan pasien yang menunjukkan tanda-tanda tidak serius dapat menunda perawatan.

b. *Triage* tiga tingkat

Sistem *triage* ini banyak diaplikasikan di luar negeri khususnya di Amerika Serikat yang pasien digolongkan berdasarkan warna (merah, kuning, hijau) atau pemberian nomor (kategori 1,2,3) pada dasarnya kategori ini mengacu pada:

- 1) Gawat darurat yaitu pasien yang memerlukan perawatan segera yang mengancam jiwa pasien misalnya: *cardiac arrest*, cedera berat dan *respiratory failure*. Respon pasien yang muncul harus diamati serta dilaksanakan pemantauan secara intensif.
- 2) Darurat yaitu pasien memerlukan perawatan segera namun masih dapat

menunggu perawatan misalnya: nyeri perut, fraktur dan batu ginjal, perlu dilakukan pemantauan/30 menit.

- 3) Biasa yaitu pasien dapat menunggu untuk mendapatkan perawatan, menunggu untuk mendapatkan pemeriksaan karena keadaan pasien tidak dalam keadaan yang berbahaya. Pasien biasanya ditempatkan di *ambulatori care*, misalnya: konjungtiva, gangguan tenggorokan, kulit dan sebagainya. Pasien perlu dilaksanakan pemantauan selama 1-2 jam.

c. *Triage* empat tingkat

Pada *triage* empat tingkat dapat dilaksanakan melalui cara menambahkan diagnosa ancaman jiwa selain gawat darurat, darurat dan biasa.

d. *Triage* lima tingkat

Berdasarkan kebijakan yang disepakati antara *American College of Emergency Phicisians* (ACEP) dan *Emengency Nursing Association* (ENA) pada tahun 2003, di Amerika telah ditetapkan sistem lima tingkat ini secara nasional. *American College of Emergency Phicisians* (ACEP) dan *Emengency Nursing Association* (ENA) meyakini bahwa dengan menggunakan lima sistem level ini kualitas pelayanan akan menjadi lebih baik. Saat ini *triage* lima tingkat sudah diaplikasikan di Amerika Serikat. Pada skala ini menambahkan level satu berada pada tingkat tertinggi berarti gawat darurat dan tingkat lima dengan kondisi pasien dalam keadaan ringan.

e. Skala *triage* Australia

Skala *triage* ini banyak diaplikasikan di rumah sakit Australia. Pasien pertama kali tiba di IGD mulai dihitung waktunya, jika perawat akan menetapkan keputusan tingkat kedaruratan *triage* dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Proses *triage* ini menilai kegawatdaruratan pasien secara menyeluruh.

Tabel 2. 1 *Triage* Australian dan Skala Akuitasnya

Tingkat	Waktu Perawatan	Presentase Tindakan
Sangat mengancam hidup	Langsung	100
Sedikit mengancam hidup	10 menit	80
Beresiko mengancam kehidupan	30 menit	75
Darurat	60 menit	70
Biasa	120 menit	70

f. Skala *Triage* Kanada

Skala yang dikembangkan di Kanada, para dokter dan perawat di Kanada mengembangkan lima level *triage* ini. Setiap tingkat pada *triage* ini menggambarkan keadaan pasien, pada *triage* tingkat 1 contoh kasusnya: *cardiac arrest*, cedera berat, *acute respiratory failure*, dan lain-lain. Sedangkan *triage* 5 tingkat, misalnya: pasien terkilir, luka ringan dan sebagainya. *Triage* yang dilaksanakan oleh perawat harus sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan pasien dan tingkat pengalaman atau pendidikan yang dimiliki perawat. Dalam melaksanakan *triage* perawat harus dapat memilih pasien sesuai dengan tingkat kegawatannya yaitu seberapa lama pasien harus menunggu dan dilakukan pengkajian komprehensif, seberapa lama pasien menunggu sampai mendapatkan perawatan oleh dokter.

Pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat membantu perawat dalam menentukan pasien sesuai dengan level-levelnya berada.

Tabel 2. 2 *Triage Kanada* dan Skala Akuitasnya

Tingkat	Waktu untuk perawat	Waktu untuk Dokter	Respon Langsung
Resusitasi	Langsung	Langsung	98%
Gawat Darurat	Langsung	>15menit	95%
Darurat	<30 menit	<30 menit	90%
Biasa	< 60 menit	< 60 menit	85%
Tidak Gawat	<120 menit	< 120 menit	80%

g. Skala *Triage Manchester*

Skala *triage* Manchester ini dikembangkan di Inggris oleh tim gawat darurat seperti perawat dan dokter. Pada level ini pasien di beri label warna dan tanda untuk menentukan tingkat kegawatdaruratannya. Jawaban iya dari pasien membantu perawat dalam menentukan tingkat kegawatdaruratannya pasien.

Tabel 2. 3 *Triage Manchester* dan Skala akuitasnya

No	Nama	Warna	Waktu
1	Langsung	Merah	0 menit
2	Gawat Darurat	Orange	10 menit
3	Darurat	Kuning	60 menit
4	Standart	Hijau	120 menit
5	Biasa	Biru	240 menit

h. Metode *Simple Triage and Rapid Treatment* (START)

Metode START dikembangkan pada penolong pertama dengan melakukan pengecekan pemerikasaan primer berupa respirasi, perfusi dan status mental (Ningsih, 2021). Pada penilaiannya, pasien diberikan label dalam mengklasifikasikan pasien. Adapun klasifikasi pasien dapat ditentukan

sebagai berikut (Ningsih, 2021):

1) *Immediate* (Warna Merah)

Pasien dengan kategori *immediate* diberikan label berwarna merah/kegawatan yang mengancam nyawa (Prioritas 1). Adapun kategori *immediate* yaitu respirasi >30 x/menit, tidak terdapat nadi radialis dan tidak sadar/adanya penurunan kesadaran.

2) *Delay* (Warna Kuning)

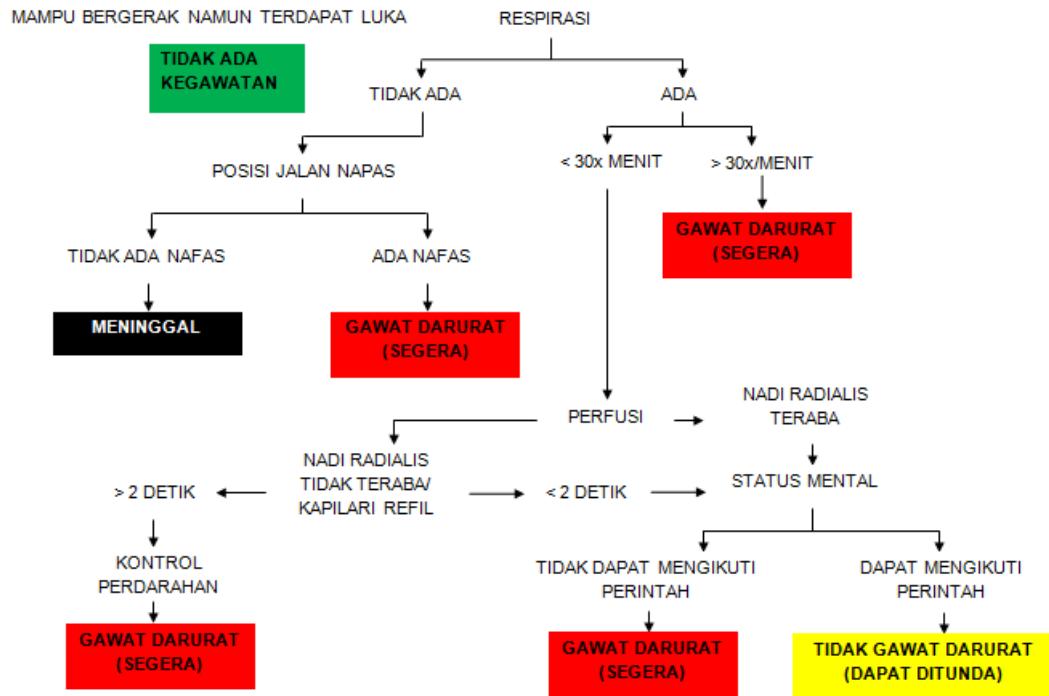
Pasien dengan kategori *delay* diberikan label berwarna kuning/kegawatdaruratan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas 2). Adapun kategori *delay* yaitu respirasi <30 x/menit, nadi teraba dan status mental normal.

3) *Minor* (Warna Hijau)

Pasien dengan kategori *minor* diberikan label berwarna hijau/tidak terdapat kegawatdaruratan sehingga penanganan dapat ditunda (prioritas 3). Adapun kategori *minor* yaitu pasien dapat mengikuti instruksi verbal dari penolong.

4) *Dead*

Pasien dengan kategori *dead* diberikan warna hitam yang mana pada kategori ini tidak memerlukan penanganan apapun. Adapun alur START dijelaskan pada bagan berikut:



Gambar 2. 1 Alur START Sumber: (Ningsih, 2021)

2.1.6 Kegiatan yang Diharapkan pada Pelaksanaan *Triage*

Menurut Depkes RI pelaksanaan *triage* di ruangan yang dilakukan oleh perawat ketika pasien datang adalah (Depkes, 2019):

- Memprioritaskan perawatan pasien, menentukan pasien kedalam gawat darurat (*emergency*), gawat (*urgent*), dan tidak gawat (*non urgent*).
- Menangani pasien dengan segera untuk mendapatkan pengobatan terhadap pasien yang mengalami trauma untuk segera dibawa ke ruang resusitasi untuk mendapatkan penanganan sesuai dengan keadaan pasien.
- Memfasilitasi akses untuk semua orang yang mencari bantuan medis
- Menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien yang tidak membutuhkan perawatan segera, sementara menunggu pengobatan.

2.1.7 Proses *Triage*

Dalam pelaksanaan *triage* hendaknya perawat memperkenalkan diri terlebih dulu dengan memperhatikan keadaan pasien seperti kepatenan jalan napas, bernapas dan sirkulasi (terjadi perdarahan yang banyak dan perubahan warna kulit) (Bracker, 2019).

Tujuan dari proses *triage* menyelamatkan jiwa pasien dengan segera dengan mengumpulkan data dari pasien dan data yang didapat dilakukan pengambilan *triage* dan dapat dilakukan intervensi sesuai dengan keadaan pasien yang mengancam nyawa, pernapasan ataupun sirkulasi maka perawat harus secepatnya melaksanakan intervensi serta membawa pasien menuju ruangan perawatan (Becker *et al.*, 2019).

Pemeriksaan *triage* pasien dimulai dengan pengkajian awal, perawat harus menentukan kondisi pasien seperti keadaan umum pasien memperhatikan adanya bau yang tidak khas dan suara yang tidak biasa. Perawat yang sudah biasa menangani pasien gawat darurat akan cepat mengetahui keadaan pasien melihat pasien yang membutuhkan penanganan segera dan mendapatkan perawatan. Ada beberapa cara untuk melakukan *triage* yang dapat dilakukan oleh perawat pengkajian antar-ruang (pandangan sekilas) ketika pasien datang pertama kali (Becker *et al.*, 2019).

Pada saat melakukan *triage* perawat harus tetap memperhatikan adanya sumber infeksi dalam kondisi apapun dimana bisa terjadi melalui kontak darah dan cairan tubuh. Setiap kali kontak dengan pasien perawat harus membersihkan tangan dengan sabun merupakan langkah penting dalam

mengurangi penyebaran infeksi (Becker *et al.*, 2019).

Emergency Nursing Pediatric Course pada anak-anak dalam melakukan *triage* ada beberapa panduan pengkajian antar ruang yaitu sebagai berikut (Ganley & Gloster, 2019):

Tabel 2. 4 Pengkajian Antar – Ruang Pada Pasien Anak

Penampilan	Keadaan Otot
	Pangan Mata
	Tangisan, Ucapan
Status Pernapasan	Gangguan pada hidung
	Retraksi Intecosta
	Suara Napas Abnormal
	Posisi kenyamanan
	Perubahan status pernapasan
Sirkulasi Kulit	Pucat
	Sianosis
	Mottling

a. Pengkajian *Triage* secara Subjektif

Pengkajian yang bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien saat ini yang diperoleh dari pasien atau keluarga pasien yang dilakukan secara cepat dan tepat. Data subjektif ini meliputi keluhan utama, gejala-gejala yang terkait dan apa yang dirasakan dan dikeluhkan pasien, faktor pencetus atau riwayat penyakit sekarang, mekanisme cedera, obat-obat yang digunakan sebelumnya dari riwayat alergi serta mengevaluasi riwayat medis pasien, termasuk pengalaman pasien dirawat di rumah sakit (Johnson *et al.*, 2020).

b. Pengkajian *Triage* secara Objektif

Pengkajian yang didapat selama wawancara dengan pasien. Memeriksa tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah) yang

dilakukan oleh perawat *triage*. Berat badan dan data fisik dilakukan dengan cara palpasi, perkusi dan auskultasi. Fokus utama perawat *triage* adalah keluhan utama, riwayat terjadinya keluhan, gejala dan tanda-tanda seperti (Johnson *et al.*, 2020):

- 1) Pengkajian nyeri dilakukan dengan cara menggunakan *Provoking Incident, Quality or Quantity of Paint, Region, Severity of Pain, Time* (PQRST) yang meliputi *provoke* yaitu penyebab rasa nyeri atau rasa sakit, yang membuat rasa sakit menjadi semakin baik atau buruk yang dilakukan saat rasa nyeri muncul, *quality* bagaimana kualitas nyeri yang dirasakan, seperti diremas, kaku, seperti terbakar, seperti ditusuk-tusuk sampai mengganggu tidur, *region* yaitu terjadi penyebaran atau tempat rasa sakit yang dirasakan, apakah rasa sakit menyebar disatu titik atau rasa sakit dirasakan ditempat lain, *severity* yaitu keparahan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien, nilai rasa nyeri tersebut dapat dilakukan dengan menilai dalam skala 1-10 dilihat dari 0 tidak sakit dan 10 yang dirasakan paling sakit menggunakan skala *faces* pada pasien anak-anak, *times* yaitu waktu munculnya rasa sakit yang dirasakan pertama kali atau rasa sakit yang hilang timbul atau terus menerus (Johnson *et al.*, 2020).
- 2) Pengkajian pada anak menggunakan *Chief Complant, Immununications, Allergies, Medications, Past Medical History, Parents/Caregivers Impressions, Event Sumpunding the Condition* (CIAMPEDS) yaitu yang meliputi *chief complaint* yaitu keluhan

utama, *immunications* yaitu isolasi atau ada kemungkinan pada anak terkena penyakit menular seperti pada penyakit *Tubercle Bacillus* (TBC), cacar dan lain-lain. *Allergies* yaitu adanya alergi terhadap makanan perawat memeriksa dan menanyakan, pengobatan atau produk, *medications* yaitu pengobatan, menanyakan jenis pengobatan yang sedang dijalani termasuk suplemen, jamu dan resep dokter, *past medical history* yaitu riwayat kesehatan, *parents/caregivers impressions* yaitu penilaian yang dilakukan oleh orang tua terhadap kondisi anak, *event sumpunding the condition* yaitu kejadian yang menyertai penyakit, diet yaitu asupan makanan atau nutrisi yang dikonsumsi oleh anak dan berhubungan dengan proses penyakit, *diapers* yaitu popok yang digunakan adalah frekuensi BAB dan BAK, *symptoms* yaitu gejala-gejala yang terkait dengan penyakit yang dirasakan (Johnson *et al.*, 2020).

2.2 Pengambilan Keputusan dalam Pelaksanaan *Triage*

Pengambilan keputusan adalah proses yang dilakukan perawat dalam memilih pasien yang mengalami kasus gawat darurat (Hutton & Arbon, 2021). Pengambilan keputusan *triage* merupakan proses pengambilan keputusan dengan mengutamakan kebutuhan pasien dan memperhatikan tingkat keparahan pasien untuk mendapatkan perawatan medis (Stanfield, 2019). Pengambilan keputusan *triage* adalah proses *inheren, kompleks* dan *dinamis*. Keputusan dilakukan dalam satu lingkup yang membutuhkan waktu cepat dengan informasi yang terbatas, untuk pasien yang umumnya tidak memiliki

prognosis medis (Ganley & Gloster, 2021). Pengambilan keputusan *triage* ini memaksa perawat harus memiliki kompetensi pelatihan dan yang paling penting adalah pengalaman perawat. Keputusan *triage* ini mencakup pasien, perawatan yang diberikan, lama dirawat, dan kepuasan pasien. Proses *triage* ketika pasien pertama kali datang dan perawat memperhatikan kondisi pasien (Stanfield, 2019). Keputusan *triage* dapat dibagi menjadi keputusan *triage* primer dan sekunder. Keputusan *triage* primer berhubungan dengan penilaian awal *triage*, alokasi kategori *triage*, bantuan awal dan pemindahan pasien, sedangkan keputusan *triage* sekunder berkaitan pada asuhan keperawatan dalam mempercepat penatalaksanaan darurat serta menyediakan kenyamanan untuk pasien (Gerdts & Bucknall, 2020).

Dalam melakukan penilaian *triage* ada tiga kemungkinan yang ada yaitu pasien ditempatkan lebih rendah dari tingkat kegawatan yang sebenarnya (*under triage*), pasien ditempatkan sesuai dengan tingkat kegawatan yang sebenarnya (*expected triage*) serta pasien ditempatkan lebih tinggi dari tingkat kegawatannya (*over triage*) (considine *et al.*, 2019). Masing-masing penilaian *triage* ini mengandung konsekuensi bagi pasien yaitu jika terjadi *under triage* maka hal ini akan berpengaruh pada waktu tunggu yang terlalu lama bagi pasien yang seharusnya perlu mendapatkan penanganan segera, hal ini tentu saja merugikan bagi pasien. Sebaliknya jika terjadi *over triage* maka tentu saja menguntungkan bagi pasien yang mendapat penanganan kerena mendapatkan pelayanan segera namun disaat yang bersamaan pasien yang lain juga memerlukan penanganan segera tidak terlayani (considine *et al.*,

2019).

Triage merupakan titik awal adanya kontak klinik dari perawat dengan seluruh pasien yang datang ke IGD. Keputusan klinik dalam pelaksanaan *triage* sangat penting dalam meningkatkan *survival* pasien serta keefektifan penyediaan penatalaksanaan kegawatdaruratan. Keputusan klinis yang dibuat oleh perawat *triage* harus bisa memanfaatkan pengetahuannya dalam berpifkir kritis disaat kondisi dengan informasi yang terbatas, kurang lengkap serta membingungkan. Kualitas dan akurasi keputusan *triage* adalah inti dari pelayanan klinik yang sesuai. Kemampuan dalam melakukan *triage* yang efektif dan efisiensi bergantung pada keluasan pengetahuan dan pengalaman terkait penyakit dan pola cedera yang dihadapi (considine *et al.*, 2019).

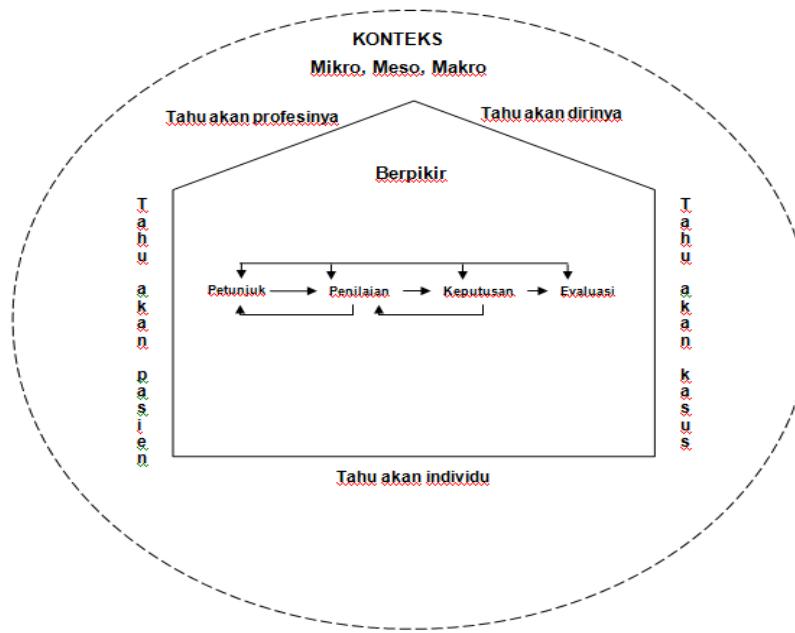
Asosiasi perawat kegawatdaruratan Australia tahun 2018 menetapkan standar minimum terkait dengan peran perawat dalam melakukan *triage* yaitu standar praktik klinik dan standar pendidikan, pelatihan serta pengembangan profesi. Pada standar praktik klinik pengambilan keputusan perawat meliputi melakukan pengkajian serta memprioritaskan pasien, melakukan survei primer, mengkaji faktor resiko, memulai intervensi keperawatan yang sesuai, memastikan keberlangsungan pengkajian ulang dan manajemen pasien, menyediakan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga (CENA, 2018).

Khusus bagi pasien yang mengalami trauma maka perawat *triage* juga di bekali dengan kemampuan khusus dalam mengkaji mekanisme cedera dengan menggunakan *Mechanism of injury* yaitu mekanisme cedera, *injuries*

sustained/symptoms atau gejala yang dirasakan, *vital sign prior to arrival/presentation on arrival emergency services* (EMS) yaitu tanda-tanda vital sebelum kedatangan atau presentasi tentang kedatangan EMS dan *treatment* yang berarti tatalaksana yang telah dilakukan (CENA, 2018).

Pada standar pendidikan, pelatihan dan pengembangan profesi, perawat *triage* harus memiliki kualifikasi dan pengalaman sebagai perawat *triage* yang terregistrasi sehingga mampu melaksanakan tugas sebagai perawat *triage* yang ahli, telah mendapatkan program pelatihan *triage* sebelumnya, berpartisipasi dalam proses penelitian untuk mengaudit dan mengevaluasi praktik *triage*, berpartisipasi dalam pelatihan dan pengembangan profesional di bidang *triage* (CENA, 2018).

Pengambilan keputusan *triage* ini berdasarkan *The Situated Clinical Decision-Making Framework* dari Gillespie tahun 2020 yang terdiri dari konteks, dasar pengetahuan, proses pengambilan keputusan dan proses berpikir (Gillespie, 2020). Adapun *The Situated Clinical Decision-Making Framework* diterangkan pada gambar di bawah ini:



Gambar 2. 2 The Situated Clinical Decision-Making Framework

Sumber : (Gillespie, 2020)

a. Konteks

Perawat membuat keputusan klinis dapat meliputi level mikro (hubungan perawat dengan pasien), level meso (unit keperawatan dan Rumah sakit) dan level makro (profesi, masyarakat dan pemerintah). Setiap level berpotensi mencakup faktor sosial, budaya, politik, ideologis, ekonomi, historis, temporal, dan fisik yang dapat memengaruhi pengambilan keputusan klinis. Ada aspek dari setiap tingkat kontekstual yang memerlukan pertimbangan para ahli ketika menganalisis pengambilan keputusan klinis perawat (Gillespie, 2020).

Pada tingkat makro, ruang lingkup pengambilan keputusan klinis perawat ditentukan oleh batas-batas praktik keperawatan profesional dan dipengaruhi oleh karakteristik sistem perawatan kesehatan. Level meso

menggabungkan matriks relasional di mana perawat membuat keputusan mereka dan kemudian, menekankan pentingnya komunikasi yang efektif dan kemungkinan kolaborasi dalam pengambilan keputusan klinis.

Kemungkinan kolaboratif sangat dipengaruhi oleh aspek sosial dari unit keperawatan seperti budaya unit, struktur organisasi, beban kerja keperawatan, dan ketersediaan orang yang tepat untuk berkolaborasi (Gillespie, 2020). Meskipun sering menjadi sumber dukungan untuk pengambilan keputusan klinis, namun juga dapat mewujudkan tantangan bagi perawat. Pengaruh interupsi dan perlunya perawat untuk memfokuskan kembali pemikiran mereka, dapat mempengaruhi kualitas keputusan klinis (Gillespie, 2020; Hedberg & Larsson, 2004; Potter et al., 2005). Faktor meso-kontekstual lain yang dilaporkan sebagai yang mempengaruhi pengambilan keputusan termasuk tata letak fisik unit, waktu, dan keterbatasan dana (Bucknall, 2003; Gillespie, 2020).

Pada level mikro, perawat dan pasien memiliki hubungan dalam proses keperawatan dan dimensi etis yang melekat dalam semua keputusan klinis. Dalam hal ini, pendidik didorong untuk mempertimbangkan masalah moral sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan klinis perawat dimana hal ini menjadi permasalahan bagi perawat (Doane, 2019; Gillespie, 2020). Adanya kesulitan dalam mengambil keputusan dalam perawatan kesehatan ditemukan pada perawat perawat pemula dimana mereka dihadapkan dengan moral dalam keputusan mereka (Gillespie, 2020). Perawat pemula yang akan membuat keputusan cenderung ke arah pemikiran

berdasarkan aturan, dengan fokus pada penyelesaian tugas atau menanggapi masalah-masalah pasien yang muncul . namun, sebaliknya, perawat yang lebih berpengalaman lebih cenderung melihat situasi pasien secara keseluruhan (Etheridge, 2018; Gillespie, 2020). Hal ini dapat menjadi 'tolok ukur' ini untuk mempertimbangkan implikasi dari 'kecocokan' antara tingkat pengalaman perawat dan ketajaman dan kompleksitas pasien untuk pengambilan keputusan perawat. Akhirnya, pengaruh yang membatasi dari kurangnya kepercayaan pada pemikiran klinis perawat pemula dan pengambilan keputusan harus dipertimbangkan (Beckett, Gilbertson, & Greenwood, 2018; Gillespie,2020)

2020). Oleh karena itu, dalam pengambilan keputusan klinis, perawat perlu mengidentifikasi faktor yang menjadi sumber tantangan untuk pengambilan keputusan klinis perawat. Namun, ketika masalah berada dalam konteks kesulitan untuk berkolaborasi dengan tim medis lain, maka dukungan yang efektif yang sangat diperlukan oleh perawat adalah komunikasi yang efektif dengan kolaborator lainnya.

b. Dasar Pengetahuan

Pengambilan keputusan klinis perawat dapat digambarkan oleh pengetahuan dasar yang ada dari berbagai dimensi seperti profesi keperawatan, perawat itu sendiri, aspek umum dan spesifik dari situasi pasien. Pengetahuan diperlukan untuk perkembangan perawat ke depannya dalam kontek pengambilan keputusan yang efektif dimana memerlukan pengetahuan baru yang berkaitan dengan pasien dan situasi tertentu, bersama dengan

penggunaan pengetahuan yang ada secara baik. Gambar tersebut mendefinisikan setiap dimensi pengetahuan memberikan arahan bagi pendidik ketika menganalisis penggunaan pengetahuan perawat dalam pengambilan keputusan klinis mereka (Gillespie, 2020).

Kapasitas perawat untuk mengetahui profesi dibuat jelas dalam pengambilan keputusan klinis yang mencerminkan ruang lingkup dan standar praktik keperawatan, serta peran, kompetensi, dan keterampilan unit keperawatan tertentu. Mengetahui akan pentingnya kesadaran perawat tentang masalah tersebut membuat perawat dapat mengambil keputusan dan, dengan demikian, memberikan keuntungan untuk keselamatan pasien. Kapasitas perawat untuk merefleksikan penilaian klinis dan kesadaran diri mereka merupakan komponen penting dalam mengembangkan kapasitas pengambilan keputusan klinis (Etheridge, 2018; Gillespie, 2020).

Ketika mempertimbangkan dimensi pengetahuan dasar ini, para pendidik dapat mengeksplorasi kesadaran perawat tentang kemampuan, keterbatasan, keterampilan, pengalaman, dan kebutuhan untuk belajar pada mereka saat berhubungan dengan situasi dan kesediaan untuk mencari atau menawarkan bantuan yang sesuai. Selain itu, pengambilan keputusan klinis yang efektif dan sehat secara etis akan didasarkan pada kesadaran perawat akan potensi keyakinan, nilai-nilai, asumsi dan prakonsepsi mereka untuk mempengaruhi keputusan klinis mereka (Gillespie, 2020).

Di dalam kasus, pasien atau klien dan orang yang mencakup pengetahuan terkait pasien digunakan dalam pengambilan keputusan klinis.

Dalam menilai mengetahui kasus ini, pendidik akan fokus pada pemahaman perawat tentang konsep-konsep teoritis yang berkaitan dengan populasi pasien umum dan, secara kritis, kapasitas mereka untuk menerapkan pengetahuan ini dalam membuat keputusan klinis. Untuk perawat pemula, pengetahuan kasus akan diambil terutama dari buku teks; dengan pengalaman basis ini diperluas melalui akuisisi pengetahuan dan pengalaman. Ketika klien atau pasien mengalami suatu kondisi tertentu, perawat dapat menggunakan pengetahuan kasus untuk membangun pemahaman tentang keadaan klinis individu, dengan focus pada informasi awal, pola dan tren dalam data fisiologis dan diagnostic (Gillespie, 2020).

Ada beberapa masalah yang dapat memengaruhi kapasitas perawat untuk membangun pengetahuan yang mendukung pengambilan keputusan klinis individual dan asuhan keperawatan. Pertama, karena pengetahuan kasus memberikan arahan untuk mengetahui pasien dan orang, defisit dalam pengetahuan kasus akan membatasi kemampuan perawat untuk membangun pengetahuan perawat. Kedua, perawat 'mungkin memiliki pengetahuan kasus yang memadai tetapi, karena proses berpikir yang kurang berkembang, sulit menggunakan pengetahuan ini untuk membangun pengetahuan pasien dan orang, membimbing identifikasi masalah yang akurat, dan untuk menginformasikan pengambilan keputusan (Gillespie, 2020). Ketiga, pengalaman perawat akan memengaruhi kapasitas mereka untuk membangun pengetahuan individual. Sebagai contoh, perawat pemula mungkin mengalami kesulitan membangun pemahaman tentang pasien

sebagai individu ketika situasi klinis kompleks. Dengan pengalaman yang semakin meningkat, perawat mulai melihat situasi secara lebih holistik dan merawat pasien sebagai individu (Gillespie,2020).

c. Proses Pengambilan Keputusan

Dalam kerangka kerja ini, fase-fase yang terdiri dari proses pengambilan keputusan klinis yaitu, isyarat, penilaian, keputusan, dan evaluasi hasil tidak linier, menginformasikan dan dapat diinformasikan oleh orang lain.

1) Tanda untuk bertindak

Proses pengambilan keputusan klinis perawat dimulai ketika mereka mengenali isyarat dari pasien; ini bisa berupa respons pasien tertentu atau tidak adanya sesuatu yang diharapkan. Dari titik awal ini, perawat mengumpulkan isyarat tambahan dari berbagai sumber untuk memahami situasi. Ada beberapa aspek dari tanda perawat untuk bertindak yang memerlukan pertimbangan oleh pendidik. Pertama, karena penilaian dan komunikasi merupakan pusat proses pengumpulan isyarat, kompetensi perawat dalam bidang-bidang ini akan memengaruhi kualitas pengumpulan isyarat (Gillespie, 2020).

Kedua, ketergantungan perawat pemula pada pemikiran terikat aturan dan kurangnya pengetahuan pengalaman menantang mereka menyelesaikan pengumpulan isyarat yang sesuai. Dengan kemampuan terbatas untuk mengenali aspek-aspek penting dari situasi pasien, perawat pemula dapat mengumpulkan berbagai macam isyarat

dengan cara yang relatif tidak cerdas, dan kemudian berjuang dengan memahami akumulasi informasi. Atau, baik karena kurangnya pengetahuan, atau dalam menanggapi perasaan urgensi yang nyata atau dirasakan untuk menyelesaikan masalah, perawat pemula mungkin gagal mengumpulkan isyarat yang memadai dan kemudian membentuk penilaian yang didasarkan pada informasi yang terbatas (Gillespie, 2020).

Kurangnya „gambaran total perawat tentang situasi pasien muncul sebagai tema seputar situasi perawat yang nyaris terjadi dan kejadian buruk (Mary Gillespie, 2020). Dengan demikian, analisis fase ini dari proses pengambilan keputusan klinis perawat harus mempertimbangkan sumber, ruang lingkup dan relevansi isyarat yang dikumpulkan serta pengakuan perawat tentang pola dalam isyarat dan kapasitas mereka untuk memberikan makna pada isyarat (Gillespie, 2020).

2) Pertimbangan

Pertimbangan didefinisikan sebagai kesimpulan terbaik yang dapat dicapai oleh perawat pada suatu titik waktu, mengingat informasi yang tersedia. Definisi ini mencerminkan kenyataan klinis di mana perawat terlibat dalam proses yang dinamis, bergerak di antara penilaian yang mungkin dan pengumpulan isyarat. Koleksi isyarat yang sedang berlangsung memberi tahu, dan diinformasikan oleh, pemahaman seorang perawat yang berkembang tentang situasi dan berlanjut menuju kesimpulan terbaik (Gillespie & Peterson, 2019). Ada

beberapa sumber kesalahan potensial dalam proses perpindahan antara isyarat dan penilaian yang memungkinkan untuk membentuk kesimpulan terbaik (Gillespie, 2020).

Pertama, basis pengetahuan terbatas perawat baru dapat menyebabkan mereka gagal untuk mempertimbangkan dan mengeksplorasi berbagai penjelasan untuk isyarat yang muncul pada pasien, menghasilkan pembentukan penilaian yang salah. Kedua, kesalahan dapat terjadi ketika perawat gagal untuk mempertimbangkan isyarat yang tidak sesuai dengan penilaian mereka yang disukai: ini mungkin timbul dari perasaan urgensi perawat untuk 'membuat keputusan,' atau dari bias yang timbul dari kepercayaan yang salah tempat atau kurangnya pemahaman. Ketika penilaian disukai, perawat dapat mengumpulkan isyarat untuk 'memerintah dalam' penilaian itu, dan akibatnya mempersempit ruang lingkup pertimbangan mereka. Sebaliknya, ketika pengumpulan isyarat disusun untuk membangun bukti yang terkait dengan berbagai kemungkinan penilaian dan akhirnya 'mengesampingkan' penjelasan yang kurang mungkin, kemungkinan penilaian yang akurat meningkat (Gillespie, 2020).

Demikian pula, kesalahan dapat terjadi jika, setelah membentuk penilaian awal, perawat gagal untuk tetap terbuka untuk merevisi penilaian ketika informasi baru muncul. Akhirnya, waktu yang dihabiskan untuk mengumpulkan isyarat untuk memastikan penilaian

harus selalu ditimbang terhadap kondisi klinis pasien. Pada pasien yang lebih akut, keterlambatan dalam membentuk penilaian dapat mengakibatkan penurunan kondisi pasien. Praktek yang aman didukung oleh kesadaran perawat tentang kemajuan mereka menuju pembentukan penilaian (mengetahui diri sendiri) dan kesediaan mereka untuk mencari bantuan dari profesional perawatan kesehatan lainnya (Gillespie, 2020).

Setelah penilaian terbentuk, perawat memberikan prioritas dengan memberi peringkat penilaian dalam hal-hal yang terkait dengan pasien individu dan juga dalam kelompok pasien yang ditugaskan. Prioritas yang tepat sesuai dengan tujuan perawatan pasien dan mencerminkan keselamatan pasien. Kemampuan perawat untuk menetapkan prioritas yang tepat untuk penilaian dipengaruhi oleh basis pengetahuan dan proses berpikir mereka. Selain itu, pengalaman perawat memengaruhi visi mereka tentang prioritas dalam perawatan, dengan perawat pemula sering menekankan pada penyelesaian tugas yang ditugaskan, sementara perawat yang lebih berpengalaman fokus pada perawatan pasien dan keluarga secara lebih luas. Akhirnya, prioritisasi dipengaruhi oleh berbagai faktor kontekstual termasuk hubungan pasien perawat, ketersediaan sumber daya, filosofi perawatan pasien yang dominan, budaya unit, dan faktor-faktor terkait waktu (Bucknall, 2003; Gillespie, 2020).

3) Keputusan

Setelah mencapai “kesimpulan terbaik”, perawat harus

menentukan tindakan, fase yang membutuhkan pertimbangan terkait sesuatu yang harus dilaksanakan serta bagaimana cara itu harus dilaksanakan. Kerangka kerja pengambilan keputusan klinis berfokus pada perawat dapat membuat keputusan dalam berbagai cara termasuk 'menunggu, mengamati' dan 'mencoba sesuatu' (Gillespie, 2020)

Ketika menilai fase pengambilan keputusan klinis pada perawat, pendidik harus membedakan antara keadaan yang menunggu, mengamati dan keterlambatan dalam pengambilan keputusan yang timbul dari ketidakpastian. Dalam tindakan yang timbul dari ketidakpastian memegang implikasi yang signifikan untuk keselamatan pasien, dan menyoroti pentingnya perawat mengenali kapan mereka perlu mencari bantuan. Pilihan keputusan 'mencoba sesuatu' menggambarkan kualitas dalam mengambil keputusan keperawatan (Gillespie & Peterson, 2019). Dalam berbagai keputusan ini, perawat memilih untuk melanjutkan dengan tindakan sementara tetapi tetap terbuka untuk merevisi tindakan saat informasi baru tersedia bagi mereka. Keselamatan pasien, dan fokus untuk penilaian pendidik, bertumpu pada kemampuan perawat untuk membedakan antara secara sadar memilih untuk menguji tindakan dibandingkan dengan mencoba sesuatu karena mereka tidak memiliki alternatif lain, serta kapasitas perawat untuk merevisi tindakan berdasarkan respon pasien (Gillespie, 2020).

Akhirnya, kekhawatiran perawat pemula tentang membuat keputusan yang tepat dapat menjadi titik fokus dalam fase proses

pengambilan keputusan klinis mereka. Kerangka Kerja Pengambilan Keputusan Klinis yang Terletak membingkai tujuan fase keputusan sebagai keputusan terbaik, menyoroti dua poin yang relevan untuk dipertimbangkan oleh para pendidik. Pertama, mungkin ada lebih dari satu tindakan yang merupakan perawatan yang aman, pantas, dan etis. Kedua, keputusan terbaik akan mempertimbangkan keunikan pasien dan konteks sekitarnya (Gillespie, 2020).

4) Evaluasi hasil

Dalam fase akhir pengambilan keputusan klinis, perawat mempertimbangkan efektivitas keputusan, proses yang membutuhkan proses penilaian yang efektif dan pengumpulan isyarat yang memadai. Menanggapi kesimpulan mereka mengenai hasil, perawat dapat kembali untuk evaluasi ke titik mana pun dalam proses pengambilan keputusan, atau mungkin mengakui kebutuhan akan bantuan dan memilih untuk melibatkan profesi kesehatan lainnya. Berbagai kemungkinan ini memandu para pendidik dalam mempertimbangkan efektivitas fase evaluatif pengambilan keputusan perawat (Gillespie, 2020).

d. Proses Berpikir

Kerangka kerja pengambilan keputusan klinis menjelaskan secara eksplisit kontribusi dari pemikiran kritis, sistematis, kreatif, dan antisipatif terhadap pengambilan keputusan klinis. Perspektif pemikiran multidimensi ini mencerminkan bahwa perawat menggunakan berbagai proses

penalaran dalam membuat keputusan klinis dan menawarkan panduan bagi pendidik dalam menilai pengambilan keputusan perawat (Gillespie, 2020).

Pemikiran kritis mendukung penyelidikan dan pemikiran generatif perawat dan telah dikaitkan dengan pengambilan keputusan klinis yang efektif. Pemikiran kritis menjadi jelas dalam kemampuan perawat untuk mengidentifikasi dan menantang asumsi, nilai, dan keyakinan yang mereka bawa ke suatu situasi; pertimbangkan pengaruh konteks; menghasilkan penjelasan, penilaian dan keputusan yang memungkinkan; dan skeptisme reflektif. Kemampuan berpikir kritis dapat dihambat oleh berbagai faktor kontekstual termasuk beban kerja, tekanan waktu, dan fokus sempit pada masalah pasien (Ebright et al., 2003; Gillespie, 2020).

Berpikir sistematis tercermin dalam kemampuan perawat untuk mengumpulkan, menganalisis dan mengatur informasi secara metodis yang mendukung pengenalan pola, pembentukan penilaian yang sehat, pemilihan tindakan, dan evaluasi. Berpikir kreatif merupakan bagian integral dan menjadi bukti dalam respons perawat terhadap tantangan sehari-hari dalam lingkungan klinis yang muncul dari individualitas pasien, peningkatan ketajaman dan kompleksitas pasien, dan keterbatasan sumber daya. Akhirnya, pemikiran antisipatif atau 'berpikir ke depan' sangat penting untuk pencegahan dan deteksi dini masalah potensial pasien, intervensi tepat waktu ketika masalah terjadi, penyelarasan keputusan spesifik dengan tujuan perawatan pasien yang lebih luas dan, akibatnya, hasil yang menguntungkan bagi pasien (Gillespie, 2020).

Berpikir antisipatif juga mendukung prioritas dan perencanaan beban kerja. Orientasi dominan perawat baru terhadap waktu sekarang dan penyelesaian tugas, seringkali membatasi kemampuan mereka untuk berpikir ke depan. Dengan pengalaman, kapasitas untuk berpikir antisipatif berkembang, menjadi jelas pada tingkat praktik yang kompeten (Cruz, Pimenta, & Lunney, 2019; Gillespie, 2020). Dimasukkannya pemikiran dalam kerangka kerja sangat relevan untuk analisis pengambilan keputusan klinis perawat. Pertama, dengan membedakan pemikiran dari pengetahuan dasar, pendidik diminta untuk mempertimbangkan kedua bidang sebagai sumber tantangan yang mungkin: yaitu, untuk menentukan apakah masalah pengambilan keputusan klinis perawat timbul dari pengetahuan yang tidak memadai atau dari ketidakmampuan untuk menggunakan berbagai proses berpikir untuk memanfaatkan pengetahuan yang ada untuk situasi pasien tertentu. Diferensiasi ini sangat penting karena banyak perawat pemula mengalami tantangan terkait dengan pemikiran dalam pengambilan keputusan klinis (Gillespie, 2020; Lasater, 2018).

Dalam sebuah studi baru-baru ini, lulusan baru melaporkan merasa tidak siap dan kewalahan oleh pemikiran yang diperlukan dalam penyediaan perawatan pasien. Sementara survei pemikiran kritis lulusan baru dan penilaian klinis mengungkapkan kinerja yang buruk dalam proses berpikir (Gillespie, 2020)

2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketepatan Perawat dalam Melakukan *Triage* di IGD

Dalam melakukan *triage*, pengambilan keputusan perawat dipengaruhi oleh faktor-faktor berupa pengetahuan, motivasi, pengalaman bekerja, beban kerja. Penelitian yang dilakukan Anderson (2019) didapatkan bahwa pengambilan keputusan perawat dalam melakukan *triage* dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berupa pengetahuan, pengalaman kerja serta pelatihan. Sedangkan faktor eksternal berupa lingkungan kerja, *workload*, kondisi klinis dan riwayat klinis pasien. Pada penelitian lain dimana bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pedoman *triage* yaitu faktor personil meliputi keterampilan perawat (pengkajian, membuat keputusan dan perawatan, pendidikan dan pengalaman). Kemudian faktor yang kedua adalah faktor non personil meliputi jumlah pasien, lingkungan kerja, beban kerja dan keuangan. Adapun faktor ketiga meliputi faktor pasien yaitu usia, jenis penyakit, lama kejadian dan nyeri yang dirasakan (Abbas; Dadashzadeh, Abdolahzadeh, Rahmani, & Ghojazadeh, 2021). Keseluruhan faktor-faktor ini berepengaruh terhadap keputusan penetapan prioritas keperawatan kepada pasien.

Pengetahuan

1. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu menggunakan pancaindra, tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan

telinga (Notoatmodjo, 2003 dalam Lestari, 2015).

2. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2020) faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain yaitu:

1) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang objek atau yang berkaitan dengan pengetahuan. Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan orang tua, guru, dan media massa. Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima, serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

2) Pekerjaan

Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu objek.

- 3) Pengalaman Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut.
- 4) Keyakinan Keyakinan yang diperoleh oleh seseorang biasanya bisa didapat secara turun-temurun dan tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu, keyakinan positif dan keyakinan negatif dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

- 5) Sosial budaya Kebudayaan beserta kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

3. Tahapan Pengetahuan

Tahapan pengetahuan menurut Kholid (2022) , yaitu sebagai berikut:

- 1) Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang telah diterima.Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

- 2) Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

- 3) Aplikasi (Application)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya ialah dapat menggunakan rumus-rumus, metode, prinsip dan sebagainya. Dalam situasi yang lain, misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang telah diberikan.

- 4) Analisis (Analysis)

Adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang

lain.

5) Sintesis (Synthesis)

Menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun suatu formasi-formasi yang ada.

6) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

4. Indikator Pengetahuan *Triage*

Menurut Idzni Nelia Mustafa (2022), tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dikategori berdasarkan empat indikator penilaian yaitu :

- a. Pengetahuan *triage*.
- b. Prinsip-prinsip *triage*.
- c. Kategori *triage*.
- d. Klasifikasi dan penentuan prioritas *triage*.
- e. Metode *triage*.
- f. Fungsi *triage*.

5. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Wawan & Dewi (2011) pengukuran dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari objek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan

pengetahuan, terdapat 2 jawaban yaitu salah diberi kode 0 dan benar diberi kode 1. Setelah terkumpul dibagi menjadi tiga tingkatan / kategori yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut :

- a) Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 75\%$.
- b) Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya 56-75 %.
- c) Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $< 56\%$.

Konsep Dasar Motivasi

1. Definisi Motivasi

Motivasi adalah kondisi internal yang spesifik dorongan yang menggerakkan dan mengarahkan perilaku seseorang ke suatu tujuan. Prestasi merupakan dorongan untuk mengatasi kendala, melaksanakan kekuasaan, berjuang untuk melakukan sesuatu yang sulit sebaik dan secepat mungkin (Rahmawati, 2020).

Motivasi berarti sesuatu yang mendorong untuk berbuat atau beraksi. Motivasi adalah semua hal verbal, fisik atau psikologis yang membuat seseorang melakukan sesuatu sebagai respons. Motivasi juga dapat diartikan sebagai proses gerakan, situasi yang mendorong dan timbul dalam diri individu serta tingkah laku yang ditimbulkan oleh situasi tersebut dan tujuan akhir dari gerakan atau perbuatan (Yaslina, 2018).

Motivasi hidup sehat adalah suatu keinginan seseorang untuk bisa hidup sehat, hal tersebut akan tercermin pada tipe kepribadian seseorang. Peran serta lingkungan dan manusia sangat erat karena setiap manusia memiliki sifat yang berbeda yang dikenal dengan kepribadian. Motivasi

hidup sehat merupakan suatu kebutuhan individu yang tidak bisa pisah dalam kehidupan sehari-hari. Motivasi adalah proses yang menjelaskan mengenai kekuatan, arah dan ketekunan seseorang dalam upaya untuk berperilaku menjadikan individu yang mempunyai motivasi hidup sehat. Oleh sebab itu motivasi hidup sehat merupakan tujuan setiap individu (Khausar, 2021).

2. Tingkatan Motivasi

Berdasarkan tingkatan jenisnya motivasi menurut Rahmawati, (2020) dikategorikan menjadi :

- 1) Motivasi yang didasarkan atas ketakutan (*fear motivation*)

Seseorang takut melakukan sesuatu karena takut jika tidak melakukannya maka sesuatu yang buruk akan terjadi, misalnya orang takut padabos karena takut dipecat.

- 2) Motivasi karena ingin mencapai sesuatu (*achievement motivation*)

Motivasi ini jauh lebih baik dari motivasi yang pertama, karena sudah ada tujuan di dalamnya. Seseorang mau melakukan sesuatu karena dia ingin mencapai suatu sasaran atau suatu prestasi tertentu.

- 3) Motivasi yang didorong oleh ketakutan dari dalam (*inner motivation*)

Motivasi ini didasarkan oleh suatu misi atau tujuan hidupnya. Seseorang yang telah menemukan misi hidupnya bekerja berdasarkan nilai (*values*) yang diyakininya. Nilai-nilai itu dapat berupa rasa kasih sayang (*love*) pada sesama atau ingin memiliki makna dalam menjalani hidupnya. Individu yang memiliki motivasi seperti ini biasanya

memiliki visi yang jauh ke depan. Baginya bekerja bukan sekadar untuk memperoleh sesuatu (uang, harga diri, kebanggaan, prestasi) tetapi adalah proses belajar dan proses yang harus dilaluinya untuk mencapai misi hidupnya.

3. Indikator yang mempengaruhi motivasi

a. Faktor internal

Faktor internal merupakan faktor motivasi yang bersumber dari dalam diri seseorang. Motivasi internal ini muncul akibat adanya keinginan individu untuk mendapatkan prestasi dan tanggungjawab di dalam hidupnya. Ada beberapa hal yang bisa termasuk ke dalam faktor internal, diantaranya adalah:

- 1) Harga diri dan Prestasi, yaitu sebab timbulnya motivasi di dalam diri seseorang bisa dikarenakan ingin mencapai prestasi tertentu atau ingin membuktikan dan meningkatkan harga dirinya.
- 2) Kebutuhan, motivasi juga dapat timbul karena adanya kebutuhan akan sesuatu di dalam hidupnya sehingga ia termotivasi untuk bisa memenuhi kebutuhan hidupnya.
- 3) Harapan, adanya suatu harapan yang ingin dicapai seseorang di masa yang akan datang dapat berpengaruh pada tindakan orang yang bersangkutan.
- 4) Tanggungjawab, motivasi yang berasal di dalam diri seseorang untuk bekerja dengan baik dan hati-hati dalam menghasilkan sesuatu yang berkualitas.

- 5) Kepuasan kerja, adanya kepuasan kerja juga bisa menimbulkan motivasi dalam diri seseorang.

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor motivasi yang bersumber dari luar diri seseorang. Banyak faktor yang dapat menjadi faktor eksternal timbulnya motivasi diantaranya adalah:

- 1) Jenis dan sifat pekerjaan, faktor jenis dan sifat pekerjaan menjadi dorongan seseorang untuk bekerja dan dipengaruhi oleh besar imbalan yang didapatkan.
- 2) Kelompok kerja, ialah kelompok kerja dimana seseorang bekerja untuk mendapatkan pendapatan bagi kebutuhan hidupnya.
- 3) Kondisi kerja, ialah keadaan dimana seseorang bekerja sesuai dengan harapannya.
- 4) Keamanan dan keselamatan kerja, ialah motivasi yang timbul karena adanya jaminan keamanan dan keselamatan seseorang dalam bekerja.
- 5) Hubungan interpersonal, ialah hubungan antara teman, atau dengan atasan, hubungan dengan bawahan (Rahmawati, 2020).

Pengalaman Kerja

1. Pengertian Pengalaman kerja

Berdasarkan pengertian yang terdapat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, pengalaman merupakan segala sesuatu yang pernah dialami

(dijalani, dirasai, ditanggung, dsb) sedangkan kerja merupakan kegiatan melakukan sesuatu. Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa pengalaman kerja merupakan kegiatan melakukan segala sesuatu yang pernah dialami oleh seseorang. Pengalaman kerja akan dapat memberikan keuntungan bagi seseorang dalam melaksanakan kerja selanjutnya karena setidaknya orang tersebut sudah pernah melakukan pekerjaan itu sehingga ia akan tahu tentang pekerjaan yang akan dihadapi

2. Aspek-aspek Pengalaman Kerja

Menurut Foster (2011), terdapat beberapa aspek yang dapat menjadi indikator pengalaman kerja seseorang, yaitu:

- a. Lama waktu atau masa kerja.

Masa kerja adalah ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik. Seperti contoh seorang karyawan yang sudah bekerja pada lembaga tersebut lebih dari 3 tahun, atau karyawan tersebut sudah pernah bekerja pada lembaga lain.

- b. Tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.

Pengetahuan merujuk pada konsep, prinsip, prosedur, kebijakan atau informasi lain yang dibutuhkan oleh pegawai. Pengetahuan juga mencakup kemampuan untuk memahami dan menerapkan informasi pada tanggung jawab pekerjaan. Sedangkan keterampilan merujuk pada kemampuan fisik yang dibutuhkan untuk mencapai atau menjalankan suatu tugas atau pekerjaan. Hal ini dapat berupa pendidikan umum yang

ditempuh karyawan seperti pendidikan SMA, Diploma, maupun sarjana dan sebagainya, atau pendidikan khusus berupa pelatihan-pelatihan tertentu maupun kursus.

c. Penguasaan terhadap pekerjaan dan peralatan.

Tingkat penguasaan seseorang dalam pelaksanaan aspek-aspek teknik peralatan dan teknik pekerjaan. Karyawan yang telah mampu mengoperasikan peralatan kantor seperti komputer dan lain-lain maupun telah mampu menjalankan tugasnya seperti halnya seorang teller yang mampu melayani nasabah dalam bertransaksi.

3. Indikator Pengukuran Pengalaman Kerja

Indikator pengukuran pengalaman kerja digunakan sebagai sarana untuk menganalisa dan mendorong efisiensi dalam pelaksanaan tugas pekerjaan. Masa kerja dapat mempengaruhi tenaga kerja baik itu positif atau negatif. Pengaruh positif jika tenaga kerja dengan semakin lama bekerja maka akan semakin berpengalaman dalam melakukan tugasnya. Sebaliknya akan memberi pengaruh negatif jika semakin lamanya seseorang bekerja maka akan menimbulkan kebosanan (Mila, 2016). Terdapat beberapa indicator yang bisa digunakan dalam pengukuran pengalaman kerja yaitu:

- 1) Masa kerja < 1 tahun.
- 2) Masa kerja 1-5 tahun.
- 3) Masa kerja 6-10 tahun
- 4) Masa kerja > 10 tahun

Konsep Beban Kerja

1. Pengertian Beban kerja

Beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja perawat dirumah sakit merupakan fungsi dua variabel yang terdiri dari jumlah pasien setiap harinya dan jumlah pelayanan perawat yang dibutuhkan pasien perhari (Kasmawati, 2017). Dengan demikian pengertian beban kerja adalah sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang dalam menyelesaikan tugas-tugas suatu pekerjaan atau kelompok jabatan yang dilakukan dalam keadaan normal dalam suatu jangka waktu tertentu (Dimas, 2015). Menyatakan beban kerja merupakan salah satu unsur yang harus diperhatikan untuk mendapatkan keserasian dan produktifitas kerja yang tinggi dan beban kerja seorang perawat juga harus sesuai dengan kemampuan individu perawat (Manuho, 2015).

2. Indikator Beban kerja

Nursalam (2018) menyatakan indikator-indikator yang dapat mempengaruhi beban kerja seseorang adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor eksternal, yaitu beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti :
 - a. Tugas (Task) Meliputi tugas bersifat fisik seperti, ruang kerja, tata ruang tempat kerja, kondisi ruang kerja, kondisi lingkungan kerja, sikap kerja, cara angkut, beban yang diangkat. Sedangkan

tugas yang bersifat mental meliputi, tanggung jawab, kompleksitas pekerjaan, emosi pekerja dan sebagainya.

- b. Organisasi Kerja Meliputi lamanya waktu kerja, waktu istirahat, shift kerja, sistem kerja dan sebagainya.
 - c. Lingkungan Kerja, lingkungan kerja ini dapat memberikan beban tambahan yang meliputi, lingkungan kerja fisik, lingkungan kerja kimiawi, lingkungan kerja biologis dan lingkungan kerja psikologis.
- 2) Faktor internal, yaitu faktor yang berasal dari dalam tubuh akibat dari reaksi beban kerja eksternal yang berpotensi sebagai *stresor*, meliputi faktor somatic (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, kondisi kesehatan dan sebagainya), serta faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, kepuasan dan lain sebagainya).

Koesomowidjojo (2017) lebih lanjut menjelaskan bahwa dalam dunia kerja ada beberapa indikator untuk mengetahui seberapa besar beban kerja yang harus diimbangi oleh karyawan, indikator tersebut antara lain :

- a. Kondisi pekerjaan, yang dimaksud adalah bagaimana seorang karyawan memahami pekerjaan tersebut dengan baik, sejauh mana kemampuan serta pemahaman karyawan atas pekerjaannya.
- b. Penggunaan waktu kerja, dimana waktu kerja yang sesuai dengan SOP tentu akan meminimalisir beban kerja. Namun, apabila karyawan diberikan beban yang tidak sesuai dengan waktu standar SOP maka karyawan akan terbebani atas pekerjaan yang didelegasikan

kepadanya.

- c. Target yang harus dicapai, yaitu target kerja yang ditetapkan untuk karyawan. Apabila terdapat ketidakseimbangan antara waktu penyelesaian target pelaksanaan dan volume pekerjaan yang diberikan maka akan semakin besar beban kerja yang dirasakan oleh karyawan.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Umansky & Rantanen (2016) menyatakan bahwa yang mempengaruhi beban kerja antara lain :

- a. *Patient-to-nurse ratio*, yaitu jumlah pasien yang harus ditangani oleh masing-masing perawat.
- b. *Activity type*, yaitu jenis kegiatan yang dilakukan perawat mulai dari kegiatan pokok yang penting seperti melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, kegiatan tambahan yang bukan bagian tugas pokok seperti menyusun status pasien pada tempatnya, hingga kegiatan tambahan yang merupakan bagian tugas pokok seperti pemberian obat.
- c. *Time Pressure*, yaitu rasio waktu yang dibutuhkan (total waktu yang digunakan untuk mengerjakan tugas pokok) dan waktu yang tersedia harus diperhitungkan.
- d. *Physical expenditure*, yaitu jumlah, rata-rata serta standar tiap perawat berjalan selama melaksanakan tugas.

4. Dampak Beban Kerja

Beban kerja haruslah seimbang, sebab beban kerja yang terlalu tinggi maupun terlalu rendah akan berdampak tidak baik pada karyawan. Beban kerja yang tinggi akan menimbulkan stres kerja, minimnya konsentrasi karyawan, timbulnya keluhan pelanggan dan menyebabkan tingginya angka ketidakhadiran karyawan. Sedangkan beban kerja yang terlalu rendah akan memunculkan kebosanan dan rendahnya konsentrasi terhadap pekerjaan. Baik beban kerja yang terlampaui tinggi maupun terlalu rendah pada akhirnya akan menyebabkan rendahnya produktifitas karyawan (Koesomowidjojo, 2019).

Dalam profesi keperawatan sendiri menjadi beban kerja yang tidak sesuai dengan standar akan menimbulkan dampak seperti munculnya kesalahan pada pelaporan status pasien, kelelahan kerja, meninggalkan pekerjaan yang tidak selesai selama shift kerja, terganggunya alur kerja, hingga kesalahan pemberian medikasi pada pasien (McPhee, Dahinten, & Havaei, 2019).

5. Perhitungan Beban Kerja

Nursalam (2019) menjelaskan bahwa ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain sebagai berikut :

- 1) Work sampling.

Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga

tertentu. Pada metode work sampling dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain :

- a. Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja;
- b. Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja;
- c. Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif;
- d. Pola beban kerja personel yang digunakan dengan waktu dan jadwal jam kerja.
- e. Pada teknik work sampling kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati. Oleh karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik.

2) Time and motion study.

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya.

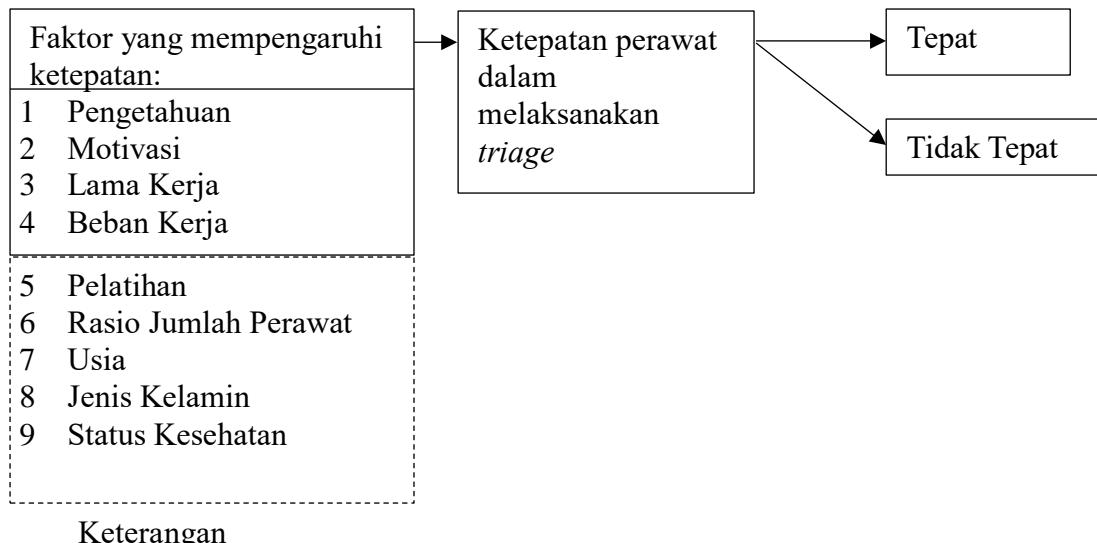
3) Daily log atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana work sampling yaitu pencatatan yang dilakukan sendiri oleh personel yang diamati. Pencatatan meliputi kegiatan yang dilakukan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Penggunaan ini

tergantung kerja sama dan kejujuran dari personel yang diamati. Pendekatan relatif lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti bisa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personal yang diteliti, ditekankan pada personel yang diteliti bahwa yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian. Menuliskan secara rinci kegiatan dan waktu yang diperlukan merupakan kunci keberhasilan dari pengamatan dengan daily log.

6. Kriteria Penskoran Beban Kerja

Kuesioner beban kerja perawat menggunakan kuesioner dari Nursalam, (2018) lembar kuesioner pada beban kerja terdiri dari 13 pertanyaan, menggunakan skala likert dengan pilihan jawaban alternatif terdiri dari tidak menjadi beban kerja dengan skor 4, beban kerja ringan dengan skor 3, beban kerja sedang dengan skor 2, dan beban kerja berat dengan skor 1. Hasil dari jawaban responden selanjutnya akan dikategorikan menjadi beban kerja berat, sedang dan ringan. Hasil skoring keseluruhan dari item pertanyaan kuesioner beban kerja dengan rentang skor 13-25: beban kerja berat, skor 26-38: beban kerja sedang, skor 39-52: beban kerja ringan.

2.4 Kerangka Konsep Penelitian



: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2. 3 Kerangka Konsep faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan perawat dalam melakukan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan

Dari kerangka konsep di atas, dapat dilihat dalam penelitian ini peneliti menggunakan 4 faktor ketepatan perawat dalam melakukan *triage* diantaranya pengetahuan, motivasi, pengalaman kerja dan beban kerja yang mempengaruhi ketepatan perawat dalam melaksanakan *triage*.

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau persyaratan penelitian (Nursalam, 2020)

H1 diterima : Ada hubungan antara pengetahuan dengan ketepatan perawat dalam melakukan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan.

H1 diterima : Ada hubungan antara motivasi perawat dengan ketepatan

perawat dalam melakukan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan.

H1 diterima : Ada hubungan antara lama kerja dengan ketepatan perawat dalam melakukan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan.

H1 diterima : Ada hubungan antara beban kerja perawat dengan ketepatan perawat dalam melakukan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan

H1 diterima : Pengetahuan yang paling berpengaruh terhadap ketepatan *triage* di IGD RS Muhammadiyah Lamongan