

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Australasian Triage Scale (ATS)*

2.1.1 Definisi

Konsep triase lima kategori berkembang sekitar tahun 1980 di Rumah Sakit Ipswich, Queensland, Australia. Konsep yang sama juga dikembangkan di rumah sakit Box Hill, Victoria, Australia. Pembagian kategorian ini berdasarkan kategori kesegeraan (*urgency*) dari kondisi pasien. Validasi sistim triase ini menunjukkan hasil yang lebih baik dan konsisten dibandingkan triase konvensional dan mulai di adopsi unit gawat darurat di seluruh Australia. Sistim nasional ini disebut dengan *National Triage Scale (NTS)* dan kemudian berubah nama menjadi *Australia Triage Scale (ATS)* (Fitzgerald *et al*, 2010).

Nash (2011), Forero & Nugus (2012) mengategorikan ATS didasarkan pada lamanya waktu klien menerima tindakan. Skala prioritas pada ATS dibagi menjadi 5 skala ATS 1 harus segera ditangani (prosentase prioritas 100%), ATS 2 maksimal *waiting time* 10 menit (prosentase prioritas 80%), ATS 3 maksimal *waiting time* 30 menit (prosentase prioritas 75%), ATS 4 maksimal *waiting time* 60 menit (prosentase prioritas 70%), ATS 5 maksimal *waiting time* 120 menit (prosentase prioritas 70%). *Waiting time* yang melebihi 2 jam menunjukkan terjadinya kegagalan akses dan kualitas pelayanan.

Area triage harus dilengkapi dengan peralatan darurat, fasilitas kewaspadaan standar seperti fasilitas cuci tangan, sarung tangan, prosedur keamanan (alarm atau akses bantuan keamanan), perangkat komunikasi yang memadai (telepon dan atau intercom dan lain-lain) dan

fasilitas untuk merekam informasi dan pendokumentasian di triage (*Australasian College for Emergency Medicine*, 2012).

Australian Triage Scale (ATS) mulai berlaku sejak tahun 1994, didesain ruang *emergency* rumah sakit New Zealand Australia dan terus mengalami perbaikan. Saat ini sudah ada kurikulum resmi dari kementerian kesehatan Australia untuk pelatihan ATS sehingga dapat diterapkan sesuai standar oleh perawat-perawat triase. Konsep ATS ini kemudian menjadi dasar berkembangnya sistem triase di Inggris dan Kanada (Robertson, 2016).

ATS memberikan batasan waktu berapa lama pasien dapat menunggu sampai mendapatkan pertolongan pertama selain menetapkan prioritas pasien yang berbeda dari fungsi awal pembentukan kategorian triase. Sistem ATS juga membuat pelatihan khusus triase untuk pasien-pasien dengan kondisi tertentu seperti pasien anak-anak, pasien geriatri, pasien gangguan mental. (Christ *et al*, 2010)

Perawat gawat darurat di Australia melakukan proses triase dan Australia memiliki pelatihan resmi triase untuk perawat dan dokter karena triase sangat diperlukan untuk alur pasien dalam IGD yang lancar dan aman, tujuan pelatihan ini adalah untuk meningkatkan konsistensi peserta dalam menetapkan kategori triase dan menurunkan lama pasien berada di IGD (Ebrahimiet *al*, 2015)..

Sistem triase ATS dikembangkan mekanisme penilaian khusus kondisi urgen untuk pasien-pasien pediatri, trauma, triase di daerah terpencil, pasien obstetri, dan gangguan perilaku untuk memudahkan trier (orang yang melakukan triase) mengenali kondisi pasien, maka ATS terdapat kondisi-kondisi tertentu yang menjadi deskriptor klinis. Deskriptor

ini bertujuan memaparkan kasus-kasus medis yang lazim dijumpai sesuai dengan kategori triase sehingga memudahkan trier menetapkan kategori (*Australian Government Department of Health and Aging, 2009*)

2.2 Konsep Triage

2.2.1 Definisi Triage

Triage berasal dari kata perancis yang berarti menyeleksi. Dulu istilah ini dipakai untuk menyeleksi buah anggur untuk membuat minuman anggur yang bagus atau memisahkan biji kopi sesuai kualitasnya. Konsepnya semakin berkembang seperti yang digunakan sekarang ini ditetapkan setelah perang dunia I

Farrohknia (2011) menyatakan bahwa triase merupakan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua klien yang memerlukan pertolongan dan penetapan prioritas penanganannya. Puspongoro (2011) mengartikan triase merupakan turunan dari bahasa perancis trier dan bahasa inggris triage yang artinya dalam bahasa Indonesia adalah sortir.

Triase merupakan suatu proses khusus memilah klien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Istilah ini lazim digunakan untuk mendiskripsikan konsep pengkajian yang tepat dan berfokus dengan suatu cara yang memanfaatkan sumber daya manusia dengan peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap 100 juta orang yang memerlukan perawatan di IGD setiap tahunnya (Moll, 2010).

2.2.2 Prinsip-prinsip Triage

Brooker 2008 membagi triage dalam prioritas yaitu penentuan atau penyeleksian penanganan sesuai dengan kategori ancaman jiwa berdasarkan 1) ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit; 2) dapat mati dalam hitungan jam; 3) trauma ringan; 4) sudah meninggal. Penilaian korban pada sistim triage dapat dilakukan dengan menilai tanda vital dan kondisi umum korban, kebutuhan medis, kemungkinan bertahan hidup, bantuan yang memungkinkan, memprioritaskan penanganan definitive dan tag warna. Prinsip triage adalah *time saving is life saving* (waktu keselamatan adalah keselamatan hidup), *the right patient to the right place at the right time with right care provider*.

Adapun prinsip-prinsip triage menurut *Australasian College for Emergency Medicine*.(2013) sebagai berikut:

a. Triage seharusnya dilakukan segera dan tepat waktu

Kemampuan berespon dengan cepat terhadap kemungkinan penyakit yang mengancam kehidupan atau injuri adalah hal yang terpenting di departemen kegawat daruratan (Santosa, 2016)

b. Pengkajian seharusnya adekuat dan akurat

Elemen terpenting dalam proses pengkajian adalah ketelitian dan keakuratan dari proses interview (Nursalam, 2008)

c. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian

Perencanaan yang efektif terhadap keselamatan dan perawatan klien didapatkan dari informasi adekuat dengan data akurat (Dadahzadeh *et al*, 2013)

- d. Melakukan intervensi berdasarkan keakutan dan kondisi

Perawat triage mempunyai tugas utama dalam keakuratan pengkajian dan menentukan prioritas untuk klien termasuk intervensi terapeutik, prosedur diagnostik, tugas yang diterima untuk pengobatan (Chen, 2010)

- e. Tercapainya kepuasan klien (Saiboon, 2008)

Kepuasan klien dapat dicapai setelah memenuhi kriteria:

1. Perawat triage seharusnya memenuhi semua yang ada di atas tersebut saat menetapkan hasil secara komprehensif dengan klien
2. Perawat membantu dalam menghindari keterlambatan penanganan yang dapat menyebabkan keterpurukan status kesehatan klien dengan keadaan kritis
3. Perawat memberikan dukungan emosional kepada klien dan keluarga atau temannya

2.2.3 Tipe Triage

- a. *Daily triage*

Oman 2008 dan Kathleen 2008 berpendapat daily triage merupakan triage yang selalu dilakukan sebagai dasar pada sistim kegawatdaruratan. Triage yang terdapat di rumah sakit berbeda-beda tapi secara umum triage ditujukan untuk mengenal dan mengelompokkan klien menurut kategori keakutan dengan tujuan memberikan evaluasi dini dan intervensi yang tepat. Perawatan yang paling intensif diberikan pada klien dengan sakit serius berprognosis buruk

b. Mass casualty incident

Triage yang digunakan di tempat bencana yang menangani banyak klien tapi belum mencapai kategori kelebihan kapasitas. Perawatan intensif diberikan pada korban yang kritis sedangkan kasus minimal bias ditunda (Jenkins *et al*, 2008)

c. Disaster triage

Triage yang muncul karena sistim kegawatdaruratan lokal tidak dapat berfungsi seperti seharusnya. Filosofi perawatan intensif berubah menjadi perawatan terbaik untuk jumlah terbesar. Fokus pada disaster triage adalah identifikasi korban yang terluka dengan kesempatan hidup lebih besar terhadap intervensi yang lebih cepat. Prioritas disaster triage ditekankan pada transportasi korban dan perawatan berdasarkan level luka. Identifikasi korban luka ringan dapat ditunda terlebih dahulu tanpa muncul risiko dan luka berat yang tidak dapat bertahan (Pusponegoro, 2011)

d. Military triage

Triage ini berorientasi pada suatu misi dibandingkan dengan tujuan medis seperti biasanya. Prinsipnya mengutamakan pendekatan paling baik karena jika tujuan misi gagal akan berefek buruk pada kesehatan dan kesejahteraan populasi yang lebih besar (Pusponegoro, 2011)

e. Special condition triage

Triage ini digunakan karena terdapat faktor lain pada sebuah populasi atau korban seperti kejadian yang berhubungan dengan senjata pemusnah massal dengan radiasi, kontaminasi biologis dan kimia. Triage

senmacam ini membutuhkan dekontaminasi dan perlengkapan pelindung yang cukup besar bagi tenaga medis (Pusponegoro, 2011)

2.2.4 Klasifikasi dan Penentuan Triase

Vance & Sprivulis (2015) menyatakan bahwa pengambilan keputusan pada triase berdasarkan pada keluhan utama, riwayat medis dan data objektif yang mencakup keadaan umum klien serta hasil pengkajian fisik, tumbuh kembang dan psikososial selain pada faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan serta alur klien lewat sistim pelayanan kedaruratan.

Twomey (2007) menyatakan bahwa hal-hal yang harus dipertimbangkan mencakup setiap gejala ringan yang cenderung berulang atau meningkat keparahannya sehingga dibutuhkan sebuah prioritas untuk memberikan sebuah tindakan. Prioritas merupakan penentuan tentang penanganan dan pemindahan yang didahulukan dengan mengacu pada kategori ancaman jiwa yang timbul

2.2.5 Kegiatan Pada Penerapan Triase

Depkes RI (2009) menguraikan kegiatan yang dilakukan perawat saat di ruang triase ketika klien datang adalah :

- a. Menentukan prioritas perawatan klien, mengklasifikasikan klien ke dalam gawat darurat (*emergency*), gawat (*urgent*) dan tidak/kurang gawat (*non urgent*)
- b. Merespon dengan cepat penyakit dan trauma yang mungkin mengancam jiwa dan segera membawa klien ke ruang resusitasi untuk perawatan lanjut yang sesuai dengan kondisinya

- c. Menyediakan akses untuk semua orang yang mencari bantuan medis.
- d. Menjamin lingkungan aman untuk klien dengan keluhan ringan sementara menunggu pengobatan

2.2.6 Proses Triase

Proses Triase adalah perawat mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kategori keparahan klien baik secara objektif maupun subjektif sehingga dapat dilakukan penentuan prioritas kegawatan selanjutnya mendokumentasikan dan melakukan intervensi ketika ditemukan kondisi yang mengancam jiwa dan terjadi gangguan sistem pernafasan atau sirkulasi maka perawat harus segera melakukan intervensi kepada klien dengan segera membawa ke ruang resusitasi dengan waktu yang dibutuhkan adalah 2-5 menit (Gilboy., *et al* 2013 ; Gerdz, 2003; Parenti *et al*, 2010; Fry *et al*, 2012; Pardey, 2016) meliputi :

- a. Pengkajian triase secara subyektif

Data subjektif dapat diambil dari keluhan utama, onset dan gejala yang terkait dengan yang dirasakan dan dikeluhkan, faktor pencetus, mekanisme cedera dan penggunaan obat-obatan sebelumnya dan riwayat alergi

- b. Pengkajian triase secara obyektif

Pengkajian dapat dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital secara inspeksi, palpasi, perkusi dan sirkulasi. Data objektif triage mempunyai 4 dimensi yaitu kepatenan jalan nafas, pernafasan yang efektif, kesadaran dan kecacatan (pemeriksaan neurologis singkat)

- c. Pemilahan berdasarkan kegawatan

Proses menilai dan memilah dengan memprioritaskan klien untuk mendapatkan intervensi berdasarkan kegawatan klien merupakan faktor penting dalam perawatan triage karena perawat perawat harus mengambil keputusan secara akurat dengan informasi yang terbatas dan tidak jelas dalam waktu yang minimal

d. Melakukan dokumentasi

Dokumentasi triage merupakan proses pencatatan yang singkat, jelas dan padat terhadap segala sesuatu yang diketahui dan dilakukan oleh perawat triage yang bertujuan sebagai pendukung keputusan, alat komunikasi dan aspek medikolegal baik secara manual atau komputerisasi

e. Waktu

Waktu yang dibutuhkan dalam penerapan triage mulai dari pengkajian subjektif, pengkajian objektif, pemilahan berdasarkan kegawatan sampai dengan pendokumentasian adalah 2-5 menit

Tabel 2.1 Aplikasi Triase menurut *Australian Triage Scale* (Forero & Nugus, 2012)

Kategori ATS	Respon	Indikator kategori	Indikator klinis
ATS 1	Pengkajian dan intervensi pengobatan harus segera dilakukan	Segera mengancam kehidupan Kondisi yang mengancam terhadap kehidupan (atau risiko besar akan kerusakan) dan memerlukan intervensi yang segera	<ul style="list-style-type: none"> - Gagal jantung - Gangguan pernapasan - Sumbatan jalan nafas - Frekuensi pernapasan <10/min - Distress pernapasan berat - Tekanan darah <80 (dewasa) atau syok pada anak/bayi - Tidak responsif atau hanya respon nyeri (GCS < 9) - Berkelanjutan/kejang berkepanjangan - IV overdosis dan tidak responsive atau hipoventilasi - Gangguan perilaku berat dengan ancaman langsung kekerasan berbahaya
ATS 2	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 10 menit	Dapat mengancam hidup dalam waktu dekat Kondisi klien cukup serius atau memburuk sangat cepat sehingga ada potensi ancaman hidup atau kegagalan sistim organ jika tidak diobati dalam waktu 10 menit dari kedatangan Pengobatan dalam waktu kritis Potensi untuk pengobatan dalam waktu kritis (misalnya trombolisis, penangkal) untuk membuat dampak yang signifikan terhadap klinis hasilnya tergantung pada pengobatan yang dimulai dalam waktu beberapa menit kedatangan klien di IGD Nyeri Hebat Nyeri yang sangat parah atau nyeri dalam waktu 10 menit yang tidak berkurang setekah diberikan tindakan untuk	<ul style="list-style-type: none"> Risiko gangguan jalan napas <ul style="list-style-type: none"> - Stridor parah atau mengeluarkan air liyr dengan distress - Distress pernapasan berat Perubahan sirkulasi <ul style="list-style-type: none"> - Berkeringat atau belang-belang kulit, perfusi buruk - HR<50 atau >150 (dewasa) - Hipotensi dengan efek hemodinamik - Kehilangan darah yang parah Nyeri dada seperti gangguan jantung umumnya Nyeri hebat BSL<2 mmol/L Mengantuk, penurunan kesadaran dengan penyebab (GCS <13) Hemiparesis akut/disfasia Demam dengan tanda-tanda kelesuan (semua usia) Asam atau splash alkali yang mengenai mata sehingga membutuhkan irigasi

		menurunkan nyeri	<p>Trauma multi besar yang membutuhkan respon cepat tim teroganisir</p> <p>Trauma lokal berat-patah tulang besar, amputasi</p> <p>Riwayat resiko tinggi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memum obat penenang beracun yang signifikan - Envenomation yang berbahaya - Nyeri pberat menunjukkan PE, AAA atau kehamilan ektopik <p>Perilaku /psikiatri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekerasan atau agresif - Ancaman langsung terhadap diri sendiri atau orang lain - Membutuhkan atau telah diperlukan menahan diri - Agitasi atau agresi berat - Hipertensi berat - Kehilangan cukup banyak darah apapun penyebabnya - Sesak napas sedang - Saturasi O₂ 90-95% - BSL>16 mmol/L - Kejang - Demam pada klien dengan immunosupresi missal klien onkologi, steroid reaction - Muntah terus menerus - Dehidrasi - Kepala cedera dengan LOC singkat-sekarang waspada - Nyeri sedang sampai berat apapun penyebabnya yang membutuhkan analgetik - Nyeri dada non-jantung keparahan dan mungkin mobilisasi - Nyeri perut tanpa efek beresiko tinggi dengan mod parah atau klien usia > 65 tahun - Cidera ekstremitas moderat seperti deformitas, laserasi yang parah, luka lecet - Periode tidak ada nadi
ATS 3	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai 30 menit	<p>Berpotensi mengancam hidup</p> <p>Kondisi klien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit</p> <p>Kegawatan Situasional</p> <p>Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit atau menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu 30 menit</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Trauma dengan riwayat penyakit beresiko tinggi tanpa risiko tinggi lainnya - Neonates stabil - Anak beresiko
			Perilaku/Psikiatri <ul style="list-style-type: none"> - Sangat tertekan, resiko menyakiti diri - Psikotik akut atau disorder penuh - Situasional krisis, merugikan diri dengan sengaja - Gelisah/menarik diri/berpotensi agresif -
ATS 4	Penilaian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 60 menit	Berpotensi mengancam hidup Kondisi klien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 60 menit kedatangan Kegawatan situasional Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit Adanya intervensi untuk menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu 30 menit Berpotensi serius Kondisi klien mungkin memburuk atau hasil buruk bias terjadi jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam tiba di IGD Urgensi situasional Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam Signifikansi kompleksitas atau keparahan Mungkin memerlukan konsultasi dan atau	<ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan ringan - Aspirasi benda asing tidak ada gangguan pernapasan - Cedera dada tanpa rasa sakit tulang rusuk atau gangguan pernapasan - Kesulitan menelan tidak ada gangguan pernapasan - Cedera kepala ringan tidak hilang kesadaran - Nyeri sedang beberapa factor resiko - Muntah atau diare tanpa dehidrasi - Peradangan mata atau benda asing penglihatan normal - Trauma ekstremitas minor-pergelangan kaki terkilir, mungkin patah tulang, laserasi robek yang membutuhkan bantuan tindakan atau intervensi-tanda-tanda vital normal, nyeri rendah sedang - Nyeri kepala tanpa gangguan neurovaskuler - Bengkak “ panas” pada sendi - Nyeri perut non spesifik Perilaku/psikiatri <ul style="list-style-type: none"> - Masalah mental kesehatan yang semi-mendesak - Berdasarkan pengamatan dan atau tidak ada resiko segera untuk diri sendiri atau orang lain

		manajemen rawat inap untuk pekerjaan yang kompleks Adanya intervensi untuk menghilangkan ketidaknyamanan atau tekanan dalam waktu 1 jam	
ATS 5	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 120 menit	Kurang mendesak Kondisi klien kronis atau gejala cukup kecil atau hasil klinis tidak signifikan jika penilaian dan pengobatan tertunda hingga 2 jam dari kedatangan Masalah administrasi klinis Hasil pengamatan, sertifikasi medis dan resep	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri minimal dengan tidak ada fitur beresiko tinggi - Riwayat penyakit dengan resiko rendah dan sekarang asimtomatik - Gejala kecil penyakit stabil yang ada - Gejala kecil dengan kondisi yang tidak berbahaya - Luka lecet kecil, lecet ringan (tidak memerlukan jahitan) - Dijadwalkan kembali meninjau mialnya luka dengan perban yang kompleks - Imunisasi Perilaku/psikiatri <ul style="list-style-type: none"> - Dikenal klien dengan gejala kronis - Social kritis baik klien klinis

2.2.7 Australasian Triage Scale (ATS) Berdasarkan Tanda Gejala Dan Diagnosis Medis Di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi

a. ATS 1

Tabel 2.2 Kriteria dan kategori ATS 1 berdasarkan tanda gejala dan diagnosis medis di IGD RSUD Ngudi Waluyo sebagai berikut

KRITERIA TRIAGE	ATS 1	DIAGNOSIS MEDIS
KATEGORI	RESUSITASI	- Gagal jantung
AIRWAY	Sumbatan	- Gangguan pernapasan
BREATHING	Henti napas	- Sumbatan jalan napas
	Napas <10 x/mnt	- Distress pernapasan berat
	Sianosis	- Tidak responsive atau merespon nyeri
CIRCULATION	Henti jantung	- Kejang berkepanjangan
	Nadi tak teraba	- IV overdosis dan tidak responsive atau hipoventilasi
	Pucat	- Dyspepsia syndrome
	Akral dingin	
	GDA < 80 mg/dl	
	GDA > 200 mg/dl	
	Kejang	
	Nyeri skala 8-10	
DISSABILITY	GCS < 9	

Diagnosis medis yang termasuk pada ATS 1 pada tabel diatas dapat dijelaskan dengan tanda dan gejala yang telah di tuliskan. Gagal jantung ditandai dengan tanda dan gejala henti jantung dan nadi tidak teraba. Diagnosis medis gangguan pernapasan, sumbatan jalan napas dan distress pernapasan berat ditandai dengan tanda dan gejala adanya sumbatan jalan nafas, napas < 10 x/menit, sianosis, akral dingin dan pucat. Diagnosis medis seperti tidak responsive atau hanya merespo nyeri, overdosis, kejang berkelanjutan atau berkepanjangan ditandai dengan penurunan kesadaran (GCS < 9), akral dingin dan kejang sedangkan diagnosis medis dyspepsia syndrome ditunjukkan dengan nyeri skala 8-10 atau nyeri hebat

b. ATS 2

Tabel 2.3 Kriteria dan kategori ATS 2 berdasarkan tanda gejala dan diagnosis medis di IGD RSUD Ngudi Waluyo sebagai berikut

KRITERIA TRIAGE	ATS 2	DIAGNOSIS MEDIS
KATEGORI	EMERGENCY	- Distress pernapasan berat
AIRWAY	Stridor	- Hipotensi dengan efek hemodinamik
BREATHING	Napas ≥ 32 x/mnt Wheezing	- Hemiparesis akut/disfasia
CIRCULATION	Nadi teraba lemah Nadi < 50 x/mnt Nadi > 150 x/mnt Pucat / akral dingin Hemiparesis/ apasia CRT > 2 dk TD sistolik < 100 mmhg Td diastolic < 60 mmHg Nyeri akut > 8 Perdarahan akut Multiple trauma/fraktur Suhu $> 39^{\circ}$ C	- Demam dengan tanda-tanda kelesuan - Fraktur mayor
DISSABILITY	GCS 9-12	

Diagnosis medis yang termasuk pada ATS 2 pada tabel diatas ada 5 yang memiliki tanda dan gejala berbeda. Distress pernapasan berat dapat ditunjukkan dengan tanda dan gejala stridor, napas ≥ 32 x/menit dan wheezing. Diagnosis medis hipotensi dengan efek hemodinamik mempunyai tanda dan gejala seperti Nadi teraba lemah, Nadi < 50 x/mnt > 150 x/mnt, pucat / akral dingin Pucat / akral dingin TD sistolik < 100 mmhg, TD diastolic < 60 mmHg, CRT > 2 dk, GCS 9-12. Diagnosis medis hemiparesis akut atau disfasia ditandai dengan adanya hemiparesis/apasia. Demam ditandai dengan tanda-tanda kelesuan dengan suhu tubuh $> 39^{\circ}$ C. Fraktur mayor mempunyai tanda gejala adanya perdarahan akut dan multiple trauma/fraktur.

c. ATS 3

Tabel 2.4 Kriteria dan kategori ATS 3 berdasarkan tanda gejala dan diagnosis medis di IGD RSUD Ngudi Waluyo sebagai berikut

KRITERIA TRIAGE	ATS 3	DIAGNOSIS MEDIS
KATEGORI	URGENT	- Hipertensi berat
AIRWAY BREATHING	Bebas Henti napas Napas 24-30 x/mnt Wheezing	- Sesak napas sedang - Demam pada klien dengan imunosupresi
CIRCULATION	Nadi 100-150 x/mnt TD sistolik > 160 mmHg TD diastolic > 100 mmHg Suhu > 38 °C Pendarahan sedang Muntah Dehidrasi Nyeri sedang skala 4-7	- Cedera kepala - Cedera ekstremitas - Dyspepsia syndrome
DISSABILITY	GCS > 12	

Diagnosis medis yang termasuk pada ATS 3 dapat dijelaskan dengan tanda dan gejala yang tercantum pada table diatas. Hipertensi berat ditandai dengan tanda dan gejala Nadi 100-150 x/mnt, TD sistolik > 160 mmHg, TD diastolic > 100 mmHg. Sesak napas sedang ditandai dengan frekuensi napas 24-30 x/menit dan wheezing. Demam dengan imunosupresi ditandai dengan suhu > 38 °C dan dehidrasi. Cedera kepala ditandai dengan penurunan kesadaran GCS > 12, muntah, nyeri sedang (skala 4-7) dan pendarahan sedang. Cedera ekstremitas ditandai dengan nyeri sedang (skala 4-7) dan pendarahan sedang. Dyspepsia syndrome ditandai dengan gejala nyeri sedang (skala 4-7).

d. Tabel ATS 4

Tabel 2.5 Kriteria dan kategori ATS 4 berdasarkan tanda gejala dan diagnosis medis di IGD RSUD Ngudi Waluyo sebagai berikut

KRITERIA TRIAGE	ATS 4	DIAGNOSIS MEDIS
KATEGORI	SEMI URGENT	- Cedera kepala ringan
AIRWAY	Bebas	- Trauma ekstremitas minor
BREATHING	Napas 16-20 x/mnt	- Nyeri perut non spesifik

CIRCULATION	Nadi 60-80 x/mnt Perdarahan ringan Cedera kepala ringan Muntah/diare tanpa dehidrasi Nyeri skala 0-3	berbahaya syndrome)	(dyspepsia
DISSABILITY	GCS 15		

Diagnosis medis yang termasuk pada ATS 4 dapat dijelaskan dengan tanda dan gejala yang tercantum pada table diatas. Diagnosis cedera kepala ringan ditandai dengan GCS 15, pendarahan ringan dan nyeri ringan (skala 0-3). Diagnosis trauma ekstrimitas ringan ditandai dengan pendarahan ringan dan nyeri ringan (skala0-3). Diagnosis nyeri perut non spesifik berbahaya (*dyspepsia sindrom*) ditandai dengan muntah dan nyeri ringan (skala 0-3).

e. ATS 5

Tabel 2.6 Kriteria dan kategori ATS 1 berdasarkan tanda gejala dan diagnosis medis di IGD RSUD Ngudi Waluyo sebagai berikut

KRITERIA TRIAGE	ATS 1	DIAGNOSIS MEDIS
KATEGORI	FALSE EMERGENCY	- Nyeri minimal
AIRWAY	Bebas	- Luka atau lecet kecil
BREATHING	Napas 16-20 x/mnt	
CIRCULATION	Nadi 60-80 x/mnt Luka ringan	
DISSABILITY	GCS 15	

Diagnosis medis yang termasuk pada ATS 5 pada tabel diatas adalah nyeri minimal dan luka atau lecet kecil. Kedua diagnosis memiliki tanda gejala yang sama, Luka atau lecet kecil ditandai dengan tanda gejala luka ringan sedangkan nyeri minimal mempunyai tanda yang hampir sama yaitu jalan napas bebas, nadi 60-80 x/menit, GCS 15, pernapasan 16-20 x/menit

Analisa laporan tahunan IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi tahun 2016 didapatkan jumlah kunjungan IGD sebanyak 16.008 kunjungan dengan rata-rata kunjungan perbulan 4385 kunjungan. Jumlah kunjungan tersebut dilihat dari kategori morbiditas dan mortalitas. Pada kategori morbiditas didapatkan analisa penyakit jantung sebanyak 112 kasus dengan kasus terbanyak yaitu gagal jantung 52 kasus (46%), penyakit paru-paru sebanyak 100 kasus dengan kasus terbanyak yaitu COPD 42 kasus (42%), penyakit abdomen sebanyak 227 kasus dengan kasus terbanyak yaitu dyspepsia syndrome 68 kasus (30%), penyakit saraf sebanyak 79 kasus dengan kasus terbanyak yaitu cva 63 kasus (80%), penyakit metabolic sebanyak 113 kasus dengan kasus terbanyak yaitu CKD 49 kasus (43%), perdarahan 25 kasus dengan kasus terbanyak yaitu anemia 23 kasus (92%), kecelakaan lalu lintas sebanyak 252 kasus dengan kasus terbanyak yaitu injury 117 kasus (70%) dan kasus lain sebanyak 387 kasus dengan kasus terbanyak yaitu demam 192 kasus (50%).

Pada kategori mortalitas penyakit jantung sebanyak 65 kasus dengan kasus terbanyak syok kardiogenik 45 kasus (69%), penyakit saraf sebanyak 70 kasus dengan kasus terbanyak CVA 44 kasus (63%), penyakit metabolic sebanyak 43 kasus dengan kasus terbanyak septik syok 30 kasus (70%), kecelakaan lalu lintas sebanyak 13 kasus dengan kasus terbanyak ckb 10 kasus (77%), penyakit paru sebanyak 18 kasus dengan kasus terbanyak ALO 8 kasus (44%), perdarahan 6 kasus dengan kasus terbanyak syok hipovolemi 4 kasus (67%), penyakit abdomen 7 kasus dengan kasus terbanyak peritonitis 4 kasus (67%), dan kasus lain sebanyak 5 kasus yang terdiri dari overdosis obat, edema coli, HIV, intoksikasi dan intoksikasi methanol serta DOA sebanyak 36 kasus. Hasil analisa tersebut mendeskripsikan bahwa IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi mempunyai keragaman kasus yang kompleks sehingga memerlukan sistim triage yang bisa memberikan intervensi yang cepat dan tepat.

2.2.8 Faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale (ATS)*

Australasian Triage Process Review 2011 menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale (ATS)* adalah :

a. Faktor kinerja

Kasmarani 2012 menyatakan kinerja perawat dapat diukur dengan *Six Dimension Performance Nursing Scale* yang terdiri dari enam indikator yang diukur yaitu kepemimpinan, perawatan kritis, hubungan interpersonal atau komunikasi, pengajaran atau kolaborasi, perencanaan dan evaluasi serta pengembangan profesional. Penelitian ini menggunakan faktor kepemimpinan sebagai variabel independen. Kepemimpinan merupakan tehnik memfokuskan diri untuk mencapai efektivitas dengan mempergunakan *capability, capacity, personality* dan *conceptual skill* dalam mengimplementasikan tindakan kepemimpinan yang nyata untuk mengembangkan ide dan kerangka pemikiran sehingga dapat membuat keputusan organisasi dilakukan dengan baik (Swansburg, 2011; Suhartanti, 2015)

b. Faktor klien

Joint Commision on Accreditation of Health Organization 2002 dalam Hospital Patient Safety Standards terdapat tujuh standar keselamatan klien yaitu hak klien, mendidik klien dan keluarga, keselamatan klien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode dalam peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan klien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan klien, mendidik staf tentang keselamatan klien dan komunikasi.

Australian Triage Process Review 2011 menyatakan bahwa aplikasi keselamatan klien di IGD bisa dilakukan dalam bentuk fasilitas yang tersedia seperti peralatan medis yang steril, alat injeksi yang sekali pakai, perawattriage

melakukan komunikasi sehingga tidak ada kesalahan dalam tindakan terhadap klien, harus cepat dan tepat dalam menangani klien, wajib melaksanakan SOP dalam pencegahan infeksi nosokomial.

Penelitian ini menggunakan faktor *waiting time* sebagai variabel independen. *Waiting time* adalah waktu yang dipergunakan oleh klien untuk mendapatkan pelayanan di IGD mulai dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dengan observasi di IGD di lakukan 2-6 jam atau sampai kondisi pasien sudah stabil setelah di putus apakah di rawat di ruang intensif atau ruang inap (Depkes RI, 2009; ENA, 2014)

c. Faktor perlengkapan (*triaging tools*)

Nash 2011 menyatakan faktor perlengkapan atau peralatan triage (*triaging tools*), pengumpulan data (dokumentasi) subyektif dan obyektif, dukungan antar staf baik perawat dengan perawat dan perawat dengan dokter terkait dengan lingkungan kerja fisik dan non fisik yang mempengaruhi kinerja baik secara langsung maupun tidak langsung.

College Of Registered Nurse Of British Colombia (CRNBC) menyatakan lingkungan kerja yang berkualitas adalah manajemen beban kerja, kepemimpinan keperawatan, perkembangan profesional, control praktik dan dukungan organisasi.

Indikator lingkungan kerja dapat diukur dengan *Practice Environment Scale Of The Nursing Work Index (PES-NWI)* yaitu partisipasi perawat yang berkualitas, kemampuan manajerial keperawatan, dukungan perawat, staffing, sumberdaya kecukupan serta hubungan perawat dokter. Lingkungan kerja juga dapat diukur dengan 32 indikator dari *The Canadian Nurses Association (CNA, 2002)* dan *Canadian Federation Of Nurses Unions (CFNU, 2006)*.

Penelitian ini menggunakan faktor dokumentasi triase sebagai variabel independen. Dokumentasi triase adalah serangkaian kegiatan praktik

keperawatan kegawatdaruratan menunjukkan bahwa perawat gawat darurat telah melakukan pengkajian dan komunikasi, perencanaan dan kolaborasi, implementasi dan evaluasi perawatan yang diberikan, dan melaporkan data penting pada dokter selama situasi serius. Dokumentasi triase tersebut harus menunjukkan bahwa perawat gawat darurat bertindak sebagai advokat pasien ketika terjadi penyimpangan standar perawatan yang mengancam keselamatan pasien (KEPMENKES RI, 2011).

Dokumentasi triase menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sebagai metode ilmiah penyelesaian masalah keperawatan pada pasien untuk meningkatkan *outcome* pasien. Ciri dokumentasi triase yang baik adalah berdasarkan fakta (*factual basis*), akurat (*accuracy*), lengkap (*completeness*), ringkas (*conciseness*), terorganisir (*organization*), waktu yang tepat (*time liness*), dan bersifat mudah dibaca (*legability*) yang direvisi menjadi tiga bentuk standar dokumentasi yaitu *communication*, *accountability*, dan *safety* (Potter & Perry, 2009).

d. Faktor persyaratan staff (*staff requirements*)

Depkes 2009 dalam Rancangan Pedoman Pelayanan Gawat Darurat Maternal Neonatal Rumah Sakit Umum Tipe B Dan C menyatakan faktor ketenagaan meliputi

- 1) Dokter umum atau peserta residen Ilmu Kesehatan Anak yang sedang jaga Di IGD, dokter spesialis minimal dokter spesialis obstetric ginekologi, spesialis anak, spesialis anestesidan bedah, spesialis emergency tersedia 24 jam
- 2) Kepala IGD seorang dokter/spesialis bedah yang mempunyai keahlian dalam menangani klien kasus emergensi, harus berada ditempat bila diperlukan,
- 3) Spesialis Gawat Darurat yang bertugas dalam shift dan dalam keadaan emergensi

- 4) Perawat yang terdiri dari kepala perawat IGD berpengalaman minimal 2 tahun dan berpendidikan Sarjana Keperawatan dan mempunyai sertifikat pelatihan pertolongan dasar emergensi. Staf perawat dalam jumlah yang cukup, terlatih dalam CPR dan NRP dan harus ada dalam setiap shift.
- 5) Staf teknik medik IGD yaitu staf ambulans terlatih menangani klien sampai ke RS
- 6) Staf IGD yang lain seperti porter, perawat keamanan dan perawat kebersihan

Penelitian ini menggunakan faktor pendidikan terakhir dan faktor pelatihan kegawatan yang diikuti oleh perawat. *Emergency Nursing Association* (2014) mengembangkan pedoman kebutuhan tenaga keperawatan di ruang IGD menyatakan bahwa keterampilan dan latar belakang pendidikan yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penerapan ATS.

Perawat yang baru menyelesaikan pendidikan tanpa ada pengalaman kerja sebelumnya tidak memenuhi syarat untuk mengikuti program pendidikan perawat triase. Triase harus dilakukan oleh perawat yang berpengalaman dengan kompetensi khusus triage (*College of Emergency Nursing Australasian*, 2009).

KEPMENKES RI (2009) menyatakan bahwa kualifikasi perawat pelaksana di IGD adalah perawat yang telah mengikuti pelatihan *Emergency Nursing Basic*.

e. Faktor model keperawatan

Australian Triage Process Review 2011 menyatakan model keperawatan meliputi :

- 1) *Fast Track* merupakan model keperawatan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk mempercepat klien dengan perawatan yang urgent ataupun klien dengan kompleksitas yang rendah yang perawatannya dimulai oleh tim klinis. *Fast Track* merupakan model keperawatan untuk mengurangi *waiting time*
- 2) *Emergency Short Stay Units* merupakan metode keperawatan yang memberikan penilaian, observasi dan terapi yang cepat kepada klien dalam

jangka pendek dan cara efektif untuk membatasi Length Of Stay di IGD 6 jam dan klien yang memerlukan pemantauan khusus untuk jangka terbatas

- 3) *Pediatrics units* merupakan model keperawatan anak yang idealnya terpisah dengan orang dewasa
- 4) *Psychiatric emergency care unit* merupakan model keperawatan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kegawatan jiwa yang terpisah
- 5) *Medical surgical assessment units* merupakan sebuah unit pelayanan kegawatan yang mengobati klien penyakit dalam dan bedah
- 6) *Aged coordination and evaluation team* merupakan gabungan antara staff perawat, terapis okupasi, fisioterapis dan pekerja sosial
- 7) *GP units* merupakan pelayanan yang menempatkan dokter umum di IGD yang bisa ditawarkan kepada klien dengan kegawatan yang rendah
- 8) *Early pregnancy units* merupakan area pelayanan khusus untuk menangani masalah kehamilan yang kurang dari 20 minggu kehamilan

Penelitian lain yang terkait dengan faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* antara lain kategori pengetahuan, sikap, pendidikan, pengalaman bekerja, kepemimpinan dan kebijakan, beban kerja, pengaturan shift, deskripsi tugas dan jumlah klien (Jansen *et al.*,2011;Gerdz *et al.*,2003;Nonutu *et al.*,2015;Yanti *et al.*,2012;Santosa *et al.*,2015).

Faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* terbagi menjadi 3 yaitu faktor personil antara lain faktor kategori pengetahuan perawat, faktor pengalaman kerja, faktor pelatihan kegawatdaruratan, faktor non personil antara lain faktor rasio perawat dan jumlah klien, faktor lingkungan kerja dan keuangan dan faktor klien antara lain faktor usia klien, faktor jenis penyakit, faktor lama kejadian dan faktor nyeri yang dirasakan (Chen *et al.*,2010;Iriana *et al.*,2013;Dadashzadeh *et al.*,2013).

Faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* adalah kategori pengetahuan, pelatihan, senioritas, kebijakan, jumlah kunjungan, supervise, peralatan, reward dan kinerja keperawatan (Fitzgerald *et al.*,2009;Lumbanraja & Nizma.,2011;Sulistiyowati ., 2012;Prabandari., 2013). Penelitian ini menunjukkan faktor yang mempengaruhi penerapan *Australasian Triage Scale* antara lain kategori pengetahuan, sikap, pelatihan dan pengalaman kerja, rasio klien-perawat, motivasi, peralatan, rewards (Lusiana., 201; Safari., 2012; Fathoni.,2013)