

Buku Ajar **KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA**

Johanna Tomaso • Rohandi Baharuddin • Wahyuni Aziza
Ayu Wahyuni Lestari • Hamdan Hariawan • Harun S. Latulumamina



BUKU AJAR

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA

Penulis:

Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.kes.

Ns. Rohandi Baharuddin, M.Kep.

Wahyuni Aziza, M.Kep.

Ayu Wahyuni Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Hamdan Hariawan, M.Kep.

Harun S. Latulumamina. SSR., M.Tr.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DAN MANAJEMEN BENCANA

Penulis:

Johanna Tomaso, SKM., S.Kep., M.kes.
Ns. Rohandi Baharuddin, M.Kep.
Wahyuni Aziza, M.Kep.
Ayu Wahyuni Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Hamdan Hariawan, M.Kep.
Harun S. Latulumamina. SSR., M.Tr.Kep.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-23-1

Cetakan Pertama: Oktober 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji dan Syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala limpahan Rahmat-Nya , sehingga kami dapat menyelesaikan **Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana** bagi Mahasiswa DIII Keperawatan dengan baik. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi di Indonesia sesuai kepakarannya, dengan tujuan agar dapat menjadi kontribusi nyata dalam membantu sejawat dan mahasiswa dalam mempelajari dan memahami mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Buku ini disusun dengan pendekatan konsep teoritis dan penerapannya serta latihan, berdasarkan Bahan Kajian Mata Kuliah Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bancana yang terdapat dalam Kurikulum Diploma III Keperawatan yang dikeluarkan oleh Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI). Buku ini berisi beberapa bahan kajian yang dijabarkan dalam enam bab yaitu, SPGDT, BHD, Pertolongan pada korban Gawat Darurat, Triage, Pemeriksaan Fisik kegawatdaruratan, Prosedur Triage. Kami mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan penulis yang telah membantu dalam penulisan, serta semua pihak yang telah turut serta mendukung kami dalam penyusunan buku ini. Terimakasih yang sama kami ucapkan kepada Tim OPTIMAL by PT. Nuansa Fajar Cemerlang yang telah memfasilitasi penyusunan, penerbitan dan publikasi buku ini

Kami menyadari bahwa kesempurnaan itu hanyalah milik YME oleh karena itu dengan rendah hati kami mohon maaf jika masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini. Kami terbuka menerima masukan yang membangun sehingga kami dapat melengkapi buku ajar ini agar menjadi jauh lebih baik. Akhir kata, seperti kata pepatah, "Pembelajaran itu adalah proses tanpa akhir, semakin kamu belajar, semakin kamu sadar betapa sedikit yang kamu ketahui", Selamat membaca, dan semoga buku ini memberikan banyak manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
----------------------	------------

DAFTAR ISI	iv
-------------------------	-----------

BAB 1 SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU 1

A. Defenisi Sistem Penanggulangan Dawat Darurat Terpadu. (SPGDT)	3
B. Tujuan Utama SPGDT	4
C. Manfaat SPGDT.....	4
D. Unsur-unsur Utama dalam SPGDT	4
1. Sistem Komunikasi Gawat Darurat.....	4
2. Sistem Penanganan Korban/Pasien Gawat darurat.....	5
3. Sistem Transportasi Gawat Darurat	5
E. Fasilitas Kesehatan.....	6
F. Sumber Daya Manusia.....	6
G. Pelayanan Utama Dalam SPGDT.....	7
1. Pra-Rumah Sakit.....	7
2. Pelayanan Di Rumah Sakit	7
3. Pelayanan Antar Rumah Sakit.....	8
4. Alasan Pelayanan Antar Rumah Sakit	8
5. Proses Pelayanan Antar Rumah Sakit	8
6. Pentingnya Pelayanan Antar Rumah Sakit	9
H. Komponen, Integrasi, Dan Koordinasi.....	9
1. Komponen Utama dalam Penanggulangan Gawat Darurat.....	9
2. Integrasi dan Koordinasi	10
3. Tantangan dalam Implementasi SPGDT	10
I. Latihan.....	10
J. Rangkuman Materi.....	13
K. Glosarium	14
Daftar Pustaka	14

BAB 2 KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR.17

A. Definisi Bantuan Hidup Dasar (BHD).....	18
B. Tujuan dan Pentingnya BHD	18
C. Dasar Teoritis Bantuan Hidup Dasar (BHD).....	19

D. Tindakan Awal Bantuan Hidup Dasar (BHD)	20
1. Memastikan Keamanan Lingkungan	20
2. Memanggil Bantuan	21
3. Penilaian dan Persiapan untuk Tindakan BHD.....	22
4. Penggunaan AED (<i>Automate External Defibrillator</i>)	23
E. Teknik Resusitasi Jantung Paru (RJP)	24
F. Evakuasi dan Penyesuaian Teknik RJP	26
G. RJP Dihentikan	26
H. Komplikasi RJP	28
I. Latihan Soal	28
J. Rangkuman Materi.....	30
K. Glosarium	31
Daftar Pustaka	31

BAB 3 PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN GAWAT DARURAT.....33

A. Pengertian Gawat Darurat.....	34
B. Tujuan Pertolongan Gawat Darurat.....	34
C. Prinsip Utama Pertolongan Gawat Darurat.....	35
1. Sistem Penilaian ABCDE	36
2. Prioritas Tindakan dalam Pertolongan Pertama	36
3. Teknik Pertolongan Dasar	36
D. Kemampuan Dasar Penolong Pertama	37
1. Menguasai cara meminta bantuan pertolongan	37
2. Menguasai Teknik Bantuan Hidup Dasar	37
3. Menguasai Teknik Menghentikan Perdarahan	38
4. Menguasai teknik memasang balut-bidai.....	38
5. Menguasai teknik evakuasi dan transportasi.....	39
E. Latihan Soal	39
F. Rangkuman Materi.....	40
G. Glosarium	41
H. Daftar Pustaka	41

BAB 4 TRIAGE43

A. Pengertian Triage.....	46
B. Tujuan Triage	47

1. Menjamin Perawatan yang Tepat Waktu	47
2. Mengoptimalkan Penggunaan Sumber Daya.....	47
3. Mengurangi Waktu Tunggu	47
4. Mencegah Keterlambatan yang Berakibat Fatal.....	47
5. Meningkatkan Kepuasan Pasien.....	47
C. Langkah-Langkah Triage	48
1. Penilaian Awal (Initial Assessment)	48
2. Klasifikasi Triage.....	61
3. Pemberian Intervensi Awal	64
4. Dokumentasi	66
5. Komunikasi dan Koordinasi	69
6. Pemantauan dan Evaluasi Lanjut.....	73
D. Visualisasi Triage (Opsional).....	76
E. Latihan.....	80
F. Rangkuman Materi.....	81
G. Glosarium	83
Daftar Pustaka	84

BAB 5 PEMERIKSAAN FISIK PADA KONDISI KEGAWATDARURATAN87

A. Primary Survey	88
1. Airway.....	88
2. Breathing	89
3. Circulation.....	91
4. Disability dan Pengkajian Status Neurologi.....	91
5. Exposure	93
6. Folley Catheter dan Gastric Tube	93
7. Heart Monitor.....	93
B. Secondary Survey.....	93
C. Latihan.....	94
D. Rangkuman Materi.....	94
E. Glosarium	95
Daftar Pustaka	95

BAB 6 PRINSIP TRIAGE.....97

A. Triage	99
B. Triage dalam Berbagai Situasi	99

C.	Sejarah Triage.....	100
1.	Awal Mula Triage di Medan Perang.....	100
2.	Perang Dunia I dan II: Pengembangan Triage Medis Militer	101
3.	Perkembangan Triage dalam Sistem Kesehatan Sipil	102
4.	Triage dalam Situasi Bencana dan Kecelakaan Massal	102
5.	Pengaruh Pandemi terhadap Triage	103
6.	Perkembangan Teknologi dalam Triage	104
D.	Tujuan Triage.....	104
E.	Prinsip Dasar Triage	104
F.	Jenis Triage.....	104
1.	Triage Pra-Rumah Sakit (Triage Lapangan).....	105
2.	Triage Rumah Sakit.....	105
3.	Triage Bencana.....	105
G.	Sistem Triage yang digunakan di Berbagai Negara	105
1.	<i>Sistem START</i> (Simple Triage and Rapid Treatment) - <i>Amerika Serikat</i>	106
2.	<i>Manchester Triage System (MTS)</i> - Inggris dan Eropa	106
3.	<i>Australasian Triage Scale (ATS)</i> - Australia dan Selandia Baru.....	107
4.	<i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)</i> - Kanada.....	108
5.	<i>SALT Triage</i> (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, <i>Treatment/Transport</i>) - Global	109
6.	<i>METTAG</i> (Military Triage System) - Sistem Triage Militer.....	109
H.	Pelaksanaan Triage di Rumah Sakit.....	110
1.	Penerimaan Pasien.....	110
2.	Penilaian Awal oleh Tenaga Medis Triage.....	110
3.	Klasifikasi Triage.....	111
4.	Penempatan Pasien	111
5.	Re-Evaluasi Pasien	112
I.	Alat dan Teknik Triage	112
1.	Alat-alat Triage.....	112
2.	Teknik Triage	114
3.	Inovasi Teknologi dalam Triage	116
J.	Kelebihan dan Kekurangan Triage.....	117
K.	Peran perawat dalam Sistem Triage.....	117
1.	<i>Peran Utama Perawat dalam Triage</i>	117
2.	Keterampilan yang Dibutuhkan oleh Perawat Triage	119
3.	Tantangan yang Dihadapi oleh Perawat Triage.....	120

4. Kontribusi Perawat dalam Meningkatkan Efisiensi Triage.....	121
L. Etik dalam Triage.....	122
1. Prinsip Etik dalam Triage.....	122
2. Dilema Etik dalam Triage	124
3. Pendekatan untuk Mengatasi Dilema Etika dalam Triage.....	125
M. Latihan.....	126
N. Rangkuman Materi.....	128
O. Glosarium	130
Daftar Pustaka	130
PROFIL PENULIS.....	131

BAB 1

SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU

Pendahuluan

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), merupakan pilar penting dalam pelayanan kesehatan Masyarakat. SPGDT adalah suatu sistem penanggulangan pasien gawat darurat yang terdiri dari unsur, pelayanan pra rumah sakit, pelayanan di rumah sakit dan pelayanan antar rumah sakit. SPGDT harus berjalan terpadu, baik pra, intra, dan inter rumah sakit. Hal ini demi mewujudkan tujuan yang lebih tinggi yaitu *Safe Community*, yaitu keadaan sehat dan aman yang tercipta dari, oleh dan untuk masyarakat. Dalam situasi darurat, setiap detik sangat berharga. Kecepatan, keakuratan, dan efektivitas respons menjadi penentu keberhasilan dalam menyelamatkan jiwa. Konsep "terpadu" dalam sistem ini mengacu pada integrasi berbagai elemen, mulai dari pusat panggilan darurat, transportasi medis darurat, hingga fasilitas Kesehatan.

Tujuan penulisan buku

Memberikan gambaran bagi pembaca khususnya mahasiswa keperawatan tentang bagaimana penanganan terpadu pada kondisi gawat darurat dan ketika terjadi bencana.

Tujuan penulisan buku ini adalah Untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan serta menyediakan paduan praktis bagi perawat dan professional dibidang kesehatan dan manajemen bencana agar dapat mengimplementasi SPGT dengan lebih efektif, sehingga diharapkan kualitas pelayanan dapat ditingkatkan dan risiko kesalahan dapat diminimalkan.

Sasaran Pembaca

Buku ini diperuntukkan bagi professional kesehatan, khususnya mahasiswa keperawatan yang sedang kuliah.

Isi Buku

Buku ini menjelaskan tentang Sistem penanggulangan gawat darurat pada pelayanan pra rumah sakit, pelayanan rumah sakit, dan pelayanan antar rumah sakit pada saat terjadi kegawatdaruratan hari-hari maupun dalam keadaan bencana. Konsep "terpadu" dalam sistem ini mengacu pada integrasi berbagai elemen, mulai dari pusat panggilan darurat, transportasi medis darurat, hingga fasilitas Kesehatan.

Metode Pembelajaran

Metode atau pendekatan pembelajaran yang digunakan oleh pembaca adalah belajar mandiri aktif dan latihan.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran keperawatan gawat darurat dan manajemen bencana, mahasiswa mampu menguasai konsep dan prinsip manajemen sistem penanggulangan gawat darurat terpadu secara efektif dalam situasi kritis.

Tujuan Intruksional:

1. Mampu memahami konsep sistem penanggulangan Gawat darurat terpadu.
2. Mampu memahami proses penanggulangan gawat darurat terpadu.
3. Mampu mempraktekkan pelayanan pra-Rumah sakit, Rumah sakit dan Inter rumah sakit dalam sistem penanggulangan gawat darurat terpadu.

Capaian Pembelajaran:

Mampu menguasai konsep keperawatan gawat darurat sistem penanggulangan gawat darurat terpadu.

Uraian Materi

Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) adalah upaya untuk memadukan berbagai elemen penting dalam manajemen bencana, seperti pelayanan medis, komunikasi, dan logistik, untuk memberikan respon cepat dan efektif pada saat keadaan darurat. Menurut , SPGDT merupakan komponen vital dalam mengurangi mortalitas dan morbiditas selama bencana. SPGDT adalah suatu sistem penanggulangan pasien gawat darurat yang terdiri dari unsur, pelayanan pra rumah sakit, pelayanan di rumah sakit dan pelayanan antar rumah sakit. SPGDT harus berjalan terpadu, baik pra, intra, dan inter rumah sakit. Hal ini demi mewujudkan tujuan yang lebih tinggi yaitu *Safe Community*, yaitu keadaan sehat dan aman yang tercipta dari, oleh dan untuk masyarakat. Setiap komponen saling terkait dan bekerja sama secara sinergis untuk memberikan pelayanan yang cepat dan tepat. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu pendekatan holistik yang bertujuan untuk memberikan respon cepat dan efektif dalam menghadapi situasi darurat, seperti bencana alam dan kecelakaan. Pentingnya integrasi lintas sektor dalam sistem ini, yang menekankan bahwa keberhasilan penanggulangan bencana sangat bergantung pada koordinasi yang baik antara berbagai komponen, termasuk pelayanan kesehatan, logistik, dan komunikasi. Kebijakan yang jelas dan koordinasi yang kuat selain memberikan pertolongan medis yang profesional, sistem ini juga harus memperhatikan aspek psikologis pasien dan keluarganya. Perlakuan yang ramah, empati, dan komunikasi yang efektif dapat mengurangi kecemasan dan memberikan rasa aman bagi pasien.

A. Defenisi Sistem Penanggulangan Dawat Darurat Terpadu. (SPGDT)

Sistem penanggulangan Gawat darurat Terpadu (SGDPT) merupakan system yang mengintegrasikan elemen-elemen penting seperti layanan medis, logistic, komunikasi, dan manajemen informasi untuk merespons keadaan darurat secara cepat dan tepat. SPGDT dirancang untuk mempercepat waktu respon dan meningkatkan efisiensi penanganan dilapangan. Kebijakan yang jelas dan koordinasi yang kuat sangat penting dalam penanganan keadaan darurat untuk mengurangi dampak negatif dan menyelamatkan nyawa. Unsur pelayanan gawat Darurat terdiri dari: pelayanan pra rumah sakit, rumah sakit, antar rumah sakit.

B. Tujuan Utama SPGDT

1. Menyelamatkan nyawa: memberikan pertolongan pertama secepatnya untuk mencegah kematian.
2. Mencegah Kecacatan: Meminimalkan dampak jangka Panjang dari penyakit.
3. Meningkatkan kualitas hidup. Memastikan korban mendapatkan perawatan yang optimal

C. Manfaat SPGDT

1. **Respon Yang Capat:** waktu respon yang cepat dapat meningkatkan peluang kesembuhan.
2. **Kualitas Pelayanan Yang tinggi:** pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar medis.
3. **Ketersediaan Peralatan Medis:** Peralatan Medis yang lengkap mendukung penanganan penanganan pasien.
4. **Keterlibatan Masyarakat:** Masyarakat dapat berperan aktif dalam memberikan pertolongan pertama.

Pelayanan berpedoman pada respon cepat dan menekankan pada time saving is life and limb saving yang melibatkan pelayanan oleh Masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat dan system komunikasi.

Dalam upaya mewujudkan SPGDT, rumah sakit perlu membentuk jejaring atau sistem yang terintegrasi yang dimulai dari pra rumah sakit, inter rumah sakit dan intra rumah sakit, salah satunya melalui call center. SPGDT *Call Center* merupakan salah satu unsur pelayanan bertujuan mempermudah akses pelayanan penderita gawat darurat. Dengan adanya *SPGDT Call Center*¹⁹, maka diharapkan akan memberikan kemudahan kepada masyarakat mendapat pertolongan pada saat terjadi kasus kegawatdaruratan serta untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas.

D. Unsur-unsur Utama dalam SPGDT

1. Sistem Komunikasi Gawat Darurat.

Defenisi: Jaringan komunikasi yang terintegrasi untuk menerima, memproses dan mendistribusikan panggilan darurat.

Komponen:

Nomor Tunggal Panggilan Darurat (PKKD): Nomor telepon khusus (misalnya 119) yang mudah diingat masyarakat.

Pusat Komunikasi Kesehatan Darurat (PKKD): Pusat pengendalian yang menerima panggilan darurat, melakukan triage, dan mengkoordinasikan respons.

Alat Komunikasi: Perangkat seperti telepon, radio dan sistem informasi geografis (SIG)

Fungsi:

- a. Menerima Panggilan darurat.
- b. Melakukan Triase (penilaian Tingkat Keparahan).
- c. Mengarahkan sumber daya (ambulans, petugas medis).
- d. Memantau perjalanan Ambulans.
- e. Menginformasikan keluarga pasien.

2. Sistem Penanganan Korban/Pasien Gawat darurat

Defenisi: Prosedur dan Tindakan yang dilakukan untuk memberikan pertolongan pertama ,stabilisasi,dan transportasi pasien gawat darurat.

Komponen:

- a. Pertolongan pertama: Tindakan awal untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kondisi memburuk.
- b. Triage: Proses pengelompokan pasien berdsarkan Tingkat keparahan untuk menentukan prioritas penanganan.
- c. Stabilisasi: Stabilisasi untuk menjaga fungsi vital tubuh seperti pernapasan, sirkulasi, dan kesadaran.
- d. Transportasi Medis: Pengangkatan pasien ke fasilitas Kesehatan dengan menggunakan ambulans.

Fungsi:

- a. Menyelamatkan nyawa.
- b. Mencegah kecacatan.
- c. Meminimalkan penderitaan.

3. Sistem Transportasi Gawat Darurat

Defenisi: Jaringan transportasi yang digunakan mengangkut ppasien gawat darurat ke fasilitas Kesehatan.

Komponen:

- a. Ambulans: Kendaraan darurat yang dilengkapi peralatan medis.

- b. Petugas Medis: Paramedis atau perawat yang terlatih memberikan perawatan bagi korban selama transportasi.
- c. Rute Transportasi: jalur yang paling efisien dan aman untuk mencapai fasilitas Kesehatan.

Fungsi:

- a. Mengangkut pasien dengan cepat dan aman.
- b. Memberikan perawatan kontinu selama transportasi.

E. Fasilitas Kesehatan

Defenisi: Rumah sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya yang dilengkapi dengan unit gawat darurat (UGD)

Komponen:

- 1. UGD: Unit yang menerima pasien gawat darurat 24 jam.
- 2. Ruang Operasi: Untuk Tindakan bedah darurat.
- 3. ICU: Untuk perawatan intensif untuk pasien kritis.
- 4. Peralatan Medis: Peralatan medis yang lengkap untuk menunjang penanganan pasien gawat darurat.

Fungsi:

- 1. Memberikan perawatan defenitif.
- 2. Melakukan Tindakan medis yang lebih kompleks.

F. Sumber Daya Manusia

Defenisi: Tenaga Kesehatan yang terlibat dalam SPGDT, mulai dari petugas komunikasi, paramedis, perawat, dokter, hingga tenaga administrasi.

Komponen:

- 1. Petugas komunikasi: Menerima panggilan darurat dan mengkoordinasikan respons.
- 2. Paramedis: Memberikan perawatan di UGD dan ICU.
- 3. Dokter: Mendiagnosis dan memberikan penanganan medis yang sesuai.

Fungsi:

- 1. Melaksanakan seluruh kegiatan dalam SPGDT
- 2. Integrasi dan Koordinasi
- 3. Keberhasilan SPGDT sangat tergantung pada integrasi dan koordinasi yang baik antar semua semua komponen. Komunikasi yang efektif, standar operasional prosedur (SOP) yang jelas, dan pelatihan yang berkelanjutan sangat penting untuk memastikan kelancaran system.

G. Pelayanan Utama Dalam SPGDT

SPGDT dirancang untuk memberikan respon cepat dan efektif terhadap berbagai kondisi gawat darurat medis. Pelayanan utama dalam SPGDT mencakup beberapa tahapan, mulai dari saat terjadi kejadian darurat hingga pasien mendapatkan perawatan medis di fasilitas Kesehatan.

1. Pra-Rumah Sakit

- a. Panggilan darurat: Call Center Darurat (Contoh: 119 Masyarakat dapat menghubungi nomor darurat (misalnya 119), untuk melaporkan kejadian gawat darurat. Layanan ini harus tersedia 24 jam untuk menerima laporan gawat darurat dan mengkoordinasikan langkah-langkah awal.
- b. Respon Cepat: Petugas medis atau relawan akan segera menuju Lokasi kejadian setelah menerima panggilan. Kendaraan ambulans yang dilengkapi dengan peralatan medis untuk menangani kondisi darurat selama transportasi pasien menuju rumah sakit. Petugas medis yang terlatih turut serta dalam memberikan pertolongan pertama di lokasi dan selama perjalanan.
- c. Pertolongan pertama: Tim medis akan memberikan pertolongan pertama pada korban, seperti menghentikan perdarahan, membuka jalan napas, atau melakukan resusitasi jantung paru (RJP).
- d. Stabilitas: Kondisi korban akan distabilkan sebelum diangkat ke fasilitas Kesehatan.
- e. Transportasi Medis:
 - 1) Ambulans: Korban akan diangkat menggunakan ambulans yang dilengkapi peralatan medis.
 - 2) Perawatan Selama Transportasi: Petugas medis akan terus memantau dan memberikan perawatan selama perjalanan ke rumah sakit.

2. Pelayanan Di Rumah Sakit

- a. Unit Gawat Darurat (UGD): Unit di rumah sakit yang secara khusus menangani pasien gawat darurat. UGD harus dilengkapi dengan peralatan medis darurat dan petugas yang terlatih dalam penanganan berbagai kondisi kegawatdaruratan. Triage: Petugas medis di Rumah Sakit akan melakukan triage untuk menentukan Tingkat keparahan kondisi korban dan prioritas penanganan.

- b. Penanganan Medis: Korban akan segera mendapatkan penanganan medis yang sesuai dengan kondisi yang dialaminya. Tim ini biasanya terdiri dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya yang trampil dalam melakukan Tindakan darurat.
- c. Pemantauan berkala untuk memastikan pemulihan pasien berjalan dengan baik dan tidak terjadi komplikasi setelah perawatan darurat.
- d. Perawatan lanjutan: Setelah dilakukan penanganan, tim akan menilai apakah korban akan dirawat di ruang rawat inap atau ICU jika diperlukan.

3. Pelayanan Antar Rumah Sakit

Pelayanan antar rumah sakit merupakan salah satu komponen krusial dalam System Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (**SPGDT**). Mekanisme ini melibatkan pemindahan pasien dari satu fasilitas Kesehatan ke fasilitas Kesehatan lain yang memiliki kemampuan lebih baik dalam menangani kondisi medis pasien. Setelah pasien melewati fase gawat darurat, rehabilitasi medis diperlukan untuk memulihkan fungsi tubuh dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Rehabilitasi dapat mencakup terapi fisik, psikologis, atau sosial. Tujuan utama dari pelayanan ini adalah untuk memberikan penanganan medis yang lebih optimal bagi pasien yang membutuhkan perawatan khusus atau tindakan medis yang tidak tersedia di fasilitas Kesehatan awal.

4. Alasan Pelayanan Antar Rumah Sakit

- a. Keterbatasan Fasilitas: Tidak semua fasilitas kesehatan memiliki peralatan dan tenaga medis yang lengkap untuk menangani semua jenis kasus gawat darurat.
- b. Tingkat Keparahan Penyakit: beberapa kasus gawat darurat memerlukan penanganan yang lebih kompleks dan spesialis yang hanya tersedia di rumah sakit rujukan.
- c. Kapasitas Rumah Sakit: Jika suatu rumah sakit sudah penuh, pasien yang membutuhkan perawatan intensif harus dirujuk ke rumah sakit lain yang masih memiliki kapasitas.

5. Proses Pelayanan Antar Rumah Sakit

- a. Penilaian Kondisi Pasien: Tim medis di fasilitas Kesehatan awal akan melakukan penilaian menyeluruh terhadap kondisi pasien untuk menentukan tingkat keparahan dan kebutuhan perawatan.

- b. Pemilihan Rumah Sakit Rujukan: Berdasarkan hasil penilaian, rumah sakit rujukan akan dipilih dengan mempertimbangkan jenis penyakit, ketersediaan fasilitas, dan jarak tempuh.
- c. Koordinasi dengan Rumah Sakit Rujukan. Fasilitas Kesehatan awal akan menghubungi rumah sakit rujukan untuk menginformasi kondisi pasien dan meminta rumah sakit rujukan untuk menerima rujukan.
- d. Transportasi pasien: pasien akan diangkut menggunakan ambulans yang dilengkapi perlengkapan medis lengkap ke rumah sakit rujukan. Selama perjalanan kondisi pasien akan dipantau terus oleh tim medis.
- e. Penerimaan Pasien di rumah Sakit Rujukan: Rumah sakit rujukan akan segera menerima pasien dan memberikan penanganan medis sesuai dengan kondisi pasien.

6. Pentingnya Pelayanan Antar Rumah Sakit

- a. Peningkatan Akses Pelayanan: Pelayanan antar Rumah Sakit memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan akses terhadap perawatan yang dibutuhkan, terlepas dari Lokasi geografis.
- b. Peningkatan Kualitas Pelayanan: dengan rujukan pasien ke-pusat-pusat layanan yang lebih lengkap, kualitas pelayanan medis dapat ditingkatkan.
- c. Peningkatan Angka Kesembuhan: Penanganan yang tepat dan cepat dapat meningkatkan peluang kesembuhan pasien.

H. Komponen, Integrasi, Dan Koordinasi

1. Komponen Utama dalam Penanggulangan Gawat Darurat

Komponen lain yang diperlukan dalam pelayanan agar lebih baik dalam penanganan SPGDT adalah

a. Pelatihan dan Pendidikan

Pelatihan yang berkelanjutan sangat penting untuk memastikan kesiapan tenaga medis dan relawan dalam menghadapi bencana. Tanpa pelatihan yang memadai, upaya penanggulangan darurat bisa menjadi tidak efektif dan bahkan membahayakan.

b. Sistem Komunikasi dan Informasi

Komunikasi yang efektif adalah komponen kunci dalam SPGDT. Teknologi informasi seperti komunikasi radio dan internet digunakan untuk mendukung koordinasi antar tim selama keadaan darurat.

c. Manajemen Logistik dan Sumber Daya

Manajemen Logistik yang efisien diperlukan untuk memastikan ketersediaan sumber daya yang diperlukan selama keadaan darurat, seperti peralatan medis dan obat-obatan. Ketersediaan logistik yang kurang dan buruk dapat memperburuk situasi bencana dan menghambat respons darurat.

2. Integrasi dan Koordinasi

Keberhasilan SPGDT sangat bergantung pada integrasi dan koordinasi baik antar semua komponen. Komunikasi yang efektif, standar operasional prosedur (SOP) yang jelas dan pelatihan yang berkelanjutan sangat penting untuk memastikan kelancaran system.

3. Tantangan dalam Implementasi SPGDT

- a. Keterbatasan sumber daya:** Anggaran, peralatan dan tenaga Kesehatan yang terbatas.
- b. Kurangnya Kesadaran Masyarakat:** Masyarakat belum sepenuhnya memahami pentingnya SPGDT.
- c. Koordinasi Antar Lembaga:** Koordinasi Antar Lembaga yang belum optimal antara berbagai Lembaga terkait.

I. Latihan

1. Apa tujuan utama dari Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)?
 - A. Meningkatkan jumlah rumah sakit di suatu daerah
 - B. Mengurangi biaya pengobatan pasien gawat darurat
 - C. Menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan**
 - D. Meningkatkan pendapatan rumah sakit
 - E. Memudahkan masyarakat menemukan dokter spesialis
2. Apa manfaat utama dari adanya SPGDT Call Center 119?
 - A. Mempermudah masyarakat mendapatkan informasi tentang cuaca
 - B. Memudahkan masyarakat melaporkan kehilangan barang
 - C. Mempermudah masyarakat mendapatkan pertolongan saat terjadi gawat darurat**
 - D. Mempermudah masyarakat mendapatkan informasi tentang jadwal penerbangan
 - E. Mempermudah masyarakat mendapatkan informasi tentang lowongan pekerjaan

3. Seorang pengendara motor mengalami kecelakaan lalu lintas dan mengalami luka serius di kepala. Seorang saksi mata segera menghubungi nomor darurat. Manakah langkah yang paling tepat dilakukan oleh petugas call center 119, setelah menerima panggilan darurat tersebut?
- A. Menanyakan identitas lengkap saksi mata
 - B. Meminta saksi mata untuk membawa korban ke rumah sakit terdekat
 - C. Melakukan triage untuk menentukan tingkat keparahan luka korban
 - D. Menanyakan alamat lengkap rumah sakit tujuan
 - E. Segera menuju lokasi kejadian dan meminta saksi mata untuk tetap berada di lokasi kejadian**
4. Seb orang laki-laki dibawa ke IGD dengan keluhan nyeri dada hebat dan mengalami sesak nafas. Tiba di IGD pasien tiba-tiba mengalami henti jantung dan henti nafas.. Tindakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh petugas medis yang berada di IGD?
- A. Menyuruh keluarga menunggu didalam
 - B. Memanggil dokter untuk memeriksa pasien
 - C. Melakukan resusitasi jantung paru pada pasien**
 - D. Memberikan obat pereda nyeri kepada pasien
 - E. Mengukur tekanan darah dan memasang infus
5. Terjadi kecelakaan lalu lintas yang melibatkan dua kendaraan. Empat orang mengalami luka-luka dengan kondisi yang berbeda-beda. Seorang mengalami pendarahan hebat di kaki, seorang lagi tidak sadarkan diri, seorang lagi mengalami patah tulang lengan, dan seorang lagi mengalami luka bakar ringan. Apa tindakan pertama yang paling tepat dilakukan oleh petugas medis saat tiba di lokasi kejadian?
- A. Memindahkan semua korban kedalam ambulans secara bersamaan
 - B. Melakukan resusitasi jantung paru pada semua korban
 - C. Menghubungi keluarga korban untuk memberi tahu kondisi mereka
 - D. Melakukan triage untuk menentukan tingkat keparah luka masing-masing korban**
 - E. Meminta bantuan tambahan dari kepolisian untuk mengatur lalu lintas

6. Seorang korban kecelakaan yang mengalami pendarahan hebat di kaki telah distabilkan kondisinya dan siap untuk diangkut ke rumah sakit. Apa yang harus dilakukan oleh petugas medis selama proses transportasi korban ke rumah sakit?
- A. Membiarkan korban tidur selama perjalanan.
 - B. Memberikan obat penghilang rasa sakit yang kuat.
 - C. Memantau terus menerus tanda-tanda vital korban (denyut nadi, tekanan darah, pernapasan, kesadaran dan kemungkinan perdarahan).**
 - D. Meminta korban untuk menceritakan kronologi kejadian kecelakaan.
 - E. Meminta sopir ambulans untuk mengemudi secepat mungkin.
7. Seorang pasien mengalami kecelakaan lalu lintas dan dilarikan ke rumah sakit terdekat. Setelah mendapatkan penanganan awal di IGD, pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan yang memiliki fasilitas lebih lengkap. Apa yang dimaksud dengan rujukan dalam konteks SPGDT?
- A. Pemindahan pasien dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain tanpa alasan tertentu.
 - B. Pemindahan pasien dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain karena keterbatasan fasilitas di rumah sakit pertama.**
 - C. Pemindahan pasien dari rumah sakit ke rumah pasien.
 - D. Pemindahan pasien dari rumah sakit ke bangsal perawatan
 - E. Pemindahan pasien dari rumah sakit ke puskesmas.
8. Seorang pasien dengan kondisi kritis tiba di IGD. Tim medis segera melakukan stabilisasi dan memberikan perawatan awal. Setelah kondisi pasien membaik sedikit, tim medis memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruang perawatan intensif. Apa tujuan utama dari stabilisasi pasien sebelum dipindahkan ke ruang perawatan intensif?
- A. Mempercepat proses pemulihan pasien.
 - B. Memastikan pasien nyaman selama perjalanan.
 - C. Mempermudah proses administrasi rumah sakit.
 - D. Mencegah kondisi pasien memburuk selama transportasi.**
 - E. Meminimalkan biaya perawatan pasien.

9. Seorang pasien yang baru saja menjalani operasi besar dirawat di ruang ICU. Setelah beberapa hari, kondisi pasien membaik dan dokter memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruang perawatan biasa. Apa yang perlu diperhatikan dalam proses pemindahan pasien dari ruang ICU ke ruang perawatan biasa?
- A. Hanya memindahkan pasien tanpa persiapan khusus.
 - B. Memastikan semua peralatan medis tetap terpasang pada pasien.
 - C. Meminta keluarga pasien untuk membantu proses pemindahan.
 - D. Melakukan evaluasi kondisi pasien secara menyeluruh sebelum pemindahan.**
 - E. Membiarkan pasien memilih sendiri ruangan yang diinginkan.
10. Seorang perawat Gawat darurat perlu memiliki pengetahuan dan ketrampilan sebagai dasar dalam melakukan SPGDT. untuk itu diperlukan pelatihan berkelanjutan. **Mengapa pelatihan berkelanjutan sangat penting bagi tenaga medis dalam SPGDT?**
- A. Agar mereka dapat memperoleh sertifikat keahlian
 - B. Agar mereka siap menghadapi berbagai situasi darurat dan dapat memberikan pertolongan yang tepat**
 - C. Agar mereka dapat mengikuti perkembangan teknologi medis
 - D. Agar mereka dapat bekerja sama dengan baik dengan tim medis lainnya
 - E. Agar mereka dapat meningkatkan gaji

J. Rangkuman Materi

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah suatu cara yang dilakukan dalam sistem dimana terdapat komponen-komponen yang saling terkait, yang mempunyai tujuan agar pasien dapat tertolong dengan respon cepat dan menekankan pada time saving is life and limb saving yang melibatkan pelayanan oleh masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat dan system komunikasi.

Dalam upaya mewujudkan SPGDT, rumah sakit perlu membentuk jejaring atau sistem yang terintegrasi yang dimulai dari pra rumah sakit, inter rumah sakit dan intra rumah sakit, salah satunya melalui call center. SPGDT *Call Center* merupakan salah satu unsur pelayanan bertujuan mempermudah akses pelayanan penderita gawat darurat. Dengan adanya *SPGDT Call Center*¹¹⁹, maka diharapkan akan memberikan kemudahan kepada masyarakat mendapat

pertolongan pada saat terjadi kasus kegawatdaruratan serta untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas sehingga meminimalkan angka morbiditas dan mortalitas akibat keterlambatan bantuan. Inti Pelayanan SPGDT adalah:

Pra- Rumah Sakit, Pelayanan Rumah Sakit, Pelayanan Antar Rumah Sakit. Dalam pelayanan SPGDT diperlukan Integrasi dan koordinasi, tetapi juga masih terdapat Tantangan dalam Implementasi SPGDT yang telah penulis uraikan secara rinci

K. Glosarium

SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
PKKD	: Pusat Komunikasi Kesehatan Darurat
SIG	: Sistem Informasi Geografis
UGD	: Unit Gawat darurat
ICU	: Intensive Care Unit
SOP	: Standar Operasional Prosedur
RJP	: Resusitasi jantung Paru

Daftar Pustaka

- Budi Sylvana, Tanggung Jawab Pemerintah Daerah Dalam Penyelenggaraan Kedaruratan Pra-Hospital Melalui Public Safety Center (Psc) 119 Untuk Peningkatan Layanan Kesehatan Di Indonesia Alumni Program Studi Magister Ilmu Hukum Pascasarjana Universitas Islam Bandung. AKTUALITA, Vol. 3 No. 1 2020 Hal. 547 – 564
- Febrian Trinugraha¹, Kartinah² (2023) Universitas Muhammadiyah Surakarta^{1,2} Pengetahuan Masyarakat Tentang Penggunaan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Jurnal Keperawatan Silampari Volume 6, Nomor 2,
- Hendri Purwadi, 1 , Harmili,. 1.*, Meri Afridayani, 21 Nurses' Knowledge of CPR as First Responders to the Code Blue System: an Internal Survey at the Manambai Hospital, West Nusa Tenggara Province,STIKES Griya Husada Sumbawa, NTB, Indonesia,², Universitas .Samawa,Sumbawa, NTB, Indonesia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman penanggulangan bencana kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Taufiqurokhman^{1*}, Mamun Murod² , Evi Satispi³ Andriansyah⁴.Call Center 119 DKI Jakarta, Terobosan Pelayanan Kesehatan Kegawatdaruratan Jurnal

Ilmu Komunikasi dan Humaniora Universitas Prof. Dr. Moestopo
(Beragama)

Utari Putri Anggraini, Meisa Daniati², Rani Lisa Indra³ Gambaran Pengetahuan
Perawat Terhadap Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
(SPGDT) di Puskesmas Pekanbaru

Yudhanto Y, Suryoputro A, Budiyan RT.(2020). Analisis Pelaksanaan Program
SPGDT Di Indonesia. MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA
[Online]. 2021 Feb;20(1):31-40. <https://doi.org/10.14710/mkmi.20.1.31-40>.

Yuliana, E., & Arifin, Z. (2020). Peran regulasi pemerintah dalam manajemen
bencana: Analisis terhadap kebijakan dan implementasi di Indonesia.
Jurnal Administrasi Publik, 12(3), 67-80.

BAB 2

KONSEP DAN PRINSIP PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR

Pendahuluan

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah serangkaian tindakan penyelamatan yang dilakukan untuk mempertahankan sirkulasi dan pernapasan seseorang yang mengalami henti jantung atau henti napas hingga bantuan medis lanjutan tersedia. Langkah-langkah utama dalam BHD meliputi pengecekan respons korban, membuka jalan napas, memberikan resusitasi jantung paru (RJP), dan penggunaan defibrilator eksternal otomatis (AED) jika tersedia. BHD bertujuan untuk menjaga aliran darah dan oksigen ke otak serta organ vital lainnya, memaksimalkan peluang korban untuk bertahan hidup. Pengetahuan dan keterampilan BHD sangat penting bagi setiap orang, terutama mereka yang bekerja dalam lingkungan yang berisiko tinggi terhadap kegawatdaruratan medis.

Tujuan Instruksional Umum

Peserta pelatihan mampu memahami dan menerapkan konsep-konsep dasar Bantuan Hidup Dasar (BHD) dengan benar, sesuai dengan pedoman yang berlaku, untuk memberikan pertolongan pertama pada korban yang mengalami henti jantung atau pernapasan, serta mampu melakukan resusitasi jantung paru (RJP) dan penanganan darurat lainnya secara efektif dan aman.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran, peserta mampu:

1. Menjelaskan Defenisi Bantuan Hidup Dasar
2. Menyebutkan Tujuan dan Pentingnya BHD
3. Menjelaskan Dasar Teoritis BHD
4. Melakukan Tindakan Awal BHD
5. Melakukan Teknik RJP
6. Mengevaluasi RJP
7. Menjelaskan Komplikasi RJP

Uraian Materi

A. Definisi Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah rangkaian tindakan penyelamatan yang dilakukan untuk menjaga atau mengembalikan fungsi vital tubuh, seperti pernapasan dan sirkulasi darah, pada seseorang yang mengalami kondisi darurat medis. BHD merupakan keterampilan dasar yang penting dimiliki oleh setiap individu, terutama mereka yang terlibat dalam profesi medis dan pertolongan pertama, karena dapat meningkatkan peluang keselamatan dan kelangsungan hidup korban hingga bantuan medis lanjutan tersedia.

B. Tujuan dan Pentingnya BHD

Tujuan utama dari pelaksanaan BHD adalah untuk mempertahankan aliran darah dan oksigen ke organ-organ vital tubuh, terutama otak dan jantung, sehingga mencegah kerusakan organ yang lebih parah atau kematian. Tindakan BHD yang cepat dan tepat waktu dapat membuat perbedaan signifikan antara hidup dan mati bagi korban. Selain itu, pemahaman dan keterampilan dalam BHD memberikan rasa percaya diri dan kesiapan bagi individu untuk menghadapi situasi darurat medis.



Gambar: 2.1: Tujuan dan Pentingnya BHD

C. Dasar Teoritis Bantuan Hidup Dasar (BHD)

1. Anatomi dan Fisiologi Dasar

Pemahaman tentang anatomi dan fisiologi dasar manusia adalah fondasi penting dalam pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar. Anatomi adalah studi tentang struktur tubuh dan bagian-bagiannya, sementara fisiologi adalah studi tentang fungsi dari bagian-bagian tubuh tersebut. Pengetahuan ini membantu responden pertama dalam mengenali tanda-tanda kegawatdaruratan dan memberikan intervensi yang sesuai.

a. Sistem Kardiovaskular

- 1) **Jantung:** Jantung adalah organ otot yang berfungsi memompa darah ke seluruh tubuh. Pemahaman tentang struktur jantung, termasuk atrium dan ventrikel, serta sistem konduksi listrik jantung, penting untuk memahami bagaimana gangguan pada jantung dapat menyebabkan henti jantung.
- 2) **Pembuluh Darah:** Arteri, vena, dan kapiler adalah jaringan pembuluh darah yang mengalirkan darah ke seluruh tubuh. Arteri mengangkut darah yang kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh, sedangkan vena mengangkut darah yang kaya karbon dioksida kembali ke jantung.

b. Sistem Pernapasan

- 1) **Saluran Pernapasan:** Saluran pernapasan meliputi hidung, faring, laring, trakea, bronkus, dan paru-paru. Fungsi utama sistem pernapasan adalah untuk mengalirkan udara ke paru-paru dan memfasilitasi pertukaran gas (oksigen dan karbon dioksida) antara udara dan darah.
- 2) **Mekanisme Pernapasan:** Pernapasan terjadi melalui dua fase: inspirasi (penghirupan) dan ekspirasi (pengeluaran napas). Pemahaman tentang mekanisme ini penting untuk teknik ventilasi dalam Bantuan Hidup Dasar.

2. Fisiologi Sistem Pernapasan dan Sirkulasi

Fisiologi dari sistem pernapasan dan sirkulasi berkaitan erat dalam menjaga homeostasis tubuh. Sistem pernapasan bertanggung jawab untuk menghirup oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida, sementara sistem sirkulasi mengangkut gas-gas tersebut ke dan dari sel-sel tubuh.

a. Oksigenansi dan Pertukaran Gas

- b. **Pertukaran Gas di Alveoli:** Alveoli adalah kantung udara kecil di paru-paru di mana pertukaran gas terjadi. Oksigen dari udara masuk ke dalam darah, dan karbon dioksida dari darah dilepaskan ke udara untuk dikeluarkan.
- c. **Transportasi Oksigen:** Hemoglobin dalam sel darah merah mengikat oksigen dan mengangkutnya ke seluruh tubuh, di mana oksigen dilepaskan untuk digunakan oleh sel-sel.
- d. **Perfusi**
 - Perfusi Jaringan:** Perfusi adalah proses pengiriman darah yang kaya oksigen ke jaringan tubuh. Perfusi yang adekuat penting untuk fungsi organ yang optimal. Dalam kondisi darurat, tujuan BHD adalah memastikan perfusi yang cukup untuk mencegah kerusakan jaringan.

D. Tindakan Awal Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Tindakan awal dalam Bantuan Hidup Dasar (BHD) sangat penting untuk meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban. Langkah-langkah ini harus dilakukan dengan cepat dan tepat untuk memastikan korban mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan sebelum bantuan medis lanjutan tiba. Berikut adalah langkah-langkah tindakan awal dalam BHD:

1. Memastikan Keamanan Lingkungan

Sebelum memberikan bantuan, pastikan bahwa lingkungan sekitar aman bagi korban dan penolong. Keselamatan penolong adalah prioritas utama agar tindakan penyelamatan bisa dilakukan tanpa menambah risiko cedera.

a. Periksa Lingkungan

- **Bahaya di Sekitar:** Perhatikan potensi bahaya seperti kabel listrik terbuka, kebakaran, gas beracun, lalu lintas, atau benda tajam.
- **Lindungi Diri Sendiri:** Gunakan alat pelindung diri jika tersedia dan pastikan area tersebut aman untuk mendekati korban.

b. Amankan Korban

Pindahkan Korban: Jika korban berada dalam bahaya langsung, pindahkan mereka ke tempat yang lebih aman jika memungkinkan tanpa membahayakan diri sendiri.



Gambar: 2.2: Amankan Korban

2. Memanggil Bantuan

Setelah memastikan lingkungan aman, langkah berikutnya adalah memanggil bantuan. Mendapatkan bantuan profesional secepat mungkin sangat penting dalam situasi darurat.

a. Aktifkan Sistem Darurat

- 1) **Panggil Nomor Darurat:** Di banyak negara, nomor darurat umum adalah 112 atau 911. Sampaikan informasi penting seperti lokasi kejadian, jumlah korban, dan kondisi korban.
- 2) **Minta Bantuan Orang Lain:** Jika ada orang lain di sekitar, minta mereka untuk memanggil bantuan atau membantu dalam tindakan awal.



Gambar: 2.3: Minta Bantuan Orang Lain

b. Menggunakan AED (*Automated External Defibrillator*)

- 1) **Temukan AED Terdekat:** Banyak tempat umum yang dilengkapi dengan AED. Minta seseorang untuk mengambil AED jika tersedia.

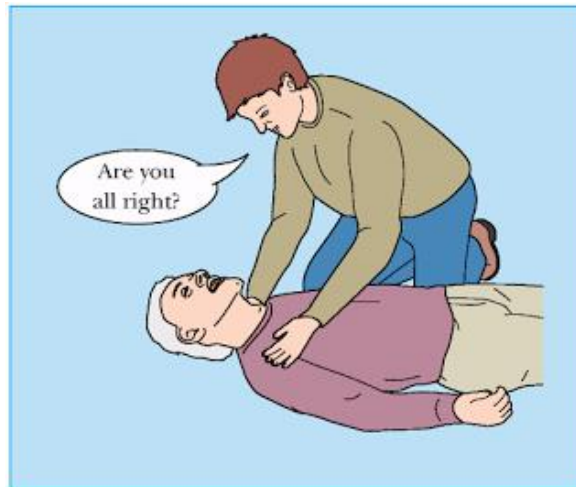
- 2) **Siapkan AED:** Buka AED dan ikuti instruksi suara atau visual yang diberikan oleh perangkat tersebut.

3. Penilaian dan Persiapan untuk Tindakan BHD

Setelah memanggil bantuan, lakukan penilaian awal pada korban dan persiapkan untuk memberikan tindakan Bantuan Hidup Dasar sesuai kebutuhan.

a. Penilaian Awal

- **Cek Respons:** Ketuk bahu korban dan tanyakan dengan suara keras, "Apakah Anda baik-baik saja?"



Gambar 2.4: Cek Respons

- **Periksa Pernapasan dan Denyut Nadi:** Lihat, dengar, dan rasakan pernapasan. Periksa denyut nadi di arteri karotis (leher).

b. Mulai RJP (Resusitasi Jantung Paru)

- **Posisikan Korban:** Letakkan korban di permukaan datar dan keras. Berlutut di samping korban.
- **Kompresi Dada:** Tempatkan telapak tangan satu di atas tangan yang lain, letakkan di tengah dada korban. Lakukan kompresi dada dengan kecepatan 100-120 kali per menit dan kedalaman sekitar 5-6 cm.
- **Ventilasi:** Jika terlatih dan nyaman melakukannya, berikan dua napas bantuan setelah setiap 30 kompresi. Tutup hidung korban dan berikan napas melalui mulut dengan memastikan dada terangkat.



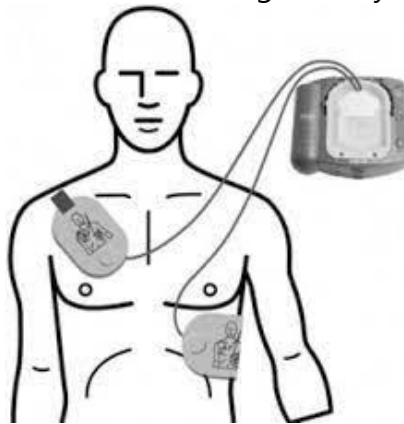
Gambar 2.5: RJP (Resusitasi Jantung Paru)

4. Penggunaan AED (*Automate External Defibrillator*)

Penggunaan AED bisa sangat efektif dalam kasus henti jantung mendadak. AED memberikan kejutan listrik untuk membantu memulihkan irama jantung yang normal.

a. Nyalakan AED

- Ikuti instruksi suara yang diberikan oleh AED. Letakkan elektroda (pad) pada dada korban sesuai gambar yang tertera pada pad.



Gambar 2.6: Nyalakan AED

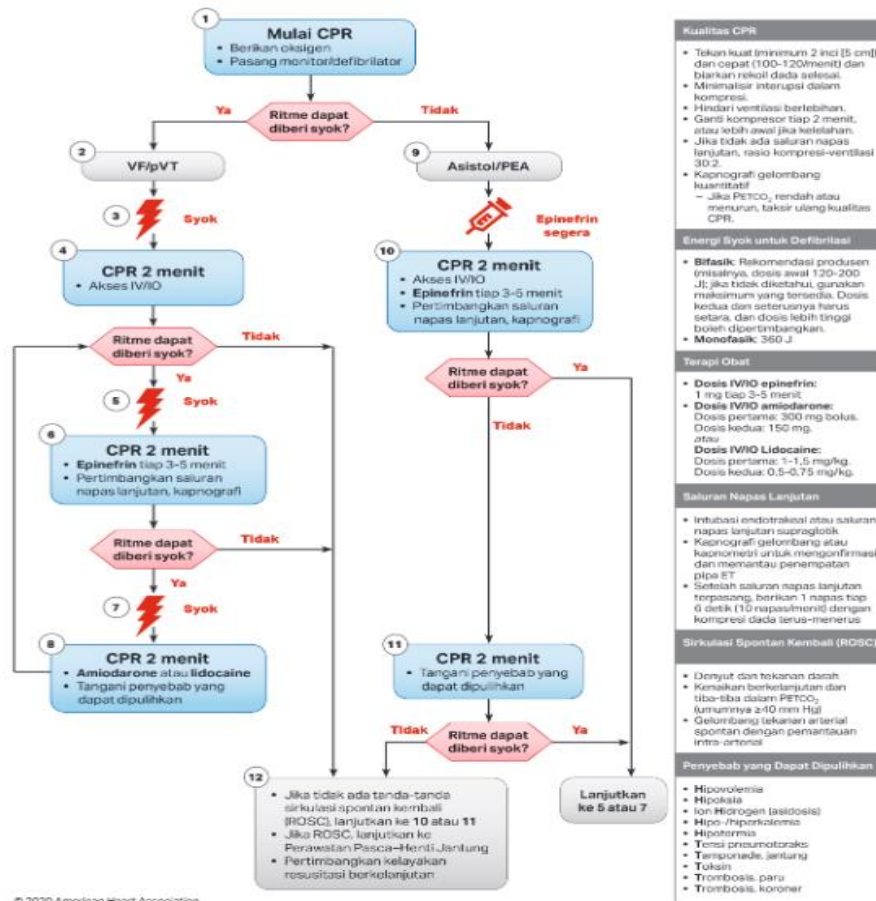
b. Analisis Irama Jantung

- Pastikan tidak ada yang menyentuh korban saat AED menganalisis irama jantung. AED akan menentukan apakah kejutan diperlukan atau tidak.

c. Berikan Kejutan Jika Diperlukan

- Jika AED menginstruksikan untuk memberikan kejutan, pastikan semua orang menjauh dari korban dan tekan tombol kejutan. Setelah kejutan diberikan, segera lanjutkan RJP. Dengan mengikuti langkah-

langkah tindakan awal ini, penolong dapat memberikan bantuan yang efektif dan meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban hingga bantuan medis profesional tiba.



Gambar 2.7: Berikan Kejutan Jika Diperlukan

E. Teknik Resusitasi Jantung Paru (RJP)

Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah teknik penyelamatan yang digunakan untuk menjaga aliran darah dan oksigen ke organ vital tubuh saat jantung dan pernapasan seseorang berhenti. Pelaksanaan RJP yang tepat dapat meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban hingga bantuan medis lanjutan tiba. Berikut adalah langkah-langkah dan teknik dalam RJP:

1. Teknik Kompresi Dada

Kompresi dada adalah bagian penting dari RJP yang bertujuan untuk menggantikan fungsi pompa jantung dengan memberikan tekanan pada dada korban.

a. Posisi Penolong dan Korban

- **Tempatkan Korban:** Letakkan korban di permukaan yang datar dan keras.
- **Posisi Penolong:** Berlutut di samping korban, di dekat bahu dan dada.

b. Menentukan Titik Kompresi

- **Titik Kompresi:** Letakkan bagian pangkal telapak tangan di tengah dada korban, di atas tulang dada (sternum). Tempatkan tangan yang lain di atas tangan pertama dan jari-jari saling terkait.

c. Melakukan Kompresi

- **Kedalaman Kompresi:** Tekan dada sedalam sekitar 5-6 cm (2-2,4 inci) untuk dewasa.
- **Kecepatan Kompresi:** Lakukan kompresi dengan kecepatan 100-120 kali per menit.
- **Melepaskan Tekanan:** Pastikan dada kembali ke posisi semula setelah setiap kompresi untuk memungkinkan aliran darah kembali ke jantung.

2. Teknik Ventilasi Mulut ke Mulut

Ventilasi mulut ke mulut adalah metode untuk memberikan oksigen langsung ke paru-paru korban saat pernapasan mereka berhenti.

a. Membuka Jalan Napas

- **Head Tilt-Chin Lift:** Jika tidak ada dugaan cedera tulang belakang, angkat dagu korban dengan satu tangan dan miringkan kepala ke belakang dengan tangan yang lain untuk membuka jalan napas.

b. Memberikan Napas Bantuan

- **Segel Mulut:** Tutup hidung korban dengan jari Anda, buat segel rapat dengan mulut Anda di sekitar mulut korban.
- **Memberikan Napas:** Berikan dua napas penuh, setiap napas berlangsung sekitar 1 detik, dan pastikan dada korban terangkat.

c. Melanjutkan Kompresi dan Ventilasi

- **Rasio Kompresi-Ventilasi:** Setelah memberikan dua napas bantuan, lanjutkan dengan siklus 30 kompresi dada diikuti oleh dua napas bantuan. Ulangi siklus ini sampai bantuan medis tiba atau korban menunjukkan tanda-tanda kehidupan.

3. Teknik Ventilasi dengan Alat Bantu (*Bag-Valve-Mask*)

Ventilasi dengan bag-valve-mask (BVM) adalah teknik yang lebih canggih dan biasanya digunakan oleh profesional medis atau penolong yang terlatih. Ini melibatkan penggunaan alat khusus untuk memberikan ventilasi yang lebih efektif.

a. Persiapan BVM

- **Pasang Masker:** Tempatkan masker BVM dengan rapat di atas hidung dan mulut korban.
- **Memastikan Segel:** Gunakan teknik "C-E" dengan tangan untuk memastikan segel rapat antara masker dan wajah korban.

b. Memberikan Ventilasi

- **Kompresi Bag:** Tekan bag dengan tangan untuk memberikan napas bantuan selama 1 detik, pastikan dada korban terangkat.
- **Rasio Kompresi-Ventilasi:** Seperti pada ventilasi mulut ke mulut, berikan dua napas bantuan setelah setiap 30 kompresi dada.

F. Evakuasi dan Penyesuaian Teknik RJP

Selama pelaksanaan RJP, penolong harus terus mengevaluasi efektivitas teknik dan kondisi korban. Jika ada perubahan dalam kondisi korban atau jika bantuan medis tiba, penolong harus siap untuk menyesuaikan teknik atau menyerahkan penanganan.

1. Evaluasi Efektivitas

- **Respons Korban:** Pantau tanda-tanda kehidupan seperti gerakan, batuk, atau pernapasan spontan.
- **Kualitas Kompresi:** Pastikan kedalaman dan kecepatan kompresi sesuai pedoman.

2. Menyesuaikan Teknik

- **Lelah atau Pergantian Penolong:** Jika penolong lelah, minta bantuan orang lain untuk menggantikan tanpa mengurangi kualitas kompresi.
- **Perubahan Irama Jantung:** Jika AED tersedia dan menganalisis irama jantung korban, ikuti instruksi AED untuk memberikan kejutan jika diperlukan. Dengan pemahaman yang kuat tentang teknik RJP, penolong dapat memberikan intervensi yang efektif dan meningkatkan peluang kelangsungan hidup korban hingga bantuan medis profesional tiba.

G. RJP Dihentikan

1. **Kesadaran Kembali Pulih:** Jika pasien menunjukkan tanda-tanda kehidupan seperti bergerak, membuka mata, bernapas secara normal, atau memberikan respons terhadap perintah, RJP dapat dihentikan. Tanda-tanda ini menunjukkan bahwa sirkulasi darah dan oksigenasi otak telah kembali.
2. **Petugas Medis yang Lebih Berkompeten Tiba:** Jika petugas medis atau tenaga kesehatan yang lebih kompeten tiba di lokasi dan mengambil alih penanganan, RJP dapat dihentikan. Mereka memiliki peralatan dan keterampilan yang lebih baik untuk melanjutkan upaya penyelamatan.
3. **Kelelahan Penolong:** Jika penolong tunggal merasa sangat kelelahan dan tidak ada orang lain yang bisa menggantikan, RJP mungkin harus dihentikan. Namun, hal ini hanya berlaku jika tidak ada bantuan lain yang tersedia dan penolong benar-benar tidak mampu melanjutkan.
4. **Instruksi dari Petugas Medis:** Jika ada instruksi dari petugas medis untuk menghentikan RJP, misalnya melalui komunikasi radio atau telepon, penolong dapat mengikuti instruksi tersebut.
5. **Situasi yang Mengancam Nyawa Penolong:** Jika lingkungan menjadi tidak aman dan membahayakan nyawa penolong, misalnya karena kebakaran, keruntuhan bangunan, atau ancaman lainnya, penolong harus menghentikan RJP dan mengamankan diri.
6. **Deklarasi Kematian:** Jika setelah upaya RJP yang memadai dan berkelanjutan selama 20-30 menit tidak ada tanda-tanda kehidupan dan tidak ada pemulihan spontan sirkulasi (ROSC), petugas medis yang berwenang mungkin akan mendeklarasikan kematian. Ini biasanya dilakukan setelah konsultasi dengan dokter dan sesuai dengan protokol yang berlaku.
7. **Pertimbangan Etika:** Dalam beberapa kasus, pertimbangan etika dan kehendak pasien (misalnya, melalui perintah tidak resusitasi atau DNR) juga menjadi faktor dalam keputusan untuk menghentikan RJP. Penolong harus mematuhi peraturan dan kebijakan yang berlaku di wilayah atau institusinya.
8. **Konsultasi dengan Profesional Medis:** Keputusan untuk menghentikan RJP harus selalu melibatkan konsultasi dengan profesional medis yang berwenang bila memungkinkan.

H. Komplikasi RJP

1. Cedera Tulang Rusuk:

Patah tulang rusuk adalah komplikasi yang paling umum terjadi akibat kompresi dada yang kuat selama RJP. Tulang rusuk yang patah dapat menyebabkan rasa sakit yang signifikan dan memerlukan waktu untuk sembuh.

2. Cedera Tulang Belakang atau Tulang Dada:

Kompresi yang kuat dapat menyebabkan patah tulang belakang atau tulang dada (sternum). Cedera ini bisa menyebabkan rasa sakit yang parah dan membutuhkan perawatan medis lebih lanjut

3. Pneumotoraks:

Cedera pada tulang rusuk dapat menyebabkan pneumotoraks, yaitu kondisi di mana udara masuk ke dalam rongga pleura dan menyebabkan paru-paru kolaps. Ini memerlukan penanganan medis segera.

4. Hematoma atau Memar:

Kompresi dada yang kuat bisa menyebabkan memar atau hematoma pada area dada. Meskipun ini biasanya sembuh dengan sendirinya, tetap saja bisa menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan.

I. Latihan Soal

1. Seorang perawat menemukan pasien tidak responsif dan tidak bernapas. Apa tindakan pertama yang harus dilakukan perawat tersebut?
 - a. Memeriksa denyut nadi
 - b. Memanggil bantuan medis**
 - c. Memberikan napas buatan
 - d. Melakukan kompresi dada
 - e. Melakukan pengecekan jalan napas

2. Saat memeriksa jalan napas pada pasien yang tidak responsif, langkah apa yang harus dilakukan perawat untuk memastikan jalan napas terbuka?
 - a. Memiringkan kepala dan mengangkat dagu**
 - b. Menekan dada
 - c. Memeriksa denyut nadi karotis
 - d. Memberikan napas buatan
 - e. Memasang OPA

3. Berapa rasio kompresi dada dan napas buatan yang direkomendasikan pada orang dewasa saat melakukan CPR?
 - a. 15:2
 - b. 30:2**
 - c. 15:1
 - d. 30:1
 - e. 30:3
4. Seorang perawat sedang melakukan CPR pada pasien dewasa. Berapa frekuensi kompresi dada per menit yang dianjurkan?
 - a. 60-90 kali per menit
 - b. 80-100 kali per menit
 - c. 100-120 kali per menit**
 - d. 120-140 kali per menit
 - e. 130-140 kali per menit
5. Apa tujuan utama dari melakukan kompresi dada saat CPR?
 - a. Mengembalikan fungsi pernapasan
 - b. Mengeluarkan benda asing dari jalan napas
 - c. Mengembalikan sirkulasi darah ke otak dan organ vital lainnya**
 - d. Meningkatkan denyut nadi
 - e. Meningkatkan kepatenan jalan napas
6. Apa tindakan yang harus dilakukan perawat jika menemukan pasien dengan sumbatan jalan napas akibat benda asing?
 - a. Memberikan napas buatan
 - b. Melakukan kompresi dada
 - c. Melakukan *manuver Heimlich***
 - d. Membukan jalan napas dengan jari
 - e. Melakukan *recovery position*
7. Alat apa yang digunakan untuk memberikan kejutan listrik pada pasien yang mengalami fibrilasi ventrikel?
 - a. *Pacemaker*
 - b. *Elektrokardiograf*
 - c. *Defibrillator***

- d. *Nebulizer*
- e. *Elektroda*

8. Kapan waktu yang tepat untuk menghentikan CPR?
- a. Ketika pasien mulai bernapas spontan
 - b. Ketika bantuan medis profesional tiba
 - c. Ketika perawat merasa lelah
 - d. Sudah ada tanda-tanda kematian
 - e. Semua jawaban benar**
9. Seorang perawat menemukan pasien yang mengalami serangan jantung tiba-tiba kehilangan kesadaran. Apa tindakan yang harus dilakukan?
- a. Memberikan napas buatan segera
 - b. Memberikan kompresi dada segera
 - c. Memanggil bantuan dan mulai CPR**
 - d. Memeriksa denyut nadi dan menunggu bantuan
 - e. Memasang sarung tangan

J. Rangkuman Materi

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan awal yang diberikan kepada individu yang mengalami henti jantung atau henti napas sebelum bantuan medis lanjutan tiba. BHD bertujuan untuk mempertahankan sirkulasi dan pernapasan, serta meningkatkan peluang korban untuk bertahan hidup. Materi BHD mencakup beberapa komponen utama:

1. Penganalan dan Penilaian Korban:

- Menilai respons korban dengan cara memanggil dan menggoyangkan lembut.
- Memastikan lingkungan aman bagi penolong dan korban.
- Memanggil bantuan darurat segera jika korban tidak merespons.

2. Membuka Jalan Napas (*Airway*):

- Melakukan teknik membuka jalan napas seperti head-tilt, chin-lift untuk memastikan tidak ada sumbatan di saluran napas.

3. Pemberian Pernapasan Bantuan (*Breathing*):

- Jika korban tidak bernapas atau hanya terengah-engah, berikan pernapasan bantuan dengan cara memberikan dua napas penuh.
- Pastikan dada korban mengembang saat napas diberikan.

4. Resusitasi Jantung Paru (RJP):

- Melakukan kompresi dada dengan rasio 30 kompresi diikuti oleh 2 napas.
- Posisi tangan di tengah dada, dengan kedalaman kompresi sekitar 5-6 cm pada orang dewasa.
- Lakukan dengan kecepatan 100-120 kompresi per menit.

5. Penggunaan *Defibrilator* Eksternal Otomatis (AED):

- Pasang elektroda AED pada dada korban dan ikuti instruksi dari perangkat.
- Berikan kejutan listrik jika dianjurkan oleh AED untuk mengembalikan irama jantung yang normal.

6. Penanganan Situasi Khusus:

- Pengetahuan tentang penanganan pada kondisi khusus, seperti tersedak atau henti napas pada bayi dan anak-anak, juga penting.
- BHD adalah keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap orang karena dalam situasi darurat, tindakan cepat dan tepat dapat menyelamatkan nyawa. Pelatihan BHD biasanya mencakup sesi teori dan praktik, yang memungkinkan peserta untuk mempraktekkan langkah-langkah penyelamatan dengan aman dan efektif.

K. Glosarium

BHD	: Bantuan Hidup Dasar
AED	: <i>Automate External Defibrillator</i>
RJP	: Reusitasi Jantung Paru
IHCA	: <i>In-Hospital Cardiac Arrest</i>
OHCA	: <i>Out-of Hospital Cardiac Arrest</i>
CPR	: <i>Cardiopulmonary Resuscitation</i>
BVM	: <i>Bag Valve Mask</i>

Daftar Pustaka

- American Heart Association (AHA). (2020). *2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Circulation*, 142(Supplement 2), S337-S357.
- Anderson, R. W., & C. C. Handley. (2019). *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(1), 103-113.
- Berg, R. A., & E. J. Hemphill. (2020). *The Evolution of Cardiopulmonary Resuscitation Guidelines: A Historical Perspective*. *Circulation*, 142(22), 2066-2076.

- Hadi, S., & Putri, R. (2020). *Evaluasi Implementasi Protokol BHD di Fasilitas Kesehatan Primer di Jakarta*. *Jurnal Kesehatan Jakarta*, 18(1), 112-120.
- Kurniawan, B. & Lestari, D. (2022). *Bantuan Hidup Dasar untuk Tenaga Medis dan Masyarakat: Panduan Lengkap*. Jakarta: Penerbit Cerdas.
- Miller, A. L., & R. J. Marano. (2019). *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS): A Guide to Clinical Practice*. Elsevier.
- Morgan, R. W., & P. K. Doughty. (2017). *Basic Life Support and First Aid*. Wiley-Blackwell.
- Mulyono, H. & Wulandari, I. (2018). *Teknik dan Protokol Resusitasi Jantung Paru: Panduan Lengkap untuk Praktisi Medis*. Yogyakarta: Penerbit Medik.
- Nugroho, S., & Haris, M. (2020). *Pelatihan dan Kesiapsiagaan BHD pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas*. *Jurnal Kesehatan Puskesmas*, 15(4), 134-142.
- O'Donnell, C., & J. C. Smith. (2018). *Resuscitation Techniques: A Review and Update*. *Journal of Emergency Medicine*, 55(2), 123-130.
- Prasetyo, A. & Harjono, S. (2019). *Panduan Resusitasi Kardiopulmoner: Konsep dan Aplikasi dalam Praktik Medis*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Prima.
- Prasetyo, A., & Supriyadi, T. (2021). *Efektivitas Pelatihan Bantuan Hidup Dasar dalam Meningkatkan Kesiapan Penolong Awam*. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 14(2), 98-105.
- Rani, M. S., & Fadila, A. (2021). *Pelatihan dan Evaluasi Bantuan Hidup Dasar: Metode dan Aplikasi*. Medan: Penerbit Pendidikan Kesehatan.
- Rani, M. S., & Prawiro, S. (2018). *Studi Kasus Pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar pada Korban Kecelakaan di Indonesia*. *Jurnal Penanganan Kedaruratan*, 12(3), 67-74.
- Sari, R. A. (2019). *Pedoman Praktis Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk Tenaga Kesehatan dan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- Sari, R. A., & Yuliana, D. (2020). *Penerapan Teknik Resusitasi Jantung Paru pada Kasus Henti Jantung di Rumah Sakit*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(1), 45-55.
- Sulaiman, A., & Taufik, R. (2019). *Evaluasi Implementasi Protokol BHD pada Kasus Tersedak di Rumah Sakit*. *Jurnal Penanganan Darurat*, 13(2), 89-96.
- Yuliana, D. & Nofrizal, A. (2018). *Manajemen Kedaruratan dan Bantuan Hidup Dasar di Rumah Sakit*. Surabaya: Penerbit Medika.
- Yulianti, R., & Arief, H. (2022). *Studi Tentang Penggunaan AED dan Komplikasi pada Kasus Henti Jantung di Indonesia*. *Jurnal Medis Indonesia*, 28(1), 21-30.

BAB 3

PRINSIP UTAMA PERTOLONGAN KORBAN GAWAT DARURAT

Pendahuluan

Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes no 47 tahun 2018). Sedangkan Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Tindakan yang diberikan dengan segera dalam kondisi gawat darurat memerlukan keterampilan tim yang tinggi dan kemampuan embuat keputusan klinis yang tepat sesuai kebutuhan pasien dengan segera.

Perawat adalah salah satu profesi yang merupakan bagian dari tim gawat darurat yang selalu berhubungan langsung dengan pasien gawat darurat perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam penanganan gawat darurat. Pertolongan pertama yang diberikan pada pasien sangat menentukan tindakan dan perubahan kondisi pasien berikutnya. Tindakan yang tidak tepat sekalipun diberikan dalam waktu cepat bisa memperparah kondisi pasien dan sebaliknya tindakan yang tepat dan segera bisa memperbaiki kondisi pasien sehingga kecacatan mungkin dapat dicegah. Bab ini akan membahas prinsip utama pertolongan gawat darurat yang akan mengantarkan perawat memahami prinsip yang harus dilakukan dalam memberikan pertolongan pada situasi gawat darurat.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti materi ini, mahasiswa mampu memahami prinsip utama pertolongan gawat darurat.

Capaian Pembelajaran:

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip utama pertolongan gawat darurat

A. Pengertian Gawat Darurat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Dalam konteks ini, tindakan segera diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi serius atau memburuknya kondisi kesehatan pasien yang dapat mengancam keselamatan jiwa atau menyebabkan kecacatan. Sedangkan Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan Kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Adapun kriteria kegawatdaruratan dalam Permenkes Nomor 47 Tahun 2018 meliputi: Mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;

1. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
2. Adanya penurunan kesadaran;
3. Adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
4. Memerlukan tindakan segera.
5. Pelayanan kegawatdaruratan meliputi penanganan kegawatdaruratan:
6. Prafasilitas pelayanan kesehatan;
7. Intrafasilitas pelayanan kesehatan; dan
8. Antarfasilitas pelayanan kesehatan.

B. Tujuan Pertolongan Gawat Darurat

Tujuan utama pertolongan gawat darurat adalah:

1. **Menyelamatkan nyawa:** Prioritas utama dalam situasi gawat darurat adalah memastikan bahwa korban tidak kehilangan nyawa. Ini melibatkan langkah-langkah cepat dan tepat untuk menangani kondisi kritis yang mengancam jiwa, seperti henti jantung, perdarahan berat, atau kesulitan bernapas.
2. **Mencegah kecacatan:** Selain menyelamatkan nyawa, pertolongan gawat darurat bertujuan untuk mencegah kerusakan lebih lanjut yang dapat menyebabkan kecacatan permanen. Misalnya, menjaga stabilitas tulang

belakang pada cedera kepala atau tulang belakang, atau menghentikan perdarahan agar tidak terjadi kerusakan organ.

3. **Mencegah komplikasi lebih lanjut:** Tindakan cepat dan tepat dapat mencegah kondisi kesehatan korban memburuk. Misalnya, pada kondisi syok, penanganan yang cepat dapat mencegah kegagalan organ yang lebih parah.
4. **Stabilisasi kondisi korban:** Setelah ancaman terhadap jiwa atau kecacatan ditangani, tujuan berikutnya adalah menstabilkan kondisi korban agar dapat ditangani lebih lanjut oleh tenaga medis profesional di fasilitas kesehatan.
5. **Mempersiapkan korban untuk penanganan lebih lanjut:** Pertolongan pertama bertujuan memberikan waktu agar korban bisa dirujuk atau mendapatkan penanganan medis lebih lanjut di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain.

Melalui langkah-langkah ini, pertolongan gawat darurat berfungsi sebagai jembatan penting untuk mengoptimalkan pemulihan korban dan mencegah kondisi yang lebih buruk.

C. Prinsip Utama Pertolongan Gawat Darurat

Prinsip pada penanganan penderita gawat darurat harus cepat dan tepat serta harus dilakukan secara segera oleh setiap orang yang pertama kali menemukan/mengetahui (orang awam, perawat, untuk medadalah, dok baik) baik di dalam maupun diluar rumah sakit karena kejadian ini dapat terjadi setiap saat dan menimpa siapa saja.

Pertolongan gawat darurat dilakukan dengan cepat, tepat dan cermat. Cepat artinya tidak ragu-ragu, tepat artinya pertolongan harus menyelesaikan masalah utama dan cermat artinya pertolongan harus dilakukan dengan teliti dan hati-hati. Prinsip Utama pertolongan korban adalah menyelamatkan pasien dari kematian pada kondisi gawat darurat. Kemudian filsafat dalam dari pertolongan korban adalah "Waktu Menabung adalah Hidup Saving", dalam artian bahwa seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar- benar efektif dan efisien. Langkah-langkah dasar dikenal dengan singkatan ABCD (Jalan Nafas - Pernapasan - Sirkulasi - Cacat). Keempat poin tersebut adalah poin-poin yang harus sangat diperhatikan dalam penanggulangan pasien dalam kondisi gawat darurat.

1. Sistem Penilaian ABCDE

- a. **A (Airway):** Pastikan jalan napas terbuka. Jika jalan napas tersumbat, segera lakukan tindakan pembebasan jalan napas seperti head-tilt chin-lift.
- b. **B (Breathing):** Evaluasi pernapasan korban, perhatikan ada tidaknya suara abnormal. Jika tidak bernapas, lakukan resusitasi pernapasan (CPR).
- c. **C (Circulation):** Periksa tanda-tanda sirkulasi seperti denyut nadi. Jika denyut nadi tidak ada, segera lakukan kompresi dada.
- d. **D (Disability):** Evaluasi status neurologis korban (respons mata, bicara, gerakan).
- e. **E (Exposure):** Periksa seluruh tubuh korban untuk menemukan cedera yang mungkin terlewat.

2. Prioritas Tindakan dalam Pertolongan Pertama

- **Resusitasi:** CPR harus dilakukan bila korban tidak bernapas atau jantung berhenti berdetak.
- **Kontrol Pendarahan:** Hentikan pendarahan serius dengan penekanan langsung, pembalut, atau alat lainnya.
- **Stabilisasi Cedera Tulang dan Sendi:** Cedera yang mencurigakan harus diimobilisasi untuk mencegah kerusakan lebih lanjut.
- **Penanganan Shock:** Kondisi syok dapat terjadi akibat cedera berat, pendarahan hebat, atau kegagalan organ vital. Pastikan korban berbaring dengan kaki diangkat dan periksa sirkulasi secara berkala.

3. Teknik Pertolongan Dasar

- **Pembebasan Jalan Napas:** Head tilt-chin lift atau jaw thrust.
- **CPR:** Dilakukan dalam kompresi dada 30 kali diikuti 2 kali pernapasan buatan.
- **Penghentian Pendarahan:** Penekanan langsung, penggunaan torniket bila diperlukan.
- **Pemindahan Korban:** Lakukan dengan hati-hati, terutama jika terdapat cedera tulang belakang.

Pertolongan Pertama Pada Gawat Darurat (PPGD) adalah serangkaian usaha-usaha pertama yang dapat dilakukan pada kondisi gawat darurat dalam rangka : mencegah kematian, mencegah kecacatan lebih lanjut, mencegah terjadinya infeksi, mengurangi rasa sakit, memberi rasa nyaman dan menunjang proses penyembuhan, mengusahakan

perawatan serta pengobatan yang layak dengan memperhatikan prinsip dasar dalam pelaksanaan pertolongan pertama yaitu:

- Memastikan kita tidak menjadi korban berikutnya,
- Memakai metode atau cara pertolongan yang cepat, mudah, dan efisien,
- Membiasakan membuat catatan yang meliputi usaha-usaha pertolongan yang telah dilakukan, identitas korban, tempat dan waktu kejadian

D. Kemampuan Dasar Penolong Pertama

Kemampuan dasar seorang penolong pertama, yaitu:

1. Menguasai cara meminta bantuan pertolongan

- Amankan penderita.
- Ketika mengamankan penderita, pastikan diri kita juga dalam kondisi yang aman.
- Hubungi ambulans dengan nomor telepon 118.
- Kemudian sampaikan informasi berikut : Nama kita, Nomor telepon, Lokasi korban, Jenis peristiwa (contoh : kecelakaan), Keadaan korban, dan Jumlah korban.
- Tertibkan masyarakat di area kecelakaan.
- Lakukan prosedur pertolongan gawat darurat.

2. Menguasai Teknik Bantuan Hidup Dasar

Bantuan hidup dasar (*Basic life support*) adalah usaha yang dilakukan untuk menjaga jalan napas (*airway*) tetap terbuka, menunjang pernapasan dan sirkulasi dan tanpa menggunakan alat-alat bantu.

Bantuan hidup dasar merupakan bagian dari pengelolaan gawat darurat medik yang bertujuan:

- a. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya respirasi.
- b. Memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari korban yang mengalami henti jantung atau henti napas melalui Resusitasi Jantung Paru (RJP).

Resusitasi Jantung Paru terdiri dari 2 tahap, yaitu:

- a. Survei Primer (*Primary Survey*), yang dapat dilakukan oleh setiap orang. Dalam survei primer difokuskan pada bantuan napas dan bantuan sirkulasi serta defibrilasi. Untuk dapat mengingatkan dengan mudah

tindakan survei primer dirumuskan dengan abjad A, B, C, dan D, yaitu : *Airway, Breathing, Circulation, Defibrillation*.

- b. Survei Sekunder (*Secondary Survey*), yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis terlatih dan merupakan lanjutan dari survei primer.

3. Menguasai Teknik Menghentikan Perdarahan

Menghentikan perdarahan adalah langkah penting dalam pertolongan pertama, terutama dalam situasi gawat darurat. Ada beberapa teknik yang dapat digunakan untuk menghentikan perdarahan, tergantung pada jenis dan tingkat keparahan perdarahan yang terjadi. Berikut adalah teknik-teknik utama untuk menghentikan perdarahan:

- a. Penekanan Langsung
- b. Elevasi (Pengangkatan)
- c. Pembalut Tekan (*Pressure Dressing*)
- d. Torniket (Tourniquet)
- e. Teknik Penekanan Tidak Langsung (Tekanan pada Titik Arteri)
- f. Pembalutan Luka dengan Hemostatik (*Hemostatic Dressing*)
- g. Penggunaan Agen Hemostatik

4. Menguasai teknik memasang balut-bidai

Balut bidai adalah teknik yang digunakan untuk **mengimobilisasi** (menjaga agar tidak bergerak) bagian tubuh yang cedera, terutama pada **patah tulang, dislokasi, atau cedera pada otot dan sendi**. Bidai membantu mengurangi rasa sakit, mencegah kerusakan lebih lanjut, dan meminimalkan risiko cedera tambahan selama transportasi korban ke fasilitas medis

Berikut adalah langkah-langkah untuk melakukan teknik **balut bidai**:

- a. Persiapan
- b. Persiapan Bahan
- c. Pemasangan Bidai
- d. Pembalutan
- e. Memeriksa Sirkulasi
- f. Pemasangan Sling atau Penyangga
- g. Imobilisasi Sendi yang Terkena Cedera
- h. Transportasi Korban
- i. Monitoring Korban

5. Menguasai teknik evakuasi dan transportasi

- a. Pertimbangan Utama Sebelum Evakuasi
- b. Teknik Angkat Darurat
- c. Teknik Pemindahan Tanpa Risiko Cedera Tambahan
- d. Penggunaan Tandu
- e. Penangan Korban dengan Syok.

E. Latihan Soal

1. Apa prinsip utama yang harus dilakukan pertama kali saat menemukan seseorang yang mengalami keadaan gawat darurat?
 - a. Memberikan obat penenang
 - b. Menilai situasi keamanan sekitar**
 - c. Memindahkan korban ke tempat yang lebih aman
 - d. Menghubungi ambulans secepat mungkin
2. Salah satu langkah dalam pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat adalah ABCD. Apa arti dari "A" dalam prinsip tersebut?
 - a. Airway (Jalan napas)**
 - b. Arterial check (Pemeriksaan arteri)
 - c. Analgesia (Pemberian pereda nyeri)
 - d. Assess the scene (Menilai tempat kejadian)
3. Dalam situasi gawat darurat, setelah memastikan jalan napas korban terbuka, apa yang harus dilakukan selanjutnya?
 - a. Memeriksa denyut nadi
 - b. Memastikan korban berbaring
 - c. Memeriksa pernapasan korban**
 - d. Memeriksa luka pada tubuh korban
4. Apa langkah yang harus dilakukan jika korban gawat darurat mengalami perdarahan hebat?
 - a. Mengangkat bagian tubuh yang terluka
 - b. Memberikan air minum
 - c. Melakukan kompres dingin
 - d. Menutup luka dengan kain yang steril**

5. Jika korban gawat darurat tidak menunjukkan tanda-tanda pernapasan, apa yang harus dilakukan?
 - a. Menggoyangkan korban dengan keras
 - b. **Melakukan resusitasi jantung paru (RJP/CPR)**
 - c. Membaringkan korban dengan posisi miring
 - d. Memberikan obat pernapasan

F. Rangkuman Materi

1. **Gawat darurat** adalah **keadaan klinis pasien yang memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.**
2. Tujuan utama pertolongan gawat darurat adalah: **menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, mencegah komplikasi lebih lanjut, stabilisasi kondisi korban, mempersiapkan korban untuk penanganan lebih lanjut**
3. Prioritas Tindakan dalam Pertolongan Pertama
 - Resusitasi: CPR harus dilakukan bila korban tidak bernapas atau jantung berhenti berdetak.
 - Kontrol Pendarahan: Hentikan pendarahan serius dengan penekanan langsung, pembalut, atau alat lainnya.
 - Stabilisasi Cedera Tulang dan Sendi: Cedera yang mencurigakan harus diimobilisasi untuk mencegah kerusakan lebih lanjut.
 - Penanganan Shock: Kondisi syok dapat terjadi akibat cedera berat, pendarahan hebat, atau kegagalan organ vital. Pastikan korban berbaring dengan kaki diangkat dan periksa sirkulasi secara berkala.
4. Teknik Pertolongan Dasar
 - A. Pembebasan Jalan Napas: Head tilt-chin lift atau jaw thrust.
 - B. CPR: Dilakukan dalam kompresi dada 30 kali diikuti 2 kali pernapasan buatan.
 - C. Penghentian Pendarahan: Penekanan langsung, penggunaan torniket bila diperlukan.
 - D. Pemindahan Korban: Lakukan dengan hati-hati, terutama jika terdapat cedera tulang belakang.
5. Kemampuan dasar seorang penolong pertama, yaitu : menguasai cara meminta bantuan pertolongan, menguasai teknik bantuan hidup dasar, menguasai teknik menghentikan perdarahan, menguasai teknik

memasang balut-bidai, menguasai teknik evakuasi dan transportasi

G. Glosarium

ABCD : *Airway, Breathing, Circulation, Defibrillation*

PPGD : Pertolongan Pertama Pada Gawat Darurat

SPGDT : Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu

CPR : Cardiopulmonary Resuscitation

RJP : Resusitasi Jantung Paru

H. Daftar Pustaka

_____. 2018. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan

Agung Dwi. C, dkk. 2013. Pertolongan Pertama Pada Gawat Darurat.

Sartono, H, et all 2016. Basic Truma Cardiac Life Support. Bekasi : Gadar Medik Indonesia.

Tamsuri, A., Cahyono, A. D., Wiseno, B., & Wahyuningsih, E. (2020). Pelatihan pertolongan pertama gawat darurat pada karang taruna: Emergency Skill Training for Youth Group. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 6(1), 1-4.

BAB 4

TRIAGE

Pendahuluan

Dalam dunia keperawatan, triage merupakan salah satu keterampilan yang sangat penting, terutama dalam situasi darurat di mana setiap detik sangat berharga. Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan panduan komprehensif bagi para perawat dalam memahami dan mengimplementasikan proses triage keperawatan secara efektif. Penulis berharap bahwa melalui buku ini, pembaca dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang triage, serta menerapkan pengetahuan ini dalam praktik sehari-hari untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

Tujuan utama buku ini adalah untuk membekali para perawat dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan triage keperawatan. Buku ini juga bertujuan untuk memperkenalkan konsep-konsep dasar, metode, serta pendekatan yang digunakan dalam triage, sehingga para perawat dapat membuat keputusan yang cepat dan tepat dalam situasi darurat. Buku ini ditujukan untuk para perawat, terutama mereka yang bekerja di unit gawat darurat (UGD), serta mahasiswa keperawatan yang sedang mempelajari aspek-aspek kritis dalam pelayanan kesehatan darurat. Selain itu, buku ini juga bermanfaat bagi tenaga medis lain yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang triage keperawatan.

Buku ini terdiri dari beberapa bab yang mencakup berbagai topik penting dalam triage keperawatan. Mulai dari pengertian dasar triage, langkah-langkah pelaksanaannya, hingga teknik dan strategi untuk mengoptimalkan proses triage. Setiap bab dilengkapi dengan contoh kasus dan latihan soal untuk memperkuat pemahaman pembaca.

Buku ini menggunakan pendekatan pembelajaran yang interaktif dengan menyertakan studi kasus, diagram alur, dan ilustrasi yang mendukung penjelasan konsep-konsep penting. Pembaca juga didorong untuk melakukan refleksi terhadap praktik mereka sendiri dan membandingkannya dengan teknik yang dibahas dalam buku ini.

Pendekatan yang digunakan dalam buku ini adalah berbasis pada praktik nyata dengan menekankan pada aplikasi klinis dari teori yang dibahas. Buku ini juga menekankan pada pengambilan keputusan yang berbasis bukti dan penilaian kritis dalam situasi darurat.

Buku ini dirancang untuk digunakan baik sebagai bahan ajar di institusi pendidikan keperawatan maupun sebagai panduan praktis di lapangan. Setiap bab dapat dipelajari secara mandiri, namun dianjurkan untuk mempelajari keseluruhan buku secara berurutan untuk mendapatkan pemahaman yang utuh. Pembaca juga disarankan untuk berpartisipasi aktif dalam latihan dan studi kasus yang disediakan untuk memaksimalkan pembelajaran.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional

1. Memahami Konsep Triage

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi dan tujuan triage dalam konteks keperawatan gawat darurat;
- b. Mahasiswa memahami langkah-langkah dalam melakukan triage yang efektif di unit gawat darurat (UGD).

2. Mengidentifikasi Tingkat Keparahan Pasien

- a. Mahasiswa dapat mengkategorikan pasien berdasarkan tingkat keparahan menggunakan sistem klasifikasi triage yang tepat seperti Triage Warna dan *Emergency Severity Index* (ESI);
- b. Mahasiswa dapat menjelaskan cara melakukan penilaian awal terhadap pasien termasuk observasi tanda vital dan pemeriksaan fisik singkat.

3. Melakukan Intervensi Awal

- a. Mahasiswa mampu melakukan intervensi awal yang tepat seperti pembukaan jalan napas, ventilasi, dan sirkulasi pada pasien yang memerlukan penanganan segera.

4. Mengembangkan Kemampuan Dokumentasi

- a. Mahasiswa dapat melakukan dokumentasi yang akurat dan tepat waktu sesuai dengan prinsip-prinsip keperawatan dalam triage.

Capaian Pembelajaran

1. Pemahaman Konseptual

Setelah mengikuti pembelajaran, mahasiswa dapat menjelaskan pengertian triage dan menguraikan tujuan serta pentingnya triage dalam layanan

keperawatan gawat darurat.

2. **Keterampilan Penilaian**

Mahasiswa mampu melakukan penilaian cepat dan tepat terhadap kondisi pasien di UGD serta mengklasifikasikan tingkat keparahan kondisi pasien sesuai dengan protokol triage.

3. **Penerapan Intervensi**

Mahasiswa mampu menerapkan intervensi awal yang sesuai untuk pasien dengan berbagai tingkat urgensi, serta memastikan tindakan tersebut tercatat dengan baik dalam dokumentasi.

4. **Komunikasi dan Koordinasi**

Mahasiswa menunjukkan kemampuan berkomunikasi dan berkoordinasi secara efektif dengan tim medis lainnya selama proses triage, serta mampu menjelaskan kepada pasien atau keluarga pasien mengenai prosedur yang dilakukan.

A. Pengertian Triage

Triage keperawatan merupakan proses penentuan prioritas perawatan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Konsep ini sangat penting dalam situasi darurat, di mana sumber daya seperti waktu dan tenaga medis terbatas. Triage menurut para ahli: Gilboy, O'Brien, & Tanabe triage adalah proses penyortiran pasien di unit gawat darurat (UGD) berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka, dengan tujuan untuk memastikan bahwa pasien yang memerlukan perhatian medis segera mendapatkan perawatan terlebih dahulu. Ini adalah langkah awal yang krusial dalam manajemen perawatan di UGD untuk memaksimalkan hasil pasien dan efektivitas sumber daya. Menurut Cowan & Trzeciak triage sebagai evaluasi cepat terhadap kondisi medis pasien saat masuk ke UGD untuk menentukan urutan prioritas perawatan. Triage berfungsi untuk mengidentifikasi pasien yang berada dalam kondisi kritis dan membutuhkan intervensi segera, serta mengalokasikan sumber daya secara efisien. Menurut Hollingsworth & Chisholm menyatakan bahwa triage adalah sistem penyortiran yang dirancang untuk mengelola waktu tunggu pasien di fasilitas kesehatan, dengan pasien yang kondisinya lebih serius mendapatkan prioritas lebih tinggi. Sistem ini membantu dalam pengambilan keputusan cepat dan akurat di lingkungan darurat. Sedangkan menurut American College of Emergency Physicians (ACEP) triage adalah langkah awal dalam pengelolaan pasien di UGD, di mana kondisi pasien dinilai oleh tenaga medis untuk mengkategorikan tingkat urgensi medis yang diperlukan. Ini bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan meminimalkan risiko kesehatan lebih lanjut.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Triage keperawatan merupakan proses yang sangat penting dalam manajemen pelayanan kesehatan, terutama di unit gawat darurat. Proses ini melibatkan penyortiran pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka, yang bertujuan untuk memastikan bahwa perawatan yang paling mendesak diberikan terlebih dahulu. Triage membantu dalam optimalisasi penggunaan sumber daya medis dan mendukung pengambilan keputusan yang cepat dan efektif untuk meningkatkan hasil perawatan pasien.

B. Tujuan Triage

Tujuan triage sebagai berikut:

1. Menjamin Perawatan yang Tepat Waktu

Triage bertujuan untuk memastikan bahwa pasien dengan kondisi paling kritis dan membutuhkan perawatan segera mendapatkan perhatian pertama. Ini adalah langkah penting untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kondisi pasien memburuk.

2. Mengoptimalkan Penggunaan Sumber Daya

Dalam situasi di mana sumber daya medis terbatas, triage membantu dalam mengalokasikan sumber daya (tenaga medis, alat kesehatan, waktu) secara efisien sehingga pasien yang membutuhkan perhatian medis segera mendapatkan prioritas. Ini meminimalkan pemborosan dan memastikan sumber daya digunakan dengan cara yang paling efektif.

3. Mengurangi Waktu Tunggu

Triage bertujuan untuk mengurangi waktu tunggu bagi pasien yang membutuhkan intervensi segera, yang penting dalam meningkatkan efisiensi pelayanan di unit gawat darurat (UGD) dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut.

4. Mencegah Keterlambatan yang Berakibat Fatal

Dengan mengurutkan pasien berdasarkan tingkat urgensi mereka, triage mencegah keterlambatan dalam penanganan yang dapat berakibat fatal. Pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa diberikan perawatan segera untuk menghindari komplikasi atau kematian.

5. Meningkatkan Kepuasan Pasien

Dengan memberikan perawatan yang cepat dan sesuai dengan kebutuhan medis pasien, triage juga bertujuan untuk meningkatkan kepuasan pasien dan keluarganya, serta memastikan bahwa perawatan yang diberikan adil dan merata.

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa Triage adalah langkah penting dalam pelayanan kesehatan darurat, dengan tujuan utama untuk memastikan bahwa pasien yang paling membutuhkan perawatan mendapatkan perhatian segera. Triage berperan dalam mengoptimalkan penggunaan sumber daya, mengurangi waktu tunggu,

mencegah keterlambatan perawatan yang dapat berakibat fatal, serta meningkatkan kepuasan pasien.

C. Langkah-Langkah Triage

1. Penilaian Awal (Initial Assessment)

Penilaian awal triage adalah proses kritis yang digunakan oleh perawat di unit gawat darurat (UGD) atau situasi darurat lainnya untuk mengevaluasi kondisi pasien dengan cepat dan menentukan prioritas perawatan. Berikut komponen-komponen penilaian awal triage yang harus diperhatikan, yaitu:

a. Pengamatan Tanda Vital (*Vital Signs Monitoring*)

Pengamatan tanda vital dalam memberikan informasi langsung tentang status fisiologis pasien dan membantu perawat triage menentukan tingkat keparahan kondisi pasien serta prioritas penanganannya. Berikut adalah penjelasan mengenai masing-masing tanda vital yang biasanya diamati dalam proses triage, yaitu:

1) Tekanan Darah (*Blood Pressure*)

Tekanan darah adalah tekanan yang dihasilkan oleh darah saat dipompa oleh jantung melalui arteri. Ini diukur dalam dua angka: tekanan sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) dan diastolik (tekanan saat jantung relaksasi). Tekanan darah dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu: *hipotensi* dan *hipertensi*.

Hipotensi atau Tekanan darah rendah bisa menunjukkan syok, perdarahan internal, atau dehidrasi, yang memerlukan intervensi segera. Adapun hipertensi adalah Tekanan darah tinggi bisa mengindikasikan krisis hipertensi, yang berisiko menyebabkan stroke, serangan jantung, atau kerusakan organ jika tidak segera diatasi.

2) Denyut Nadi (*Heart Rate/Pulse*)

Denyut nadi adalah jumlah detak jantung per menit. Ini dapat diukur di berbagai titik tubuh, seperti di pergelangan tangan (*radialis*) atau leher (*karotis*). Klasifikasi Heart Rate (denyut nadi) yaitu: *Takikardia* dan *Bradikardia*.

Takikardia (denyut nadi cepat) bisa menunjukkan stres, syok, dehidrasi, atau kondisi lain seperti infeksi atau gangguan jantung. Sedangkan Bradikardia (denyut nadi lambat) bisa mengindikasikan

masalah konduksi jantung, efek samping obat, atau kondisi serius seperti hipoksia atau peningkatan tekanan intracranial.

3) Laju Pernapasan (*Respiratory Rate*)

Laju pernapasan adalah jumlah napas yang diambil per menit. Laju pernapasan dapat diklasifikasikan menjadi 2, yaitu: takipnea dan bradipnea.

Takipnea adalah Peningkatan laju pernapasan bisa mengindikasikan distress pernapasan, infeksi (seperti pneumonia), atau gangguan metabolik seperti asidosis. dan bradipnea adalah Penurunan laju pernapasan bisa menandakan depresi pernapasan akibat obat, cedera kepala, atau gangguan neurologis lainnya.

4) Suhu Tubuh (*Temperature*)

Suhu tubuh adalah indikator keseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas dalam tubuh. Klasifikasi temperature terbagi menjadi 2, yaitu: Hipertermia dan Hipotermia.

Hipertermia (demam) biasanya menunjukkan infeksi, tetapi juga bisa disebabkan oleh kondisi inflamasi atau respons sistemik lainnya. Adapun Hipotermia bisa menunjukkan paparan suhu dingin, sepsis, syok, atau gangguan endokrin seperti hipotiroidisme.

Pengamatan tanda vital dalam triage merupakan langkah penting untuk mengevaluasi status klinis pasien secara cepat dan menentukan prioritas perawatan. Dengan mengukur tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh, perawat triage dapat mengidentifikasi kondisi medis yang memerlukan penanganan segera. Pengamatan ini juga memberikan gambaran tentang stabilitas fisiologis pasien, membantu dalam pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat.

b. Penilaian Gejala Utama (*Chief Complaint Assessment*)

Penilaian Gejala Utama dalam triage adalah proses di mana perawat triage mengidentifikasi dan memahami keluhan atau masalah kesehatan utama yang dirasakan oleh pasien saat mereka tiba di unit gawat darurat (UGD) atau fasilitas kesehatan lainnya. Gejala utama ini menjadi fokus awal untuk menentukan tingkat keparahan kondisi pasien dan menentukan prioritas perawatan. Ada beberapa hal yang perlu diketahui dalam Penilaian Gejala Utama, yaitu:

1) Identifikasi Keluhan Utama (*Chief Complaint Identification*)

Keluhan utama adalah deskripsi singkat dari masalah yang paling mengganggu pasien pada saat itu. Ini bisa berupa nyeri dada, kesulitan bernapas, pusing, mual, atau gejala lainnya.

Mengetahui keluhan utama membantu perawat triage untuk segera mengarahkan penilaian klinis lebih lanjut dan intervensi yang diperlukan. Misalnya, nyeri dada pada pasien dewasa mungkin memerlukan evaluasi segera untuk menyingkirkan kemungkinan serangan jantung. Informasi ini diperoleh melalui pertanyaan langsung kepada pasien, seperti "Apa yang anda rasakan sekarang?".

2) Deskripsi Gejala (*Symptom Description*)

Beberapa pertanyaan yang perlu diperhatikan dalam deskripsi gejala, yaitu:

Tabel: 4.1: Pertanyaan Dalam Deskripsi Gejala

No	Deskripsi Gejala	Pertanyaan
1	Lokasi	Di mana gejala dirasakan? Misalnya, nyeri di dada, perut, atau kepala
2	Onset	Kapan gejala mulai muncul? Apakah gejala muncul secara tiba-tiba atau bertahap?
3	Durasi	Berapa lama gejala berlangsung? Apakah gejala bersifat terus-menerus atau hilang-timbul?
4	Karakteristik	Bagaimana karakteristik gejalanya? Misalnya, apakah nyeri terasa tajam, tumpul, atau seperti terbakar?
5	Intensitas	Seberapa parah gejala yang dirasakan? Ini bisa dinilai menggunakan skala nyeri (misalnya, skala 0-10)
6	Faktor Peringan/Pemberat	Apakah ada sesuatu yang memperburuk atau mengurangi gejala? Misalnya, nyeri yang memburuk dengan aktivitas atau berkurang dengan istirahat.

3) Sejarah Gejala (*Symptom History*)

Perawat triage juga menanyakan apakah pasien pernah mengalami gejala yang serupa di masa lalu dan apa yang memicu gejala saat ini. Ini membantu dalam memahami apakah gejala tersebut adalah kondisi akut atau bagian dari penyakit kronis yang kambuh.

4) Gejala Penyerta (*Associated Symptoms*)

Pertanyaan Tambahan: Apakah ada gejala lain yang menyertai keluhan utama? Misalnya, sesak napas yang disertai dengan keringat dingin atau pusing yang disertai dengan mual. Gejala penyerta ini dapat memberikan petunjuk lebih lanjut mengenai kondisi yang mendasari.

5) Prioritas Klinis (*Clinical Priority*)

Berdasarkan penilaian gejala utama, perawat triage dapat menentukan prioritas klinis untuk pasien. Misalnya, pasien dengan nyeri dada yang tajam dan menyebar ke lengan kiri mungkin memerlukan penanganan segera untuk menyingkirkan kemungkinan infark miokard (serangan jantung)

6) Signifikansi Penilaian Gejala Utama dalam Triage

Penilaian gejala utama sangat penting karena gejala tersebut seringkali menjadi indikator langsung dari kondisi yang mendasarinya. Dalam situasi darurat, gejala tertentu bisa mengindikasikan kondisi yang mengancam jiwa, seperti nyeri dada yang mungkin mengindikasikan serangan jantung atau sesak napas yang bisa menandakan gagal napas atau emboli paru. Penilaian yang cepat dan tepat terhadap gejala utama memungkinkan perawat triage untuk membuat keputusan yang mendesak, mengarahkan sumber daya, dan memulai intervensi yang sesuai.

Sehingga, Penilaian gejala utama merupakan langkah kritis dalam proses triage yang membantu mengidentifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak pada pasien. Dengan memahami keluhan utama pasien, perawat triage dapat menentukan prioritas perawatan, mengarahkan penilaian lebih lanjut, dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klinis mereka.

c. Pemeriksaan Fisik Singkat (*Brief Physical Examination*)

Pemeriksaan fisik singkat atau *brief physical examination* dalam konteks triage adalah proses di mana perawat atau tenaga medis melakukan evaluasi cepat terhadap kondisi fisik pasien untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang mungkin memerlukan intervensi segera. Pemeriksaan ini berfokus pada aspek-aspek yang paling relevan untuk menilai kondisi medis yang mendesak dan menentukan prioritas perawatan.

Komponen Pemeriksaan Fisik Singkat dalam Triage, yaitu:

Tabel 4.2: Komponen Pemeriksaan Fisik Singkat dalam Triage

No	Komponen	Deskripsi	Tujuan	Contoh
1	Pengamatan Umum (<i>General Observation</i>)	Pengamatan visual langsung terhadap kondisi pasien saat mereka pertama kali tiba di fasilitas medis	Mengidentifikasi tanda-tanda distress, seperti kesulitan bernapas, pucat, keringat berlebihan, atau perilaku gelisah, yang dapat menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa	Pasien yang terlihat sesak napas atau menunjukkan tanda-tanda syok (misalnya, kulit dingin dan berkeringat) mungkin memerlukan penanganan segera
2	Pemeriksaan Kepala dan Leher (<i>Head and Neck Examination</i>)	Pemeriksaan cepat terhadap kepala dan leher untuk menilai kesadaran, responsivitas, dan adanya cedera	Mendeteksi trauma kepala, luka di wajah, atau pembengkakan di leher yang dapat mengindikasikan masalah jalan napas	Adanya pembengkakan di leher bisa mengindikasikan obstruksi jalan napas, sementara cedera kepala dengan penurunan kesadaran mungkin menunjukkan trauma kranial serius
3	Pemeriksaan Dada (<i>Chest Examination</i>)	Pemeriksaan visual dan palpasi terhadap dada untuk menilai fungsi pernapasan dan tanda-tanda cedera dada	Mengidentifikasi adanya kesulitan bernapas, nyeri dada, atau deformitas yang bisa menunjukkan kondisi seperti pneumotoraks atau infark miokard	Auskultasi (mendengarkan) suara napas dapat mengidentifikasi penurunan atau tidak adanya suara napas, yang mungkin menandakan pneumotoraks (kolaps paru)

4	Pemeriksaan Abdomen (<i>Abdominal Examination</i>)	Pemeriksaan palpasi dan pengamatan terhadap abdomen untuk mendeteksi nyeri, distensi, atau massa abnormal	Mendeteksi masalah gastrointestinal atau intra-abdominal yang serius seperti perdarahan internal atau obstruksi usus	Abdomen yang tegang dan nyeri tekan dapat menunjukkan perdarahan internal, sementara distensi perut mungkin menandakan obstruksi usus
5	Pemeriksaan Ekstremitas (<i>Extremity Examination</i>)	Pemeriksaan ekstremitas untuk menilai adanya deformitas, edema, atau kehilangan fungsi	Mengidentifikasi cedera tulang atau sendi, masalah sirkulasi, atau tanda-tanda deep vein thrombosis (DVT)	Kaki yang bengkak, hangat, dan nyeri mungkin menunjukkan DVT, sedangkan deformitas tulang bisa mengindikasikan fraktur
6	Penilaian Fungsi Saraf (<i>Neurological Examination</i>)	Penilaian cepat terhadap status neurologis pasien melalui pengujian tingkat kesadaran, pupil, dan respons motorik	Mendeteksi adanya gangguan neurologis seperti stroke, trauma kepala, atau kejang	Penggunaan Skala <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) untuk menilai kesadaran, serta pemeriksaan reaksi pupil terhadap cahaya untuk mendeteksi adanya peningkatan tekanan intrakranial

Pemeriksaan fisik singkat sangat penting dalam proses triage karena memberikan informasi kritis tentang kondisi pasien dalam waktu singkat. Ini memungkinkan tenaga medis untuk membuat keputusan cepat tentang prioritas perawatan dan apakah pasien

memerlukan intervensi darurat segera. Pemeriksaan ini difokuskan pada identifikasi masalah-masalah yang paling serius dan mendesak, yang dapat mengancam nyawa atau menyebabkan komplikasi jika tidak segera ditangani.

Pemeriksaan fisik singkat dalam triage adalah langkah penting untuk memastikan bahwa pasien dengan kondisi yang paling kritis diidentifikasi dengan cepat dan diberikan perawatan yang sesuai. Ini membantu dalam mengoptimalkan sumber daya medis dan meningkatkan hasil perawatan pasien, terutama dalam situasi darurat di mana waktu adalah faktor yang sangat penting.

d. Penilaian Tingkat Kesadaran (*Level of Consciousness Assessment*)

Penilaian tingkat kesadaran (*Level of Consciousness Assessment*) adalah komponen penting dalam proses triage, di mana tenaga medis menilai kesadaran pasien untuk mengidentifikasi potensi gangguan neurologis atau kondisi medis yang mengancam jiwa. Tingkat kesadaran pasien dapat memberikan petunjuk penting mengenai fungsi otak, sirkulasi darah, dan oksigenasi, serta dapat membantu menentukan prioritas perawatan dalam situasi darurat.

Komponen Penilaian Tingkat Kesadaran, yaitu:

1) Penggunaan Skala AVPU

AVPU akronim dari *Alert*, *Verbal Response*, *Painful Response* dan *Unresponsive*.

Tabel 4.3: Penggunaan Skala AVPU

No	Skala	Deskripsi
1	<i>Alert</i>	Pasien terjaga dan sepenuhnya waspada. Mereka mampu merespons dengan baik terhadap rangsangan verbal dan lingkungan sekitar
2	<i>Verbal Response</i>	Pasien tidak sepenuhnya waspada tetapi merespons rangsangan verbal dengan membuka mata, berbicara, atau memberikan respons lain
3	<i>Painful Response</i>	Pasien tidak merespons rangsangan verbal tetapi merespons rangsangan nyeri, seperti mencubit atau menekan dengan keras
4	<i>Unresponsive</i>	Pasien tidak merespons rangsangan verbal maupun nyeri. Ini menunjukkan tingkat kesadaran yang sangat rendah dan memerlukan penilaian dan intervensi segera

2) Penggunaan Skala *Glasgow Coma Scale* (GCS)

GCS adalah skala yang digunakan secara luas untuk menilai tingkat kesadaran pada pasien dengan trauma kepala atau gangguan neurologis lainnya.

Tabel 4.4: Penggunaan Skala *Glasgow Coma Scale* (GCS)

No.	Komponen GCS	Skala
1	Respons Mata (Eye Opening)	Dinilai dari 1 hingga 4, di mana 4 adalah mata terbuka secara spontan dan 1 adalah mata tidak terbuka sama sekali
2	Respons Verbal (Verbal Response)	Dinilai dari 1 hingga 5, di mana 5 adalah respons verbal yang normal dan 1 adalah tidak ada respons verbal
3	Respons Motorik (Motor Response)	Dinilai dari 1 hingga 6, di mana 6 adalah respons motorik yang normal dan 1 adalah tidak ada respons motorik

Skor Total: GCS total berkisar dari 3 hingga 15, dengan skor yang lebih rendah menunjukkan tingkat kesadaran yang lebih buruk. Skor GCS ≤ 8 sering dianggap sebagai tanda kondisi serius yang memerlukan intervensi darurat, seperti intubasi untuk menjaga jalan napas

3) Observasi Perilaku

Tabel 4.5: Observasi Perilaku

Deskripsi	Tujuan
-----------	--------

Mengamati perilaku pasien, seperti agitasi, kebingungan, atau delirium, yang dapat memberikan petunjuk tambahan tentang kondisi neurologis atau psikologis pasien.	Membantu mengidentifikasi perubahan mendadak dalam kesadaran atau perilaku yang mungkin menunjukkan adanya stroke, trauma kepala, keracunan, atau gangguan metabolik.
--	---

4) Penilaian Respons Pupil

Tabel 4.6: Penilaian Respons Pupil

Deskripsi	Tujuan
-----------	--------

Memeriksa reaksi pupil terhadap cahaya sebagai bagian dari penilaian neurologis.	Mendeteksi peningkatan tekanan intrakranial atau kerusakan saraf kranial. Pupil yang tidak bereaksi terhadap cahaya atau pupil yang tidak simetris bisa menjadi tanda kondisi neurologis yang serius.
--	---

Penilaian tingkat kesadaran memberikan informasi penting tentang status neurologis dan fisiologis pasien. Ini memungkinkan tenaga medis untuk mengidentifikasi kondisi yang mungkin mengancam nyawa, seperti stroke, trauma kepala, hipoksia, atau overdosis obat. Tingkat kesadaran yang menurun sering kali merupakan tanda pertama dari kondisi yang memburuk, dan penilaian yang cepat serta akurat dapat mencegah komplikasi lebih lanjut.

Penilaian tingkat kesadaran dalam triage adalah langkah kritis yang membantu dalam menentukan status neurologis pasien dan prioritas perawatan. Dengan menggunakan alat seperti skala AVPU dan GCS, serta mengamati respons pupil dan perilaku, tenaga medis dapat menilai kondisi pasien secara cepat dan tepat, memastikan intervensi yang diperlukan dilakukan tepat waktu.

e. Riwayat Kesehatan Singkat (*Brief Medical History*)

Riwayat kesehatan singkat (Brief Medical History) adalah pengumpulan informasi dasar mengenai riwayat kesehatan pasien secara cepat dan ringkas. Informasi ini membantu tenaga medis dalam membuat keputusan tentang prioritas dan jenis perawatan yang diperlukan. Riwayat kesehatan singkat mencakup informasi penting yang relevan dengan kondisi medis pasien saat ini, termasuk penyakit kronis, obat-obatan yang sedang digunakan, alergi, dan faktor risiko lainnya.

Komponen Riwayat Kesehatan Singkat dalam Triage, yaitu:

Table 4.7: Komponen Riwayat Kesehatan Singkat dalam Triage

No	Komponen	Deskripsi	Tujuan	Contoh
1	Keluhan Utama (Chief Complaint)	Gejala atau masalah kesehatan utama yang mendorong pasien mencari perawatan medis	Mengidentifikasi masalah yang paling mendesak yang perlu segera ditangani	Pasien mungkin mengeluhkan nyeri dada, sesak napas, atau sakit perut yang parah
2	Riwayat Penyakit Sekarang (History of Present Illness, HPI)	Penjelasan singkat mengenai gejala saat ini, termasuk kapan gejala mulai, intensitas,	Memberikan konteks mengenai perkembangan gejala yang relevan untuk penilaian dan intervensi	Nyeri dada yang dimulai dua jam lalu, yang semakin memburuk dengan aktivitas dan

		durasi, dan faktor yang memperburuk atau meringankan gejala		sedikit mereda saat istirahat
3	Riwayat Penyakit Kronis atau Penyakit Terdahulu (Past Medical History)	Informasi tentang penyakit kronis atau penyakit serius yang pernah diderita pasien, seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, atau asma	Mengidentifikasi kondisi medis yang mungkin berpengaruh terhadap penanganan saat ini	Pasien dengan riwayat penyakit jantung mungkin memiliki risiko lebih tinggi terhadap kondisi seperti angina atau infark miokard
4	Obat-obatan yang Sedang Dikonsumsi (Current Medication)	Daftar obat-obatan yang saat ini dikonsumsi pasien, termasuk dosis dan frekuensi penggunaannya	Mengetahui pengobatan yang sedang berlangsung untuk menghindari interaksi obat atau mempertimbangkan efek samping yang mungkin terkait dengan kondisi saat ini	Pasien yang mengonsumsi pengencer darah seperti warfarin mungkin memiliki risiko perdarahan yang lebih tinggi
5	Alergi (Allergies)	Informasi tentang alergi pasien terhadap obat-obatan, makanan, atau zat tertentu, termasuk reaksi alergi yang pernah terjadi	Menghindari pemberian obat atau intervensi yang dapat memicu reaksi alergi yang berbahaya	Pasien yang alergi terhadap penicillin memerlukan alternatif antibiotik jika terjadi infeksi
6	Riwayat Sosial Singkat (Brief Social History)	Informasi tentang kebiasaan hidup atau faktor sosial yang relevan,	Mengidentifikasi faktor risiko atau kondisi yang dapat mempengaruhi	Seorang perokok berat mungkin memiliki risiko lebih tinggi

		seperti penggunaan alkohol, rokok, atau obat-obatan terlarang, serta status pekerjaan dan dukungan sosial	perawatan dan pemulihan pasien	terhadap penyakit paru-paru atau kardiovaskular
7	Riwayat Keluarga (Family History)	Informasi tentang riwayat kesehatan keluarga, terutama penyakit yang bisa diturunkan seperti penyakit jantung, diabetes, atau kanker	Mengidentifikasi risiko genetik yang dapat mempengaruhi diagnosis dan perawatan pasien	Riwayat keluarga dengan penyakit jantung koroner mungkin menunjukkan risiko lebih tinggi pada pasien

Riwayat kesehatan singkat sangat penting dalam proses triage karena memberikan konteks yang diperlukan untuk memahami kondisi pasien secara lebih lengkap. Informasi ini membantu tenaga medis mengidentifikasi faktor risiko, memilih intervensi yang tepat, dan menghindari potensi komplikasi seperti reaksi alergi atau interaksi obat. Pengumpulan riwayat kesehatan secara cepat namun menyeluruh memungkinkan perawatan yang lebih efektif dan aman, terutama dalam situasi darurat.

Riwayat kesehatan singkat dalam triage adalah alat penting yang membantu tenaga medis dalam menilai kondisi pasien dengan cepat dan membuat keputusan perawatan yang tepat. Dengan mengumpulkan informasi dasar seperti keluhan utama, riwayat penyakit, obat-obatan yang sedang dikonsumsi, alergi, dan riwayat sosial, tenaga medis dapat memberikan perawatan yang lebih terarah dan mengurangi risiko komplikasi.

f. Observasi Visual (*Visual Observation*)

Observasi visual (*Visual Observation*) adalah proses pengamatan awal yang dilakukan oleh tenaga medis untuk menilai kondisi fisik dan perilaku pasien secara cepat. Ini merupakan langkah penting dalam

menentukan tingkat urgensi perawatan yang dibutuhkan oleh pasien. Observasi visual melibatkan penilaian berbagai tanda eksternal, seperti postur, warna kulit, pola pernapasan, dan respons pasien terhadap lingkungan, tanpa melakukan intervensi fisik langsung.

Komponen Observasi Visual dalam Triage, yaitu:

Table 4.8: Komponen Observasi Visual dalam Triage

No	Komponen	Deskripsi	Tujuan	Contoh
1	Penampilan Umum (General Appearance)	Pengamatan langsung terhadap bagaimana pasien terlihat secara keseluruhan, termasuk aspek seperti kesadaran, posisi tubuh, dan ekspresi wajah	Menilai secara cepat kondisi umum pasien dan mengidentifikasi tanda-tanda distress atau penyakit serius	Pasien yang tampak lemas, pucat, atau gelisah mungkin mengalami kondisi medis yang memerlukan intervensi segera
2	Warna Kulit (Skin Color)	Penilaian terhadap warna kulit pasien yang dapat memberikan petunjuk tentang sirkulasi darah dan oksigenasi	Mengidentifikasi tanda-tanda kondisi seperti syok, hipoksia, atau anemia	Kulit yang pucat atau kebiruan (sianosis) bisa mengindikasikan kekurangan oksigen atau sirkulasi darah yang tidak memadai
3	Pola Pernapasan (Respiratory Pattern)	Pengamatan terhadap laju, kedalaman, dan irama pernapasan pasien	Menilai fungsi pernapasan dan mengidentifikasi gangguan seperti kesulitan bernapas, hiperventilasi, atau apnea	Pernapasan yang cepat dan dangkal bisa menunjukkan distress pernapasan, sementara pernapasan yang lambat dan dalam mungkin terkait dengan depresi pernapasan

4	Kesadaran dan Respons (Consciousness and Responsiveness)	Penilaian terhadap kesadaran pasien, termasuk bagaimana mereka merespons rangsangan verbal atau fisik	Mengidentifikasi tingkat kesadaran dan adanya gangguan neurologis atau trauma	Pasien yang tidak merespons panggilan atau sentuhan mungkin mengalami penurunan kesadaran yang memerlukan penanganan segera
5	Tanda Distress (Signs of Distress)	Identifikasi tanda-tanda fisik atau perilaku yang menunjukkan pasien dalam keadaan kritis atau kesulitan	Memprioritaskan pasien yang menunjukkan tanda-tanda distress berat untuk mendapatkan perawatan segera	Keringat berlebihan, agitasi, atau penggunaan otot aksesori untuk bernapas adalah tanda-tanda yang memerlukan perhatian medis segera
6	Kebersihan dan Perawatan Diri (Hygiene and Self-Care)	Pengamatan terhadap tingkat kebersihan dan perawatan diri pasien, yang bisa memberikan petunjuk tentang status kesehatan umum dan kemampuan untuk merawat diri	Mengidentifikasi pasien yang mungkin memerlukan perhatian tambahan terkait dengan perawatan diri atau kesehatan mental	Pasien dengan penampilan yang sangat kotor atau tidak terawat mungkin mengalami gangguan mental atau fisik yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk merawat diri

Observasi visual adalah salah satu langkah awal dalam triage yang memungkinkan tenaga medis untuk membuat penilaian cepat tentang status kesehatan pasien. Ini sangat penting dalam situasi darurat, di mana waktu sangat penting, dan keputusan harus dibuat dalam hitungan detik. Melalui observasi visual, tenaga medis dapat

mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perhatian segera dan mengarahkan sumber daya dengan lebih efisien.

Observasi visual dalam triage merupakan alat diagnostik cepat yang memungkinkan tenaga medis untuk menilai kondisi pasien hanya dengan melihat tanda-tanda eksternal. Ini membantu dalam menentukan prioritas perawatan dan memastikan bahwa pasien dengan kondisi yang paling serius mendapatkan perhatian medis terlebih dahulu. Dengan mengandalkan penilaian terhadap penampilan umum, warna kulit, pola pernapasan, kesadaran, dan tanda-tanda distress, tenaga medis dapat membuat keputusan klinis yang tepat dalam waktu singkat.

Penilaian awal triage adalah langkah penting dalam proses triage keperawatan, yang memungkinkan perawat untuk mengevaluasi kondisi pasien dengan cepat dan akurat. Melalui pengamatan tanda vital, penilaian gejala utama, pemeriksaan fisik singkat, dan penilaian tingkat kesadaran, perawat dapat mengidentifikasi kondisi yang memerlukan intervensi segera. Penilaian ini juga memungkinkan tenaga medis untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat keparahan dan menentukan prioritas perawatan yang tepat. Dengan melakukan penilaian awal yang tepat, triage membantu dalam menyelamatkan nyawa, mengurangi risiko komplikasi, dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya medis di unit gawat darurat.

2. Klasifikasi Triage

Klasifikasi triage adalah proses pengelompokan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka dan kebutuhan mendesak akan perawatan medis. Dalam situasi darurat, di mana sumber daya medis terbatas, klasifikasi triage membantu tenaga medis untuk memprioritaskan pasien yang memerlukan intervensi segera, memastikan bahwa mereka yang paling membutuhkan mendapat perhatian terlebih dahulu.

Sistem Klasifikasi Triage yang Umum Digunakan, yaitu:

a. Triage Warna (*Color-Coded Triage*)

Table 4.9: Triage Warna

No	Triage Warna	Deskripsi	Contoh
1	Merah (<i>Emergent</i>)	Pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa dan memerlukan intervensi segera untuk menyelamatkan nyawa	Trauma berat, serangan jantung, atau pasien dengan jalan napas yang tersumbat
2	Kuning (<i>Urgent</i>)	Pasien dengan kondisi serius yang stabil tetapi memerlukan perhatian medis dalam waktu singkat	Patah tulang yang tidak mengancam nyawa atau luka dalam yang memerlukan perawatan segera tetapi tidak langsung mengancam nyawa
3	Hijau (<i>Non-Urgent</i>)	Pasien dengan kondisi ringan yang tidak mengancam nyawa dan dapat menunggu untuk mendapatkan perawatan	Luka ringan, patah tulang sederhana, atau sakit perut yang tidak terkait dengan kondisi darurat
4	Hitam (<i>Expectant/Deceased</i>)	Pasien yang kemungkinan besar tidak dapat bertahan hidup meskipun diberikan perawatan medis segera, atau yang sudah meninggal	Cedera parah yang tidak mungkin diselamatkan dalam konteks sumber daya terbatas, seperti trauma kepala berat dengan kerusakan otak yang luas

b. *Emergency Severity Index (ESI)*

Table 4.10: *Emergency severity index (ESI)*

No	ESI Level	Deskripsi	Contoh
1	ESI Level 1 (<i>Immediate</i>)	Pasien yang membutuhkan intervensi penyelamatan nyawa segera	Pasien dengan serangan jantung akut, gagal napas, atau syok
2	ESI Level 2 (<i>Emergent</i>)	Pasien yang sangat sakit atau terluka tetapi tidak membutuhkan	Pasien dengan nyeri dada tanpa tanda vital yang tidak stabil, tetapi yang masih

		intervensi langsung dalam kondisi yang untuk menyelamatkan mengkhawatirkan nyawa, meskipun memerlukan penanganan dalam beberapa menit	
3	ESI Level 3 (<i>Urgent</i>)	Pasien yang membutuhkan beberapa sumber daya untuk diagnosis atau perawatan, tetapi tidak dalam kondisi kritis	Pasien dengan nyeri perut yang memerlukan evaluasi lebih lanjut seperti laboratorium atau pencitraan
4	ESI Level 4 (<i>Semi-Urgent</i>)	Pasien yang memerlukan satu sumber daya untuk diagnosis atau perawatan dan tidak dalam kondisi kritis	Luka yang memerlukan jahitan atau pasien dengan infeksi saluran kemih tanpa komplikasi
5	ESI Level 5 (<i>Non-Urgent</i>)	Pasien yang tidak memerlukan sumber daya darurat, biasanya kondisi yang bisa ditangani di klinik rawat jalan	Sakit tenggorokan tanpa komplikasi atau luka kecil yang tidak memerlukan jahitan

c. *START Triage (Simple Triage and Rapid Treatment)*

Digunakan dalam situasi bencana atau insiden massal. Pasien dikelompokkan berdasarkan kemampuan mereka untuk berjalan, laju pernapasan, perfusi, dan status mental (RPM-*Respiratory, Perfusion, Mental status*).

Table 4.11: *START Triage*

No	Klasifikasi	Deskripsi
1	<i>Ambulant</i> (Hijau)	Pasien yang dapat berjalan dan memiliki kondisi stabil
2	<i>Immediate</i> (Merah)	Pasien yang membutuhkan perawatan segera
3	<i>Delayed</i> (Kuning)	Pasien yang kondisinya stabil tetapi memerlukan perawatan medis, dan dapat menunggu setelah pasien merah ditangani
4	<i>Expectant/Deceased</i> (Hitam)	Pasien yang tidak mungkin selamat meskipun diberikan perawatan medis segera

Klasifikasi triage memungkinkan tenaga medis untuk mengelola waktu dan sumber daya dengan lebih efektif selama situasi darurat. Ini sangat penting dalam situasi di mana jumlah pasien melebihi kapasitas fasilitas kesehatan atau dalam keadaan darurat bencana. Dengan mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka, klasifikasi triage memastikan bahwa mereka yang memerlukan perhatian medis segera mendapatkan prioritas, sementara mereka yang kondisinya tidak terlalu mendesak dapat menunggu tanpa membahayakan keselamatan mereka.

Klasifikasi triage adalah proses kritis dalam manajemen darurat medis yang memastikan bahwa pasien dengan kondisi yang paling serius dan mengancam jiwa mendapatkan perawatan segera. Sistem triage, seperti triage warna, ESI, dan START, memberikan kerangka kerja yang jelas bagi tenaga medis untuk membuat keputusan cepat dan efektif, terutama dalam situasi di mana sumber daya terbatas.

3. Pemberian Intervensi Awal

Pemberian intervensi awal dalam konteks triage keperawatan adalah tindakan cepat dan tepat yang dilakukan oleh tenaga medis untuk menstabilkan kondisi pasien sebelum dilakukan perawatan lebih lanjut atau rujukan. Intervensi awal bertujuan untuk mencegah kondisi pasien semakin memburuk dan memastikan mereka dalam kondisi yang cukup stabil untuk menjalani penanganan berikutnya.

Komponen Utama Pemberian Intervensi Awal, yaitu:

a. Pembukaan Jalan Napas (*Airway Management*)

Table: 4. 12: Pembukaan Jalan Nafas

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Intervensi untuk memastikan jalan napas pasien terbuka dan bebas dari sumbatan	Menjamin pasokan oksigen yang cukup ke paru-paru dan mencegah hipoksia	Menggunakan manuver seperti head-tilt/chin-lift atau memasukkan alat seperti oropharyngeal airway jika diperlukan

b. Ventilasi dan Oksigenasi (*Breathing and Oxygenation*)

Table 4.13: Ventilasi dan Oksigen

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Intervensi untuk mendukung atau memperbaiki	Memastikan pertukaran oksigen dan	Pemberian oksigen melalui masker, ventilasi mekanis pada pasien yang tidak bernapas efektif,

fungsi pernapasan	karbon dioksida berlangsung secara optimal	atau memberikan bantuan napas manual dengan bag-valve-mask (BVM)
-------------------	--	--

c. Sirkulasi (*Circulation*)

Table 4.14: Sirkulasi

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Intervensi yang berkaitan dengan aliran darah dan fungsi jantung	Mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ vital	Memasang jalur intravena (IV) untuk pemberian cairan, mengendalikan perdarahan dengan tekanan langsung atau pembalut, dan memberikan obat-obatan yang diperlukan untuk mendukung fungsi jantung

d. Kontrol Perdarahan (*Hemorrhage Control*)

Table 4.15: Kontrol Perdarahan

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Tindakan untuk menghentikan perdarahan yang mengancam nyawa	Mencegah kehilangan darah yang berlebihan yang dapat menyebabkan syok atau kematian	Menggunakan tourniquet, tekanan langsung, atau dressing hemostatik pada sumber perdarahan

e. Penanganan Nyeri (*Pain Management*)

Table 4.16: Penanganan Nyeri

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Pemberian analgesik atau metode lainnya untuk mengurangi rasa sakit	Mengurangi penderitaan pasien dan mencegah komplikasi akibat stres yang berlebihan	Pemberian obat pereda nyeri seperti opioid, NSAID, atau melakukan imobilisasi pada bagian tubuh yang terluka

f. Penanganan Cedera atau Luka (*Wound Care and Injury Management*)

Table 4.17: Penanganan Cedera atau Luka

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Intervensi untuk mengobati luka atau cedera yang terjadi	Mencegah infeksi, mengurangi risiko komplikasi, dan memulai proses penyembuhan	Membersihkan luka, memberikan perban atau jahitan jika diperlukan, dan menstabilkan tulang yang patah dengan bidai

g. Pencegahan Hipotermia (*Hypothermia Prevention*)

Table 4.18: Pencegahan Hipotermia

Deskripsi	Tujuan	Tindakan
Tindakan untuk menjaga suhu tubuh pasien agar tidak turun ke tingkat yang berbahaya	Mencegah komplikasi lebih lanjut yang dapat timbul akibat penurunan suhu tubuh, seperti gangguan kardiovaskular	Menutupi pasien dengan selimut, menggunakan alat penghangat, atau memindahkan pasien ke lingkungan yang lebih hangat

Intervensi awal sangat penting karena dapat menentukan hasil akhir perawatan pasien, terutama dalam kondisi darurat. Tindakan yang cepat dan tepat bisa mengurangi mortalitas dan morbiditas, menstabilkan kondisi pasien, dan memberikan waktu bagi tenaga medis untuk melakukan evaluasi lebih lanjut atau menyiapkan tindakan medis yang lebih kompleks.

Pemberian intervensi awal dalam triage adalah langkah kritis yang berfokus pada stabilisasi kondisi pasien untuk mencegah perburukan dan meningkatkan peluang kesembuhan. Tindakan ini harus dilakukan dengan cepat dan efektif, mengingat pentingnya waktu dalam menangani kondisi medis yang mengancam jiwa.

4. Dokumentasi

Dokumentasi dalam proses triage adalah pencatatan dan penyimpanan informasi terkait dengan kondisi pasien, intervensi yang dilakukan, serta hasil dari intervensi tersebut. Dokumentasi merupakan bagian penting dari praktik keperawatan karena tidak hanya berfungsi sebagai catatan medis, tetapi juga sebagai alat komunikasi yang vital di antara anggota tim kesehatan, serta sebagai bukti hukum dalam kasus tertentu.

Tujuan Dokumentasi triage, ialah:

a. Pencatatan Klinis (*Clinical Record-Keeping*)

Table 4.19: Pencatatan Klinis

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menghasilkan catatan tertulis yang mendetail mengenai kondisi pasien, tindakan yang dilakukan, dan respons	Memberikan gambaran yang lengkap dan akurat tentang perjalanan perawatan pasien, yang dapat digunakan untuk	Pencatatan tanda vital, hasil pemeriksaan fisik, intervensi yang dilakukan seperti

pasien terhadap pengambilan keputusan pemberian obat, tindakan tersebut medis lebih lanjut dan respons pasien

b. Komunikasi Antar Tim Kesehatan (*Communication Among Healthcare Team*)

Table 4.20: Komunikasi Antar Tim Kesehatan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menggunakan dokumentasi untuk berkomunikasi secara efektif dengan anggota tim kesehatan lainnya	Memastikan bahwa semua anggota tim memiliki informasi yang konsisten dan terkini mengenai status pasien, sehingga perawatan dapat diberikan secara terkoordinasi dan efektif	Catatan tentang perubahan kondisi pasien yang memerlukan tindak lanjut oleh dokter spesialis atau perawat lainnya

c. Legalitas dan Kepatuhan (*Legal and Compliance*)

Table 4.21: Legalitas dan Kepatuhan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Mendokumentasikan setiap aspek perawatan yang diberikan untuk memenuhi persyaratan hukum dan standar praktik profesional	Melindungi tenaga kesehatan dan fasilitas medis dari klaim hukum yang mungkin timbul, serta memastikan kepatuhan terhadap regulasi dan standar yang berlaku	Catatan tentang inform consent yang diperoleh dari pasien sebelum melakukan prosedur tertentu, atau dokumentasi penggunaan obat yang diawasi ketat

d. Evaluasi dan Perbaikan Kualitas (*Quality Improvement and Evaluation*)

Table 4.22: Evaluasi Perbaikan Kualitas

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menggunakan dokumentasi untuk menilai dan meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan	Mengidentifikasi area di mana perbaikan diperlukan dan memastikan bahwa standar perawatan terpenuhi	Audit terhadap catatan pasien untuk menilai kesesuaian intervensi dengan protokol yang ada atau mengevaluasi hasil perawatan jangka panjang

e. Penelitian dan Pendidikan (*Research and Education*)

Table 4.23: Penelitian dan Pendidikan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
-----------	--------	--------

Memanfaatkan data yang terdokumentasi sebagai dasar untuk penelitian klinis atau bahan ajar dalam pendidikan kesehatan	Mengembangkan praktik berbasis bukti dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan tenaga kesehatan	Penggunaan catatan pasien dalam penelitian untuk mengidentifikasi pola penyakit atau respons terhadap terapi tertentu
--	---	---

Prinsip-Prinsip Dokumentasi yang Baik, ialah:

1) **Akurasi dan Ketepatan Waktu**

Catatan harus akurat, mencerminkan kondisi dan tindakan yang sebenarnya terjadi, serta dilakukan segera setelah tindakan dilakukan untuk menghindari kesalahan ingatan.

2) **Kelengkapan dan Keterincian**

Dokumentasi harus mencakup semua informasi yang relevan, mulai dari keluhan utama pasien hingga hasil akhir intervensi, tanpa mengabaikan detail yang mungkin penting.

3) **Objektivitas**

Catatan harus objektif dan bebas dari penilaian subjektif atau opini pribadi, berfokus pada fakta dan temuan yang dapat diukur.

4) **Kerangka Hukum**

Dokumentasi harus mematuhi hukum dan regulasi yang berlaku, serta standar praktik yang ditetapkan oleh organisasi profesional dan fasilitas kesehatan

Contoh Dokumentasi dalam Triage, ialah:

a) **Tanda Vital**

Pencatatan suhu, tekanan darah, frekuensi napas, dan denyut nadi.

b) **Pemeriksaan Fisik**

Hasil pemeriksaan awal seperti respons pupil, warna kulit, dan tanda-tanda distress.

c) **Intervensi Awal**

Tindakan seperti pemberian oksigen, pemasangan infus, atau kontrol perdarahan, serta waktu pelaksanaannya.

d) **Penilaian Kesadaran**

Skala *Glasgow Coma Scale* (GCS) atau penilaian lainnya yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien.

e) **Rencana Tindak Lanjut**

Tindakan lanjutan yang direncanakan, seperti rujukan ke spesialis atau observasi lebih lanjut.

Dokumentasi dalam keperawatan, terutama dalam triage, adalah proses esensial yang memastikan semua tindakan medis terekam dengan baik, membantu komunikasi antar tim, melindungi legalitas, dan mendukung perbaikan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan dokumentasi yang baik, perawatan pasien dapat dilakukan dengan lebih aman, efektif, dan sesuai standar.

5. Komunikasi dan Koordinasi

Komunikasi dan koordinasi dalam triage adalah dua aspek yang sangat penting dalam memastikan bahwa proses triage berjalan lancar, cepat, dan efektif. Triage adalah proses penentuan prioritas perawatan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Agar proses ini berhasil, komunikasi yang jelas dan koordinasi yang baik di antara semua anggota tim kesehatan sangat diperlukan.

a. Komunikasi dalam Triage

Komunikasi dalam triage adalah proses pertukaran informasi, ide, perasaan, atau pesan antara dua atau lebih individu atau kelompok. Dalam keperawatan, komunikasi berfungsi sebagai dasar untuk semua interaksi antara perawat, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya. Elemen Penting dalam Komunikasi Triage, yaitu:

1) Komunikasi Efektif dengan Pasien dan Keluarga

Table 4.24: Komunikasi Efektif dengan Pasiendan Keluarga

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menyampaikan informasi tentang kondisi pasien, penjelasan mengenai prioritas perawatan, dan tindakan yang akan diambil	Membantu pasien dan keluarganya memahami situasi yang dihadapi dan meredakan kecemasan	Memberi tahu keluarga tentang mengapa pasien ditempatkan pada kategori tertentu dalam triage dan apa langkah selanjutnya

2) Komunikasi Antar Anggota Tim Kesehatan

Table 4.25: Komunikasi Antar Anggota Tim Kesehatan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Pertukaran informasi antara perawat, dokter, dan petugas kesehatan lainnya mengenai kondisi pasien dan keputusan triage	Memastikan semua anggota tim memiliki pemahaman yang sama tentang prioritas pasien dan tindakan yang harus diambil	Menyampaikan hasil penilaian awal kepada dokter untuk segera memutuskan tindakan intervensi yang diperlukan

3) Penyampaian Informasi yang Cepat dan Akurat

Table 4.26: Penyampaian Informasi yang Cepat dan Akurat

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Komunikasi harus dilakukan dengan cepat dan tepat untuk menghindari kesalahan dan penundaan dalam penanganan pasien	Meningkatkan responsivitas tim kesehatan dalam situasi darurat	Menggunakan sistem kode atau protokol yang disepakati untuk mengkomunikasikan tingkat keparahan pasien, seperti menggunakan sistem triage warna (merah, kuning, hijau) untuk menentukan prioritas

Prinsip-Prinsip Komunikasi yang Efektif dalam Keperawatan, ialah:

a) **Kejelasan dan Kesederhanaan**

Informasi harus disampaikan dengan jelas, menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh penerima.

b) **Keterbukaan dan Kejujuran**

Komunikasi harus dilakukan dengan jujur dan terbuka, menjaga transparansi dalam setiap interaksi.

c) **Empati**

Menunjukkan empati dalam komunikasi membantu membangun kepercayaan dan hubungan positif antara perawat dan pasien.

d) **Feedback**

Memberikan ruang bagi penerima pesan untuk memberikan umpan balik, memastikan bahwa informasi telah diterima dan dipahami dengan benar.

Tantangan dalam Komunikasi Triage, ialah:

- a) **Kondisi yang Kacau:** Dalam situasi darurat, lingkungan sering kali penuh tekanan dan bising, yang dapat menghambat komunikasi yang jelas.
- b) **Perbedaan Bahasa:** Jika ada hambatan bahasa antara petugas kesehatan dan pasien, ini bisa menghambat pemahaman dan penyampaian informasi yang efektif.
- c) **Keterbatasan Waktu:** Keputusan harus dibuat dengan cepat, yang bisa mengurangi waktu untuk memastikan semua informasi tersampaikan dan dipahami dengan benar.

b. Koordinasi dalam Triage

Koordinasi dalam triage adalah pengelolaan dan penyesuaian tindakan di antara anggota tim kesehatan untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan sesuai dengan tingkat keparahan kondisinya. Koordinasi yang baik diperlukan untuk mengoptimalkan alur kerja, meminimalkan kesalahan, dan memastikan penggunaan sumber daya yang efektif.

Elemen Penting dalam Koordinasi Triage, ialah:

1) Penetapan Prioritas

Table 4.27: Penetapan Prioritas

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Mengategorikan pasien berdasarkan tingkat keparahan mereka dan memutuskan siapa yang harus ditangani terlebih dahulu	Memastikan bahwa pasien dengan kondisi paling kritis mendapatkan perhatian segera	Menggunakan skala triage seperti Emergency Severity Index (ESI) untuk menilai dan mengurutkan pasien

2) Alur Kerja yang Terstruktur

Table 4.28: Alur Kerja yang Terstruktur

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menerapkan prosedur yang jelas untuk setiap tahap triage, dari penilaian awal hingga penempatan pasien di unit yang tepat	Menghindari kebingungan dan memastikan semua anggota tim tahu peran mereka dalam proses triage	Menggunakan protokol triage yang telah disepakati di antara anggota tim untuk memastikan konsistensi dalam penanganan pasien

3) Kolaborasi Antar Tim

Table 4.29: Kolaborasi Antar Tim

Deskripsi	Tujuan	Contoh
-----------	--------	--------

Kerjasama antara berbagai disiplin ilmu dan unit layanan kesehatan untuk memastikan perawatan yang komprehensif	Mengintegrasikan berbagai aspek perawatan dari berbagai spesialisasi untuk memastikan pasien mendapatkan penanganan yang tepat	Koordinasi antara tim triage, unit gawat darurat, laboratorium, dan radiologi untuk memastikan pasien mendapat evaluasi dan intervensi secepat mungkin
---	--	--

4) Penugasan Sumber Daya

Table 4.30: Penugasan Sumber Daya

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Mengelola sumber daya yang tersedia, seperti tenaga medis, peralatan, dan ruang, berdasarkan kebutuhan yang paling mendesak	Memastikan sumber daya digunakan secara efisien dan tidak ada pasien yang terlantar	Menugaskan lebih banyak staf ke unit kritis ketika jumlah pasien dalam kategori "merah" meningkat

Tantangan dalam Koordinasi Triage, ialah:

a) **Keterbatasan Sumber Daya**

Dalam situasi darurat besar, jumlah pasien mungkin melebihi kapasitas sumber daya yang tersedia.

b) **Kecepatan Pengambilan Keputusan**

Keputusan yang harus diambil dengan cepat bisa mengakibatkan kesalahan jika koordinasi tidak berjalan baik.

c) **Kompleksitas Kasus**

Pasien dengan kondisi yang kompleks mungkin memerlukan koordinasi antara beberapa spesialis, yang bisa memperlambat proses triage.

Komunikasi dan koordinasi yang efektif dalam triage adalah kunci untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan mereka. Komunikasi yang jelas dan tepat memungkinkan informasi penting tersampaikan dengan cepat, sementara koordinasi yang baik memastikan bahwa setiap tindakan diorganisir dengan cara yang paling efisien dan efektif. Kedua aspek ini sangat penting dalam situasi darurat di mana waktu dan sumber daya sangat terbatas.

6. Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Pemantauan dan evaluasi lanjut adalah tahap kritis dalam proses perawatan, terutama dalam konteks triage dan penanganan pasien di unit gawat darurat (UGD). Pemantauan dan evaluasi lanjut dilakukan setelah penilaian awal dan intervensi awal, dengan tujuan untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan efektif dan kondisi pasien dipantau secara terus-menerus.

a. Pemantauan (*Monitoring*)

Pemantauan dalam triage merupakan proses yang terus-menerus untuk mengawasi kondisi pasien setelah mereka ditetapkan dalam kategori triage tertentu. Pemantauan ini penting untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien yang mungkin memerlukan perubahan dalam prioritas perawatan.

b. Tujuan Pemantauan, yaitu:

1) Mendeteksi Perubahan Kondisi Pasien

Table 4.31: Mendeteksi Perubahan Kondisi Pasien

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Mengamati setiap perubahan dalam kondisi pasien, terutama bagi mereka yang berada di kategori prioritas rendah yang mungkin menunggu lebih lama untuk perawatan	Agar tim medis dapat segera memberikan intervensi jika kondisi pasien memburuk	Pemantauan pasien dengan gangguan pernapasan ringan yang tiba-tiba mengalami peningkatan kesulitan bernapas

2) Menjamin Keselamatan Pasien

Table 4.32: Menjamin Keselamatan Pasien

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Memastikan bahwa pasien yang sedang menunggu perawatan berada dalam kondisi stabil dan aman	Mencegah perburukan kondisi pasien yang tidak terdeteksi selama periode tunggu	Melakukan pemantauan ulang tanda vital pasien setiap 15-30 menit untuk memastikan stabilitas

3) Mengidentifikasi Kebutuhan Intervensi Tambahan

Table 4.33: Mengidentifikasi Kebutuhan Intervensi Tambahan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menentukan apakah kondisi pasien memerlukan tindakan medis lebih	Memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai	Pasien yang awalnya dikategorikan sebagai prioritas rendah namun kemudian menunjukkan tanda-tanda

lanjut selama proses dan tepat waktu jika peningkatan nyeri atau distress, triage berlangsung kondisinya memburuk sehingga perlu dinaikkan ke kategori prioritas lebih tinggi

4) Mencegah Komplikasi

Table 4.34: Mencegah Komplikasi

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Pemantauan berfungsi untuk mencegah timbulnya komplikasi dengan segera menangani perubahan negatif dalam kondisi pasien	Mencegah terjadinya kondisi yang lebih buruk atau komplikasi yang dapat memperpanjang masa perawatan atau mengancam jiwa pasien	Pemantauan pasien yang menerima infus untuk mendeteksi tanda-tanda reaksi alergi atau infeksi

c. Metode Pemantauan

1) Pemantauan Tanda Vital

Pengukuran berulang terhadap tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi napas untuk mendeteksi perubahan kondisi.

2) Pemantauan Gejala Klinis

Observasi terhadap gejala-gejala yang dilaporkan pasien atau perubahan fisik yang terlihat, seperti perubahan warna kulit, tingkat kesadaran, atau respon pasien.

3) Pemantauan dengan Teknologi Medis

Penggunaan alat medis seperti EKG atau pulse oximeter untuk pemantauan berkelanjutan terhadap pasien dengan risiko tinggi.

d. Evaluasi Lanjut (*Ongoing Evaluation*)

Evaluasi adalah proses penilaian ulang kondisi pasien setelah pemantauan dilakukan. Evaluasi ini penting untuk menentukan apakah kategori triage pasien masih sesuai atau perlu diubah berdasarkan kondisi terbaru.

e. Tujuan Evaluasi Lanjut

1) Menilai Kembali Kategori Triage

Table 4.35: Menilai kembali Kategori Triage

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Melakukan penilaian ulang untuk memastikan bahwa pasien masih berada	Memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan sesuai dengan tingkat	Pasien yang awalnya berada di kategori kuning (prioritas menengah) tetapi kondisinya memburuk, sehingga

dalam kategori triage keparahan terkini dipindahkan ke kategori merah yang tepat kondisinya (prioritas tinggi)

2) Memastikan Kestinambungan Perawatan

Table 4.36: Memastikan Kestinambungan Perawatan

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menjamin bahwa pasien menerima perawatan yang konsisten dan tepat waktu, tanpa ada langkah yang terlewatkan	Memastikan bahwa pasien terus mendapatkan perhatian medis yang dibutuhkan selama berada di UGD	Memastikan bahwa pasien yang menunggu hasil laboratorium tetap dipantau secara berkala dan mendapat tindak lanjut sesuai hasil yang diterima

3) Mengukur Efektivitas Intervensi

Table 4.37: Mengukur Efektivitas Intervensi

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Mengevaluasi apakah intervensi awal yang diberikan telah berhasil atau perlu disesuaikan	Menyempurnakan rencana perawatan berdasarkan respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan	Mengukur tingkat nyeri pasien setelah diberikan analgesik untuk memastikan apakah dosis sudah efektif

f. Metode Evaluasi Lanjut

1) Evaluasi Klinis

Penilaian langsung oleh tenaga medis berdasarkan observasi fisik dan wawancara dengan pasien.

2) Reevaluasi Klinis

Penilaian ulang oleh tenaga medis berdasarkan perubahan kondisi klinis yang diamati selama proses pemantauan.

3) Penilaian Respons terhadap Pengobatan

Mengamati perubahan kondisi setelah pemberian pengobatan untuk menilai keefektifannya dan menentukan langkah selanjutnya.

4) Pemberian Skor Triage Ulang

Jika diperlukan, mengulang penilaian triage dengan menggunakan alat atau skala yang sama (misalnya *Emergency Severity Index*) untuk menentukan apakah ada perubahan dalam prioritas perawatan.

- 5) **Pemantauan dan evaluasi lanjut dalam triage** adalah langkah esensial untuk memastikan bahwa kondisi pasien terus dipantau dan direspons secara cepat dan tepat. Dengan pemantauan yang cermat dan evaluasi yang tepat waktu, tim medis dapat menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan perubahan kondisi pasien, memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka pada saat itu.

D. Visualisasi Triage (Opsional)

Visualisasi Triage adalah proses penggunaan alat visual atau sistem untuk mendukung dan memperjelas proses triage dalam konteks perawatan kesehatan, terutama di unit gawat darurat (UGD) atau situasi darurat massal. Visualisasi triage membantu dalam mempercepat proses penilaian dan memastikan bahwa informasi tentang prioritas perawatan pasien mudah diakses dan dipahami oleh semua anggota tim medis.

1. Tujuan Visualisasi Triage

a. Mempermudah Proses Triage

Table 4.38: Mempermudah Proses Triage

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menggunakan alat visual untuk menyederhanakan dan mempercepat proses penentuan prioritas perawatan pasien	Membantu tim triage membuat keputusan lebih cepat dan akurat dengan menyediakan informasi yang jelas dan mudah dipahami	Papan triage yang menunjukkan kategori warna untuk setiap pasien, memudahkan identifikasi dan penanganan

b. Meningkatkan Komunikasi

Table 4.39: Meningkatkan Komunikasi

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Memfasilitasi komunikasi yang lebih baik antara anggota tim medis dengan menyajikan informasi secara visual	Menjamin bahwa semua anggota tim memiliki pemahaman yang sama tentang status dan prioritas pasien	Diagram atau papan tulis yang menampilkan status triage pasien dan tindakan yang diperlukan

c. Memantau dan Mengelola Alur Pasien

Table 4.40: Memantau dan Mengelola Alur Pasien

Deskripsi	Tujuan	Contoh
Menggunakan alat visual untuk melacak pergerakan pasien	Memastikan bahwa pasien dikelola secara sistematis	Sistem visual yang menunjukkan status pasien, memudahkan identifikasi dan penanganan

melalui proses triage efisien dan tidak ada lokasi mereka, dan urutan dan perawatan yang terlewatkan perawatan yang diperlukan

2. Jenis-Jenis Visualisasi dalam Triage

a. Papan Triage atau Whiteboard

Table 4.41: Papan Triage atau WEhiteboard

Deskripsi	Fungsi	Contoh
Papan atau whiteboard yang digunakan untuk mencatat dan menampilkan informasi triage secara visual	Menyediakan tampilan umum status pasien, kategori triage, dan tindakan yang diperlukan	Papan yang dibagi menjadi bagian-bagian berwarna (merah, kuning, hijau) untuk menunjukkan prioritas pasien dan mengupdate status pasien secara langsung

b. Kartu Triage

Table 4.41: Kartu Triage

Deskripsi	Fungsi	Contoh
Kartu fisik atau digital yang berisi informasi mengenai status triage pasien dan instruksi perawatan	Mempermudah identifikasi dan akses cepat terhadap informasi pasien	Kartu yang ditempel di tempat tidur pasien dengan informasi triage seperti warna kategori, diagnosis, dan kebutuhan perawatan

c. Sistem Berbasis Komputer

Table 4.42: Sistem Berbasis Komputer

Deskripsi	Fungsi	Contoh
Perangkat lunak atau sistem informasi yang mengelola data triage secara elektronik	Menyediakan data yang terintegrasi dan memungkinkan akses real-time untuk memantau status pasien dan manage alur pasien	Sistem manajemen triage yang memungkinkan input data, pembaruan status, dan pemantauan secara otomatis

d. Diagram atau Peta

Table 4.43: Diagram atau Peta

Deskripsi	Fungsi	Contoh
Representasi visual yang menunjukkan alur atau lokasi pasien di unit gawat darurat (UGD)	Membantu dalam mengelola alur pasien dan memastikan bahwa mereka berada di area perawatan yang tepat	Peta UGD yang menunjukkan lokasi pasien berdasarkan kategori triage dan area perawatan yang tersedia

e. Grafik dan Dashboard

Table 4.44: Grafik dan Dashboard

Deskripsi	Fungsi	Contoh
Visualisasi data dalam bentuk grafik atau dashboard yang menunjukkan metrik kinerja dan status pasien	Memungkinkan tim medis memantau indikator kunci seperti waktu tunggu, jumlah pasien, dan efektivitas triage	Dashboard yang menampilkan grafik waktu tunggu rata-rata, jumlah pasien per kategori triage, dan statistik performa triage

3. Manfaat Visualisasi Triage

a. Peningkatan Efisiensi

Visualisasi membantu tim triage untuk lebih cepat mengidentifikasi dan mengelola pasien berdasarkan kebutuhan mereka, meningkatkan efisiensi proses triage.

b. Pengurangan Kesalahan

Dengan informasi yang disajikan secara jelas dan terorganisir, kemungkinan kesalahan dalam penanganan pasien dapat dikurangi.

c. Peningkatan Koordinasi Tim

Alat visual yang jelas memfasilitasi koordinasi yang lebih baik antara anggota tim medis, memastikan bahwa semua pihak memahami status dan prioritas pasien.

d. Manajemen Beban Kerja

Visualisasi membantu dalam pengelolaan beban kerja dengan memberikan gambaran umum tentang jumlah pasien dan kebutuhan mereka, memungkinkan distribusi tugas yang lebih baik.

4. Contoh Alat Visualisasi Triage

a. Diagram Alur (Flowchart)

Diagram yang menunjukkan langkah-langkah triage berdasarkan gejala pasien, seperti alur keputusan untuk menentukan kategori triage (merah, kuning, hijau, hitam).

b. Papan Triage

Papan besar di UGD yang menunjukkan nama pasien dan kategori triage mereka secara visual, biasanya dengan kode warna.

c. Kartu Panduan Triage

Kartu kecil atau poster yang memuat informasi penting tentang kategori triage dan kriteria penilaian untuk setiap kategori.

d. Software Triage Elektronik

Program komputer yang memandu tenaga medis melalui proses triage dan menampilkan informasi pasien secara visual, termasuk grafik atau dashboard untuk memantau kondisi pasien secara real-time.

5. Kelebihan dan Kekurangan Visualisasi Triage

a. Kelebihan

1) Mempercepat Proses

Membantu tenaga medis dalam mengambil keputusan dengan cepat.

2) Meningkatkan Akurasi

Mengurangi kemungkinan kesalahan dalam penilaian triage.

3) Memudahkan Kolaborasi

Semua anggota tim dapat melihat dan memahami kondisi dan prioritas pasien secara bersama-sama.

b. Kekurangan

1) Ketergantungan pada Visual

Terlalu bergantung pada alat visual bisa mengurangi perhatian terhadap penilaian klinis langsung.

2) Keterbatasan Akses

Di beberapa situasi, alat visual mungkin tidak tersedia atau sulit digunakan, terutama di area dengan sumber daya terbatas.

Visualisasi triage adalah alat tambahan yang bisa sangat bermanfaat dalam memandu proses triage, terutama dalam situasi darurat dengan banyak pasien. Meskipun bersifat opsional, visualisasi ini bisa meningkatkan efisiensi, akurasi, dan konsistensi dalam penanganan pasien. Alat visualisasi seperti diagram alur, papan triage, dan software triage elektronik dapat membantu tim medis untuk bekerja lebih efektif dan terkoordinasi.

E. Latihan

1. Apa tujuan utama dari triage di unit gawat darurat?
 - a. Menyediakan perawatan yang sama untuk semua pasien
 - b. Menentukan prioritas perawatan berdasarkan tingkat keparahan kondisi pasien**
 - c. Mempercepat proses administrasi pasien
 - d. Mengurangi biaya perawatan di rumah sakit
 - e. Mengatur jadwal kunjungan pasien
2. Pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa harus dikategorikan ke dalam warna triage apa?
 - a. Hijau
 - b. Kuning
 - c. Biru
 - d. Hitam
 - e. Merah**
3. Salah satu komponen penting dalam penilaian awal triage adalah pengamatan tanda vital. Manakah dari berikut ini yang termasuk tanda vital?
 - a. Nyeri dada
 - b. Denyut nadi**
 - c. Kesadaran
 - d. Riwayat kesehatan
 - e. Kelelahan
4. Pasien dengan keluhan utama nyeri dada yang tajam dan menyebar ke lengan kiri mungkin memerlukan penanganan segera karena risiko apa?
 - a. Infeksi saluran kemih
 - b. Serangan jantung**
 - c. Cedera otot
 - d. Hipotermia
 - e. Migren
5. Sistem klasifikasi triage warna melibatkan beberapa kategori. Apa arti dari kategori warna kuning dalam triage?
 - a. Pasien yang sudah meninggal
 - b. Pasien dengan kondisi ringan
 - c. Pasien dengan kondisi yang memerlukan perhatian segera**
 - d. Pasien dengan kondisi stabil yang dapat menunggu

- e. Pasien dengan risiko tinggi infeksi
- 6. Manakah dari berikut ini yang termasuk tujuan dari triage keperawatan?
 - a. Mengurangi waktu tunggu pasien yang memerlukan intervensi segera**
 - b. Meningkatkan biaya perawatan
 - c. Membatasi jumlah pasien di UGD
 - d. Memperpanjang waktu observasi pasien
 - e. Mengurangi beban kerja tenaga medis
- 7. Apa yang dimaksud dengan penilaian tingkat kesadaran menggunakan skala AVPU dalam triage?
 - a. Skala untuk menilai respons verbal pasien
 - b. Skala untuk menilai aktivitas motorik pasien
 - c. Skala untuk menilai fungsi pernapasan pasien
 - d. Skala untuk menilai kesadaran dan respons terhadap rangsangan**
 - e. Skala untuk menilai tekanan darah pasien
- 8. Dalam situasi bencana, sistem triage yang sering digunakan adalah START.
 - a. *Simple Treatment and Rapid Triage*
 - b. *Simple Triage and Rapid Treatment***
 - c. *Standard Triage and Routine Treatment*
 - d. *Standard Treatment and Rapid Triage*
 - e. *Systematic Triage and Rapid Treatment*
- 9. Komponen apa yang perlu diperiksa dalam pemeriksaan fisik singkat pada pasien triage?
 - a. Observasi warna kulit**
 - b. Riwayat keluarga
 - c. Pengalaman trauma sebelumnya
 - d. Asupan makanan terakhir
 - e. Kebiasaan hidup
- 10. Mengapa dokumentasi sangat penting dalam proses triage?
 - a. Untuk mengurangi beban kerja tenaga medis
 - b. Untuk mengurangi jumlah pasien yang dirawat
 - c. Untuk mempermudah komunikasi dengan keluarga pasien**
 - d. Untuk mempercepat proses administrasi

F. Rangkuman Materi

Triage keperawatan adalah proses penentuan prioritas perawatan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Proses ini penting

terutama di unit gawat darurat (UGD) untuk memastikan bahwa pasien dengan kondisi paling kritis mendapatkan perawatan terlebih dahulu. Triage bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan memaksimalkan penggunaan sumber daya medis yang terbatas.

Tujuan Triage

1. Menjamin Perawatan yang Tepat Waktu: Memastikan pasien dengan kondisi kritis segera mendapatkan penanganan.
2. Mengoptimalkan Penggunaan Sumber Daya: Mengalokasikan tenaga medis dan peralatan secara efisien.
3. Mengurangi Waktu Tunggu: Mempercepat penanganan untuk menghindari komplikasi.
4. Mencegah Keterlambatan yang Berakibat Fatal: Mengutamakan pasien dengan risiko kematian yang tinggi.
5. Meningkatkan Kepuasan Pasien: Memberikan perawatan yang cepat dan tepat meningkatkan kepuasan pasien.

Langkah-langkah Triage:

1. Penilaian Awal: Evaluasi cepat terhadap kondisi pasien, termasuk pengamatan tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh).
2. Penilaian Gejala Utama: Identifikasi keluhan utama dan gejala penyerta untuk menentukan prioritas perawatan.
3. Pemeriksaan Fisik Singkat: Pemeriksaan terhadap kondisi fisik pasien, seperti pemeriksaan kepala, leher, dada, abdomen, dan ekstremitas.
4. Penilaian Tingkat Kesadaran: Menggunakan skala AVPU dan *Glasgow Coma Scale* (GCS) untuk menilai status neurologis pasien.

Klasifikasi Triage:

Pasien dikategorikan berdasarkan tingkat keparahan menggunakan sistem klasifikasi seperti:

1. **Triage Warna:** Merah (*Emergent*), Kuning (*Urgent*), Hijau (*Non-Urgent*), Hitam (*Expectant/Deceased*).
2. **Emergency Severity Index (ESI):** Level 1 (*Immediate*) hingga Level 5 (*Non-Urgent*).
3. **START Triage:** Digunakan dalam bencana, mengelompokkan pasien berdasarkan kemampuan mereka untuk berjalan dan kondisi fisik lainnya.

Pemberian Intervensi Awal

Langkah-langkah awal untuk menstabilkan kondisi pasien sebelum perawatan lebih lanjut, seperti pembukaan jalan napas, ventilasi, sirkulasi, kontrol perdarahan, penanganan nyeri, dan perawatan cedera atau luka.

Dokumentasi dalam Triage

Pencatatan informasi pasien dan tindakan medis yang dilakukan untuk memastikan perawatan yang aman, efisien, dan sesuai standar, serta memudahkan komunikasi antar tim kesehatan.

Komunikasi dan Koordinasi

Pentingnya komunikasi yang jelas dan koordinasi yang baik antara anggota tim kesehatan untuk memastikan proses triage berjalan lancar dan efektif, terutama dalam situasi darurat.

Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Pemantauan kondisi pasien secara berkelanjutan setelah penilaian awal, untuk mendeteksi perubahan kondisi yang memerlukan intervensi lebih lanjut.

Visualisasi Triage (Opsional)

Penggunaan alat visual seperti papan triage, kartu triage, atau sistem komputerisasi untuk mempermudah dan memperjelas proses triage, meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam penanganan pasien.

G. Glosarium

UGD	: Unit Gawat Darurat
ACEP	: <i>American College of Emergency Physicians</i>
DVT	: <i>Deep Vein Thrombosis</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
AVPU	: <i>Alert, Verbal Response, Painful Response and Unresponsive</i>
START	: <i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>
ESI	: <i>Emergency Severity Indeks</i>
BVM	: <i>Bag Valve Mask</i>
IV	: <i>Intravena</i>
EKG	: Elektrokardiografi

Daftar Pustaka

- American College of Emergency Physicians (ACEP). (2000). *Policy Statement: Emergency Department Triage*. ACEP.
- American College of Surgeons Committee on Trauma (2018). *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual*. American College of Surgeons
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 2nd edition
- Ball, J., & Cox, C. L. (2003). *Restoring patients to health: Nursing in context*. Routledge
- Benson, M., Koenig, K. L., & Schultz, C. H. (1996). Disaster triage: START, then SAVE—A new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. *Prehospital and Disaster Medicine*, 11(2), 117-124
<https://doi.org/10.1017/S1049023X0004276X>
- Brunette, J. L. (2012). The Use of Visual Tools in Emergency Department Triage. *Emergency Medicine Clinics of North America*
- Cowan, R. M., & Trzeciak, S. (2005). Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care*, 9 (3), 291-295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15987383/> DOI 10.1186/cc2981
- Fry, M., & Burr, G. (2001). Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Australia. *Accident and Emergency Nursing*, 9 (4), 227-234.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D. A., & Rosenau, A. M. (2012). Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Glickman, S. W., & Harrington, D. P. (2008). Effectiveness of Triage Systems: A Comprehensive Review. *Journal of Emergency Medicine*
- Henneman, E. A., & Henneman, P. L. (2011). The Triage System: A Review of the Literature. *Journal of Emergency Nursing*
- Hollingsworth, J. C., & Chisholm, C. D. (2008). Emergency department triage: An ethical analysis. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 26(4), 841-855. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199257/>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965230201902681?via%3Dihub>
- Huber, D. (2013). *Leadership and Nursing Care Management*. 5th edition. Elsevier Health Sciences.

- Iserson, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275-281
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17141139/>
- Kizer, K. W. (2001). Innovations in Emergency Department Triage. *Annals of Emergency Medicine*
- Konsil Keperawatan Darurat. (2008). *Triage in Emergency Medicine*. American College of Emergency Physicians
- Lynn-McHale, D. J., & Carlson, K. K. (2011). *AACN Procedure Manual for Critical Care*. Elsevier Health Sciences
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 9th edition. Wolters Kluwer
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing*. 9th edition. Elsevier Health Sciences.
- Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of Triage Systems. *Emergency Medicine Journal*.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81-84
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4136544/>
- Tintinalli, J. E., Stapczynski, J. S., Ma, O. J., Cline, D. M., & Meckler, G. D. (2015). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. McGraw-Hill Education
- Wuerz, R. C., Milne, L. W., Eitel, D. R., Travers, D., & Gilboy, N. (2000). Reliability and Validity of a New Five-Level Triage Instrument. *Academic Emergency Medicine*

BAB 5

PEMERIKSAAN FISIK PADA KONDISI KEGAWATDARURATAN

Pendahuluan

Pengantar Penulis: Hamdan Hariawan adalah dosen Keperawatan di Poltekkes Maluku. Penulis merupakan salah satu dosen keperawatan yang mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat. Selain itu penulis pernah menjadi salah satu instruktur BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*).

Tujuan Buku: Topik ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai tahapan dan hal penting yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan.

Sasaran Pembaca: Topik ini ditujukan pada Mahasiswa keperawatan dan Kesehatan lainnya.

Isi Buku: Topik ini berisi tentang Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan yang terdiri dari pemeriksaan fisik pada primary survey dan secondary survey.

Metode Pembelajaran: Topik ini berisi teks dan gambar yang dapat mempermudah pembaca dalam memahami isi materi pada topik ini.

Pendekatan Pembelajaran: Topik ini dapat diberikan dengan pendekatan ceramah dan praktik

Tujuan Intruksional:

Tujuan intruksional pada topik ini adalah mahasiswa mampu memahami pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan
2. Mampu memahami tahapan pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan
3. Mampu memahami tanda dan gejala normal maupun abnormal pada kondisi kegawatdaruratan

Uraian Materi

Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan merupakan rangkaian penilaian awal dan penatalaksanaan segera pada kondisi pasien dengan status gawatdarurat. Dalam system kegawatdaruratan terdapat beberapa akronim yang bisa digunakan sebagai tahapan dalam melakukan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan dapat dilakukan bersamaan dengan penilaian awal (initial assessment) dengan pendekatan D-R-S-A-B-C-D-E-F-G-H (Dangers – Respons – Search for help – Airway – Breathing – Circulation – Disability – Exposure – Foley catheter – Gastric tube – Heart monitor). Hal pertama kali yang harus dilakukan adalah memastikan pasien pada kondisi dan tempat yang aman. Kemudian memastikan respon pasien melalui pemeriksaan fisik dengan teknik AVPU (Alert – Verbal – Pain – Unresponsive).

Pemeriksaan fisik dengan teknik AVPU bertujuan mengetahui kesadaran awal pasien dalam kondisi gawatdarurat. Hal yang harus diperhatikan pada pemeriksaan kesadaran teknik AVPU antara lain :

1. Jika pasien gawatdarurat dalam kondisi sadar maka dikategorikan dengan Alert;
2. Verbal, artinya pasien menunjukkan respon setelah dipanggil namanya atau diberikan rangsangan verbal lainnya;
3. Pain, artinya pasien menunjukkan respon setelah diberikan rangsangan nyeri berupa penekanan di area trapezius atau supraorbital atau area rahang.
4. Unresponsive menunjukkan pasien tidak memberikan respon apapun atau pasien dalam kondisi tidak sadar.

A. Primary Survey

Primary Survey merupakan tahapan awal pengkajian pada kondisi kegawatdaruratan. Tahapan ini merupakan rangkaian pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan tujuan memastikan kondisi awal pasien dan mengidentifikasi tanda-tanda yang dapat mengancam nyawa pasien.

1. Airway

Langkah awal yang dilakukan adalah mengidentifikasi kepatenan jalan napas pasien (Airway) Langkah pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Airway adalah mengidentifikasi tanda-tanda cedera servikal dengan menginspeksi adanya cedera kepala atau wajah, adanya luka tumpul atau lebam di atas klavikula, adanya mengidentifikasi adanya multiple trauma.

Jika ditemukan salah satu dari tanda-tanda tersebut, maka Langkah selanjutnya yaitu memastikan kepatenan jalan napas dengan Teknik jaw thrust. Jika tidak ditemukan maka dapat menggunakan Teknik head tilt chin lift.

2. Breathing

Selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik pada system pernapasan (Breathing). Pemeriksaan fisik pada system pernapasan dapat dilakukan dengan pendekatan IAPP (Inspeksi – Auskultasi – Perkusi – Palpasi).

- a. Inspeksi: inspeksi dilakukan dengan memperhatikan ekspansi dinding dada. Selain itu juga memperhatikan apakah ekspansi dan bentuk dinding dada simetris apa tidak. Kemudian mengidentifikasi adanya luka atau jejas pada area dada.

Secara umum table berikut menunjukkan hal-hal yang perlu diinspeksi pada system pernapasan.

Table 5.1: Hal-Hal Yang Perlu Diinspeksi Pada System Pernapasan

Pemeriksaan	Tanda / Gejala
Umum	1. Aktivitas mental 2. Tingkat ansietas 3. Model berbicara a. Staccato b. Koheren c. Afasia d. Artikulasi e. Serak 4. Turgor kulit 5. Integritas kulit a. Jaringan perut b. Ruam c. Luka 6. Warna kulit a. Pucat b. Sianosis 7. Berat badan a. Obesitas b. Malnutrisi 8. Posisi tubuh a. Condong ke depan b. Lengan elevasi
Toraks	1. Kesimetrisan toraks 2. Posisi sternum 3. Diameter anterior-posterior kurang dari setengah 4. Transversal

	5. Frekuensi, irama, durasi pernapasan dan irama
	6. Penggunaan otot asesoris
	7. Keselarasan gerakan dada dan abdomen
	8. Kesejajaran spinal
	9. Pola vena superficial
Kepala dan leher	1. Pilek
	2. Bernapas menggunakan mulut
	3. Bernapas menggunakan mulut/hidung
	4. Penggunaan leher dan bahu
	5. Posisi trakea
Ekstremitas	1. Jari tabuh
	2. Edema
	3. Sianosis perifer

- b. Auskultasi: teknik auskultasi dilakukan untuk mendengarkan suara napas dengan alat bantu stetoskop. Hal yang harus diperhatikan adalah suara napas vesikuler, ronkhi atau wheezing. Kemudian apakah suara napas menurun apa tidak. Serta membandingkan suara paru-paru kanan dan kiri.
- c. Perkusi: perkusi dilakukan dengan memberikan ketukan pada jari yang diletakan di antara tulang iga (intercostae). Hal ini dilakukan untuk memastikan adanya udara atau darah di dalam paru-paru. Normal suara perkusi paru adalah sonor karena berisi udara, tetapi suara perkusi pada rongga paru yang berisi cairan akan redup. Sementara jika terdapat darah atau adanya massa makan akan terdengar suara pekak (dullness).
- d. Palpasi: palpasi dilakukan untuk memastikan adanya krepitasi apa tidak pada area dada. Jika terdapat krepitasi maka dapat mengindikasikan adanya fraktur tulang iga (os costae). Selain itu teknik palpasi juga dilakukan untuk mengidentifikasi apakah ada pergeseran trachea.

Hal yang dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik system pernapasan dalam kondisi kegawatdaruratan adalah:

- a. Open pneumothoraks jika terdapat jejas atau luka terbuka di area dada.
- b. Tension pneumothoraks jika ditemukan adanya peningkatan vena jugularis dan trachea bergeser atau terdorong ke arah sisi paru yang sehat.
- c. Hematothoraks jika ditemukan suara dullness pada pemeriksaan fisik dengan Teknik perkusi.

Hal yang penting untuk diperhatikan juga adalah saturasi oksigen (SpO₂) pasien. Hal ini dilakukan untuk menentukan kebutuhan oksigen yang harus diberikan kepada pasien.

3. Circulation

Berikutnya adalah melakukan pemeriksaan fisik pada system kardiovaskular (Circulation). Pemeriksaan fisik sirkulasi dapat dilakukan dengan mengidentifikasi nadi radialis (kualitas, kecepatan, dan keteraturan), akral (dingin atau hangat), dan capillary refill time (CRT) (> 2 detik atau < 2 detik). Kemudian mengidentifikasi adanya perdarahan dan tanda-tanda syok yang ditunjukkan melalui perubahan tanda-tanda vital.

Hal penting yang dilakukan adalah pemeriksaan PMS (Pulsasi, Motorik, dan Sensorik).

- a. Pemeriksaan pulsasi dapat dilakukan dengan palpasi pada nadi perifer pasien. Identifikasi kecepatan dan kedalaman pulsasi untuk mengetahui tanda-tanda syok.
- b. Pemeriksaan motorik dilakukan dengan meminta pasien menggerakkan masing-masing ekstremitas atas dan bawah
- c. Pemeriksaan sensorik dilakukan dengan memberikan sentuhan pada ujung ekstremitas pasien dan meminta respon apakah pasien merasakannya atau tidak.

4. Disability dan Pengkajian Status Neurologi

Pengkajian fisik pada tahapan ini bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda laterasi otak pada pasien gawat darurat. Pengkajian fisik yang dapat dilakukan berupa pemeriksaan pupil dan pemeriksaan kesadaran dengan Teknik GCS (*Glasgow Coma Scale*). Pemeriksaan pupil dilakukan dengan alat bantu penlight. Pada pemeriksaan pupil yang perlu diidentifikasi adalah ukuran dan bentuk pupil apakah isokor atau tidak, refleks pupil terhadap Cahaya dengan mengidentifikasi apakah terjadi miosis atau midriasis. Miosis menunjukkan pupil akan mengecil jika diberikan Cahaya, sementara midriasis menggambarkan pupil akan membesar jika diberikan rangsangan Cahaya.

Pemeriksaan kesadaran dengan Teknik GCS meliputi pemeriksaan respon EVM (Eye, Verbal, dan Motoric).

Table 5.2: Pemeriksaan kesadaran dengan Teknik GCS meliputi pemeriksaan respon EVM

Komponen	Skor	Tanda / Gejala
Mata (Eye)	4	Mata terbuka spontan tanpa perintah atau sentuhan
	3	mata terbuka Ketika mendengar suara dan mampu mengikuti perintah untuk membuka mata
	2	mata terbuka setelah diberikan rangsangan nyeri
	1	mata tidak terbuka meskipun telah diberikan rangsangan lainnya seperti rangsangan Cahaya dan lain-lain
Suara (Vebal)	5	pasien mampu berkomunikasi dan dan menjawab dengan baik pertanyaan lawan bicara
	4	pasien mampu menjawab pertanyaan, tapi masih tampak kebingungan dan percakapan tidak lancar
	3	pasien hanya mampu mengeluarkan kata-kata tanpa kalimat yang jelas
	2	pasien hanya mampu mengeluarkan rintihan saja tanpa kata-kata
	1	pasien tidak mampu mengeluarkan sedikitpun suara meski sudah diberikan rangsangan nyeri
Motorik	6	mampu menggerakkan tubuh sesuai dengan perintah
	5	mampu menggerakkan tubuh ke lokasi yang diberikan rangsangan nyeri
	4	mampu menggerakkan tubuh dengan menjauhi sumber nyeri seperti menarik tangan Ketika diberikan rangsangan nyeri dengan cubitan
	3	hanya mampu melakukan Gerakan fleksi Ketika diberikan rangsangan nyeri
	2	hanya mampu melakukan gerakan ekstensi ketika diberikan rangsangan nyeri
	1	tidak mampu melakukan Gerakan sama sekali meskipun sudah diberikan rangsangan

Nilai total GCS ditentukan berdasarkan total nilai pada pemeriksaan EVM dan diklasifikasi menjadi :

Table 5.3: Nilai total GCS

Skor	Kesadaran
------	-----------

15	Compo's mentis
14	Apatis
12 - 13	Somnolen
9 - 11	Sopor
3 - 8	Coma

5. Exposure

Pemeriksaan fisik pada tahapan ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya cedera pada seluruh permukaan tubuh. Caranya adalah dengan membuka pakaian pasien dan menggunakan Teknik logroll untuk mengidentifikasi adanya luka atau jejas di bagian belakang tubuh. Pemeriksaan fisik dengan Teknik logroll dilakukan jika pasien dicurigai mengalami cedera servikal.

6. Folley Catheter dan Gastric Tube

Pemeriksaan fisik pada tahapan ini dilakukan dengan mengidentifikasi adanya kontraindikasi pemasangan folley catheter dan gastric tube pada pasien. Jika ditemukan cedera maupun luka atau jejas pada area dekat dengan saluran kemih serta adanya perdarahan di hidung, maka pemasangan folley catheter dan/ atau gastric tube tidak dapat dilakukan.

7. Heart Monitor

Pemeriksaan fisik pada tahapan ini dilakukan dengan alat bantu monitor jantung. Sehingga dapat dilakukan pemantauan berkala terhadap frekuensi napas, saturasi oksigen, nadi, dan tanda vital lainnya seperti tekanan darah dan suhu tubuh pasien.

B. Secondary Survey

Secondary survey pada kondisi kegawatdaruratan perlu dilakukan untuk mengidentifikasi tanda dan gejala lainnya yang belum ditemukan di primary survey. Pada secondary survey pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan head to toe dari ujung kepala hingga ujung kaki bertujuan untuk mengidentifikasi Tindakan yang telah diberikan pada hasil yang ditemukan saat primary survey. Selain itu untuk mengidentifikasi adanya jejas atau luka di bagian tubuh pasien yang belum dilakukan pemeriksaan.

Selain pemeriksaan fisik, perlu juga dilakukan pemeriksaan lainnya seperti pemeriksaan Riwayat pasien. Pemeriksaan Riwayat pasien pada kondisi kegawatdaruratan dapat dilakukan dengan bantuan akronim KOMPAK dan AIUEO.

Pemeriksaan Riwayat pasien dengan akronim KOMPAK meliputi:

Table: 5.4: Pemeriksaan Riwayat pasien dengan akronim KOMPAK

K	Keluhan, meliputi tanda dan gejala. Keluhan utama pasien
O	Obat, meliputi obat-obatan yang dikonsumsi pasien.
M	Makanan, meliputi jenis makanan yang dikonsumsi pasien dan waktu.
P	Penyakit, meliputi riwayat penyakit yang diderita.
A	Alergi, meliputi alergi yang dimiliki pasien.
K	Kejadian, meliputi mekanisme kejadian.

Sementara pemeriksaan AIUEO meliputi:

Table 5.5: Pemeriksaan AIUEO

A	Alkohol, meliputi Riwayat konsumsi alkohol
I	Insulin, penggunaan insulin dan diabetes
U	Uremia, gangguan ginjal
E	Epilepsi
O	Overdosis

C. Latihan

1. Seorang laki-laki 36 tahun dibawa ke UGD karena kecelakaan lalu lintas dalam kondisi tidak sadar. Pada pasien tampak terdapat luka di area kepala dan ekstremitas bawah. Sebutkan tahapan pemeriksaan fisik yang dilakukan dan jelaskan kemungkinan tanda dan gejala lain yang dapat ditemukan pada pasien tersebut !
2. Seorang laki-laki 40 tahun dibawa ke UGD pasca kecelakaan lalu lintas. Pasien mengeluh kesakitan dan tampak jejas pada dada sebelah kiri disertai perdarahan pada ekstremitas bawah. Sebutkan jenis pemeriksaan fisik yang harus dilakukan dan jelaskan kemungkinan tanda dan gejala lain yang dapat ditemukan pada pasien tersebut !
3. Seorang laki-laki 45 tahun dibawa ke UGD dengan multiple trauma. Saat ini sudah terpasang bebat bidai di area ekstremitas karena adanya perdarahan dan fraktur. Sebutkan tahapan pemeriksaan fisik yang dilakukan dan jelaskan kemungkinan tanda dan gejala lain yang dapat ditemukan pada pasien tersebut !

D. Rangkuman Materi

Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan merupakan bagian dari initial assessment yang bertujuan untuk melakukan penilaian awal dan penanganan segera pada pasien gawat darurat. Secara umum pemeriksaan fisik dilakukan dengan Teknik inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi.

Hal-hal yang perlu diinspeksi pada kondisi kegawatdaruratan adalah kepatenan jalan napas, tanda-tanda cidera servikal yang meliputi jejas di area kepala dan adanya multiple trauma, ekspansi paru melalui Gerakan dinding dada, dan mengidentifikasi adanya perdarahan. Auskultasi dilakukan untuk mengidentifikasi suara napas dan suara jantung tambahan. Suara napas yang abnormal seperti ronkhi dan wheezing menunjukkan adanya secret dan cairan dalam paru-paru. Perkusi dilakukan untuk memvalidasi apakah ada penumpukan udara, cairan atau darah dalam paru-paru. Sementara palpasi dilakukan untuk mengidentifikasi adanya krepitasi yang dapat menunjukkan adanya fraktur costae.

Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan juga dilakukan dengan pemeriksaan neurologi dan respon pupil. Pemeriksaan neurologi dilakukan dengan Teknik AVPU dan menghitung skor GCS.

E. Glosarium

AVPU	: <i>Alert Verbal Pain Unresponsive</i>
EVM	: <i>Eye Verbal Motoric</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IAPP	: Inspeksi Auskultasi Perkusi Palpasi
PMS	: Pulsasi Motorik Sensorik
UGD	: Unit Gawat Darurat

Daftar Pustaka

- Hidayati, NA., Akbar, MIA., & Rosyid, AN. (2018). Gawat Darurat Medis dan Bedah. Airlangga University Press: Surabaya
- Mardalena, Ida. (2021). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. PT Pustaka Baru: Yogyakarta.
- Kemenkes RI. (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kemenkes RI: Jakarta
- Restiani, D., Jundapri, K., & Susyanti, D. (2023). Kegawatdaruratan Primary dan Secondary Survey pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Pub Health Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2(1). 30-47.
<https://doi.org/10.56211/pubhealth.v2i1.322>

BAB 6

PRINSIP TRIAGE

Pendahuluan

Triage diambil dari bahasa Perancis yaitu Trier yang artinya mengelompokkan atau memilih. Jadi triage adalah pengelompokan pasien berdasarkan berat atau tidaknya penyakit pasien, tingkat harapan hidup, tingkat keberhasilan yang ingin diraih sesuai dengan standar pelayanan UGD.

Triage dilakukan dengan cepat untuk menentukan pasien yang perlu ditangani segera dan pasien yang dapat menunggu untuk memberi arah dalam penanganan pasien berdasarkan prioritas. Prinsip triage umumnya diterapkan di UGD, walaupun kadang-kadang membuat pelayanan terasa lambat, tapi bertujuan meningkatkan keberhasilan penanganan pasien. Triage mengharuskan UGD untuk mengelompokkan pasien berdasarkan berat ringannya kasus, harapan hidup dan tingkat keberhasilan yang akan dicapai sesuai dengan standar pelayanan UGD yang dimiliki Permenkes no 47, 2018). Inilah yang kadang membuat layanan di UGD terasa lambat. Pelaksanaan triage membutuhkan keterampilan penilaian klinis yang sangat tinggi, dan dasar pengetahuan yang relevan untuk membedakan keluhan yang tidak mendesak dari kondisi yang mengancam jiwa di lingkungan pekerjaan sibuk dan membuat stres. Sikap dan keterampilan petugas kesehatan IGD sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilahan saat triage sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah. Semakin baik pengetahuan perawat tentang triage maka sikap perawat tentang triage juga semakin baik (Kholiq., 2018).

Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari materi ini, diharapkan pembelajar mampu memahami prinsip Triage dalam pelayanan gawat darurat.

Capaian Pembelajaran:

Mampu menjelaskan:

1. Pengertian Triage
2. Prinsip triage
3. Peran perawat dalam penerapan prinsip triage

Uraian Materi

A. Triage

Kata "Triage" berasal dari bahasa Perancis yaitu "Trier" yang artinya mengelompokkan atau memilih. Jadi triage adalah pengelompokan pasien berdasarkan berat atau tidaknya penyakit pasien, tingkat harapan hidup, tingkat keberhasilan yang ingin diraih sesuai dengan standar pelayanan UGD.

Triage adalah proses penentuan prioritas perawatan medis bagi pasien yang membutuhkan perawatan segera, terutama dalam situasi dengan sumber daya yang terbatas, seperti bencana alam, kecelakaan massal, atau situasi darurat lainnya. Konsep ini digunakan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa dengan memprioritaskan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Tujuan utama triage adalah memastikan bahwa mereka yang paling membutuhkan perawatan segera akan mendapatkannya terlebih dahulu, sementara pasien lain yang kondisinya tidak mendesak dapat menunggu atau diberikan perawatan lanjutan.

B. Triage dalam Berbagai Situasi

1. Triage di Rumah Sakit

Di rumah sakit, triage biasanya dilakukan di bagian gawat darurat atau unit trauma untuk menentukan pasien mana yang harus segera mendapatkan perawatan medis. Triage di rumah sakit dilakukan oleh perawat terlatih atau dokter yang melakukan penilaian cepat terhadap kondisi pasien saat mereka tiba. Sistem ini memungkinkan staf medis untuk mengelola pasien yang datang dalam berbagai tingkat keparahan, dari luka ringan hingga kondisi yang mengancam nyawa.

Proses ini dilakukan dengan mengevaluasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, detak jantung, tingkat pernapasan, dan status mental pasien. Berdasarkan evaluasi ini, pasien dapat dikategorikan ke dalam beberapa tingkat prioritas, misalnya "kritis", "serius tapi stabil", atau "ringan".

2. Triage di Lapangan (Pre-Hospital)

Dalam situasi di luar rumah sakit, seperti kecelakaan massal atau bencana alam, triage dilakukan di tempat kejadian oleh tim penyelamat atau paramedis yang pertama kali tiba. Triage lapangan dilakukan untuk memutuskan siapa yang harus dievakuasi atau dirawat terlebih dahulu.

Pasien diidentifikasi dengan kode warna atau tag triage (biasanya merah, kuning, hijau, dan hitam) yang menunjukkan tingkat prioritas perawatan.

3. Triage dalam Bencana

Dalam bencana berskala besar, seperti gempa bumi, banjir, atau serangan teroris, jumlah korban yang membutuhkan perawatan sering kali jauh melebihi kapasitas sistem kesehatan yang tersedia. Triage dalam bencana melibatkan pengambilan keputusan cepat untuk menyaring pasien berdasarkan kemungkinan kelangsungan hidup dan kebutuhan perawatan segera. Prinsip dasar dalam konteks ini adalah mengutamakan pasien yang masih memiliki kemungkinan besar untuk selamat jika mendapat perawatan medis.

4. Triage di Militer

Konsep triage juga sangat penting dalam konteks militer, terutama selama pertempuran atau operasi militer di mana banyak tentara terluka dalam waktu singkat. Dalam medan perang, dokter militer harus cepat menilai kondisi tentara yang terluka dan memberikan perawatan pertama bagi mereka yang paling mungkin diselamatkan. Dalam hal ini, triage dilakukan untuk meminimalkan jumlah korban yang jatuh dengan menyelamatkan tentara yang masih dapat kembali berfungsi atau melanjutkan tugas setelah dirawat.

C. Sejarah Triage

Sejarah triage mencakup perkembangan konsep, sistem, dan praktik yang digunakan dalam situasi medis darurat untuk mengelola pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Triage memiliki akar dalam konteks militer, tetapi kemudian diadopsi secara luas oleh sistem perawatan kesehatan sipil di seluruh dunia. Pada bagian ini, kita akan membahas perkembangan historis triage dari era peperangan hingga penerapannya dalam sistem medis modern, serta evolusi prinsip-prinsip dan metodologi triage.

1. Awal Mula Triage di Medan Perang

Triage modern berawal dari praktik medis militer, di mana dokter harus menangani sejumlah besar tentara yang terluka di medan perang dengan sumber daya yang sangat terbatas. Salah satu tokoh penting dalam pengembangan konsep triage adalah **Baron Dominique Jean Larrey**, seorang dokter bedah Prancis yang melayani di bawah komando Napoleon Bonaparte selama **Perang Napoleon** (1803-1815).

Larrey adalah pelopor dalam memperkenalkan sistem untuk memprioritaskan perawatan bagi tentara yang terluka berdasarkan tingkat keparahan luka mereka, bukan berdasarkan pangkat atau status mereka di militer. Pendekatan ini merupakan langkah revolusioner pada masanya, mengingat praktik sebelumnya sering kali memprioritaskan perwira tinggi dibandingkan dengan prajurit biasa. Sistem Larrey menggunakan **"ambulans terbang"** (ambulance volante), yaitu unit medis bergerak yang dirancang untuk mengevakuasi tentara yang terluka dari medan perang ke pos medis untuk perawatan lebih lanjut.

Larrey berpendapat bahwa perawatan harus segera diberikan kepada mereka yang membutuhkan, tanpa memandang pangkat atau status sosial. Inovasi ini terbukti efektif dalam menyelamatkan nyawa dan meningkatkan hasil bagi tentara yang terluka. Sistem ini juga menekankan pentingnya pengobatan segera, yang menjadi prinsip dasar dalam triage modern: **mengutamakan mereka yang masih memiliki peluang besar untuk bertahan hidup jika segera ditangani.**

2. Perang Dunia I dan II: Pengembangan Triage Medis Militer

Perang Dunia I (1914-1918) dan Perang Dunia II (1939-1945) membawa triage ke skala yang lebih besar dan menantang tenaga medis dengan jumlah korban yang belum pernah terjadi sebelumnya. Dalam konteks ini, triage menjadi sangat penting, karena rumah sakit militer harus menangani puluhan ribu tentara yang terluka, sering kali di bawah kondisi yang sangat sulit dan dengan sumber daya yang terbatas. Selama **Perang Dunia I**, sistem triage menjadi lebih sistematis. Tentara yang terluka diklasifikasikan ke dalam tiga kategori utama:

- a. **Mereka yang tidak mungkin bertahan hidup, terlepas dari perawatan medis.**
- b. **Mereka yang membutuhkan perawatan segera dan memiliki peluang besar untuk bertahan hidup jika segera ditangani.**
- c. **Mereka yang dapat menunggu tanpa risiko yang signifikan.**

Kategori-kategori ini digunakan untuk memandu pengalokasian sumber daya medis yang sangat terbatas, seperti dokter bedah, obat-obatan, dan peralatan bedah. Dengan adanya pengembangan teknologi dan metode perawatan selama perang, triage menjadi semakin kompleks dan efektif.

Selama **Perang Dunia II**, triage terus berkembang dan diterapkan secara lebih luas di berbagai medan pertempuran. Rumah sakit lapangan dan unit triage dirancang untuk memprioritaskan tentara berdasarkan kondisi medis mereka. Triage lapangan yang lebih terorganisir juga diimplementasikan, di mana dokter medis segera melakukan penilaian di garis depan untuk menentukan siapa yang harus dipindahkan ke fasilitas medis lebih lanjut. Ini juga merupakan masa ketika **medevac (medical evacuation)** atau evakuasi medis menggunakan pesawat udara mulai berkembang, mempercepat proses triage dan transportasi pasien kritis.

3. Perkembangan Triage dalam Sistem Kesehatan Sipil

Setelah Perang Dunia II, konsep triage mulai diadopsi oleh sistem perawatan kesehatan sipil, terutama di bagian gawat darurat (emergency department) di rumah sakit. Seiring dengan meningkatnya frekuensi kecelakaan lalu lintas dan insiden massal lainnya di era pasca-perang, konsep triage menjadi semakin relevan dalam konteks non-militer.

Pada awalnya, triage di rumah sakit dilakukan secara sederhana, dengan tenaga medis membuat keputusan cepat tentang siapa yang harus menerima perawatan berdasarkan penilaian klinis mereka. Seiring waktu, muncul sistem-sistem triage yang lebih terstruktur di berbagai negara untuk memastikan bahwa prioritas penanganan pasien dilakukan dengan standar yang konsisten dan transparan.

Salah satu tonggak penting dalam pengembangan triage di lingkungan sipil adalah pengenalan **Manchester Triage System (MTS)** di Inggris pada tahun 1997. Sistem ini menggunakan pendekatan algoritmik untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka dan menetapkan waktu maksimum yang dapat ditunggu untuk mendapatkan perawatan. MTS digunakan secara luas di seluruh Eropa dan banyak negara lain, menjadi standar dalam triage darurat.

4. Triage dalam Situasi Bencana dan Kecelakaan Massal

Sejarah triage juga terkait erat dengan respons terhadap bencana alam dan kecelakaan massal. Pada abad ke-20 dan 21, triage diterapkan dalam banyak situasi bencana, termasuk **gempa bumi, tsunami, kebakaran hutan, dan serangan teroris**. Dalam situasi ini, tim medis yang pertama kali tiba di lokasi harus cepat menilai kondisi korban dan memutuskan siapa yang harus dievakuasi atau dirawat terlebih dahulu.

Sistem triage yang lebih canggih dikembangkan untuk situasi bencana besar, seperti **Sistem Triage START (Simple Triage and Rapid Treatment)** yang diciptakan di California, Amerika Serikat pada tahun 1983. START adalah salah satu sistem triage yang paling sederhana dan efektif, memungkinkan penilaian cepat terhadap pasien dengan fokus pada tiga indikator utama: **pernapasan, sirkulasi, dan status mental**. Pasien kemudian diklasifikasikan berdasarkan warna: merah untuk pasien kritis, kuning untuk cedera serius tapi tidak mengancam nyawa langsung, hijau untuk cedera ringan, dan hitam untuk pasien yang sudah meninggal atau yang tidak mungkin diselamatkan.

Triage bencana terus mengalami perkembangan, terutama setelah **serangan teroris 9/11 di Amerika Serikat** dan **tsunami Samudera Hindia tahun 2004**. Sistem triage global semakin terintegrasi, dengan fokus pada koordinasi internasional dan pelatihan lintas negara untuk menghadapi situasi darurat besar.

5. Pengaruh Pandemi terhadap Triage

Salah satu momen penting dalam sejarah triage modern adalah pandemi **COVID-19** yang dimulai pada tahun 2019. Pandemi ini menempatkan tekanan luar biasa pada sistem kesehatan global, dan triage menjadi alat yang sangat penting untuk mengelola pasien di rumah sakit yang penuh sesak.

Selama pandemi, banyak rumah sakit di seluruh dunia menghadapi kekurangan tempat tidur ICU, ventilator, dan tenaga medis, memaksa mereka untuk menggunakan triage ketat untuk menentukan siapa yang harus mendapatkan perawatan kritis. Dalam konteks ini, triage tidak hanya digunakan untuk mengelola kasus gawat darurat, tetapi juga untuk memutuskan siapa yang akan menerima perawatan intensif, seperti penggunaan ventilator. Kondisi ini menimbulkan dilema etika yang kompleks, terutama di negara-negara yang sistem kesehatannya sangat terbatas.

Pandemi COVID-19 juga memicu perkembangan sistem **teletriage**, di mana pasien dinilai dan diprioritaskan dari jarak jauh menggunakan teknologi telemedicine. Ini adalah inovasi baru dalam triage yang memungkinkan pengelolaan sumber daya secara lebih efektif dalam situasi di mana pasien tidak dapat segera datang ke rumah sakit.

6. Perkembangan Teknologi dalam Triage

Pada abad ke-21, teknologi telah memainkan peran yang semakin penting dalam evolusi triage. Alat-alat medis canggih, seperti monitor vital portable, drone medis, dan perangkat telemedicine, telah meningkatkan kemampuan tim medis dalam melakukan triage dengan cepat dan akurat. Salah satu perkembangan terbaru adalah penggunaan **kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence/AI*)** dalam triage. AI dapat menganalisis data pasien dengan cepat dan memberikan rekomendasi prioritas berdasarkan algoritma yang telah dikembangkan dari ribuan kasus serupa. Beberapa rumah sakit besar kini mulai menggunakan AI untuk membantu tenaga medis dalam mengambil keputusan triage yang lebih cepat dan tepat.

D. Tujuan Triage

Tujuan utama dari triage adalah untuk memaksimalkan efisiensi dalam memberikan perawatan medis, terutama di bawah kondisi darurat di mana waktu adalah faktor penting, dan sumber daya terbatas. Dengan memilah pasien berdasarkan tingkat urgensi kondisi mereka, sistem triage memastikan bahwa sumber daya seperti tenaga medis, ruang rawat, dan peralatan digunakan dengan sebaik mungkin.

Selain itu, triage memungkinkan penanganan situasi darurat yang lebih terorganisir, di mana setiap pasien ditangani sesuai dengan tingkat keparahan kondisi mereka. Dalam konteks bencana besar, triage juga membantu tenaga medis dalam membuat keputusan sulit mengenai siapa yang harus diprioritaskan ketika sumber daya benar-benar terbatas.

E. Prinsip Dasar Triage

Terdapat beberapa prinsip dasar dalam triage, di antaranya:

- **Mengutamakan nyawa:** Pasien yang memiliki peluang terbesar untuk selamat dengan intervensi medis segera akan diprioritaskan.
- **Maksimalisasi sumber daya:** Karena terbatasnya sumber daya dalam situasi darurat, sistem triage berusaha menggunakan sumber daya secara optimal agar dapat memberikan dampak positif terbesar.
- **Proses dinamis:** Triage bukanlah keputusan yang sekali jadi, melainkan keputusan yang dinamis yang dapat berubah sesuai dengan perkembangan kondisi pasien.

F. Jenis Triage

Secara umum, ada beberapa jenis triage yang sering digunakan, antara lain:

1. Triage Pra-Rumah Sakit (Triage Lapangan)

Jenis triage ini dilakukan di tempat kejadian bencana atau kecelakaan sebelum pasien dipindahkan ke fasilitas medis. Petugas darurat menentukan prioritas perawatan dan evakuasi berdasarkan tingkat keparahan cedera. Kategori ini sering menggunakan sistem kode warna, seperti:

Merah: Pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa dan membutuhkan intervensi medis segera.

Kuning: Pasien dengan cedera serius namun tidak mengancam nyawa secara langsung. Mereka bisa menunggu beberapa waktu untuk mendapatkan perawatan.

Hijau: Pasien dengan luka ringan yang dapat ditunda perawatannya atau dapat berjalan sendiri.

Hitam: Pasien yang tidak memiliki harapan untuk bertahan hidup, atau sudah meninggal.

2. Triage Rumah Sakit

Setibanya di rumah sakit, pasien menjalani triage lagi. Di sini, tenaga medis akan melakukan penilaian lebih lanjut menggunakan alat-alat medis yang lebih canggih untuk menentukan tindakan yang diperlukan. Kategori-kategori triage di rumah sakit biasanya lebih detail dibandingkan di lapangan, dan sering kali mencakup beberapa tingkat prioritas.

3. Triage Bencana

Dalam situasi bencana besar dengan jumlah korban yang sangat banyak, sistem triage khusus diperlukan. Pendekatan ini melibatkan penggunaan kriteria tertentu untuk memprioritaskan pasien dalam skala yang lebih besar, sering kali mencakup faktor seperti usia, jenis cedera, dan peluang pemulihan.

G. Sistem Triage yang digunakan di Berbagai Negara

Sistem triage yang digunakan di berbagai negara bervariasi, tergantung pada kebutuhan kesehatan, ketersediaan sumber daya, serta jenis insiden yang paling sering terjadi. Meskipun prinsip dasar triage hampir sama, yaitu memprioritaskan pasien yang membutuhkan perawatan darurat, setiap negara mengadopsi sistem yang sedikit berbeda berdasarkan kondisi lokal mereka. Beberapa sistem triage yang paling umum dan terkenal adalah START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), *Manchester Triage System*, dan

Australasian Triage Scale, tetapi banyak negara juga memiliki sistem triage yang dikembangkan secara khusus sesuai dengan kebutuhan mereka.

1. **Sistem START (Simple Triage and Rapid Treatment) - Amerika Serikat**

Sistem START dikembangkan pada tahun 1983 di California oleh Newport Beach Fire Department dan Hoag Hospital. Sistem ini digunakan secara luas di Amerika Serikat, terutama dalam situasi bencana dan kecelakaan massal. START dirancang untuk menjadi cepat dan sederhana sehingga bisa diterapkan dengan mudah oleh petugas pertama yang tiba di tempat kejadian, bahkan oleh mereka yang mungkin tidak memiliki latar belakang medis yang mendalam.

Prinsip dasar START adalah untuk mengklasifikasikan pasien dalam hitungan menit berdasarkan tiga parameter utama:

- a. **Respirasi (pernapasan):** Apakah pasien bernafas, dan jika ya, apakah frekuensi pernapasannya normal.
- b. **Perfusi (sirkulasi darah):** Bagaimana kondisi sirkulasi darah pasien, misalnya apakah ada tanda-tanda syok atau perdarahan berat.
- c. **Status mental:** Apakah pasien bisa mengikuti perintah sederhana, menunjukkan tingkat kesadaran.

Berdasarkan penilaian ini, pasien dibagi ke dalam empat kategori menggunakan **kode warna**:

- a. **Merah (*Immediate*):** Pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa yang membutuhkan perawatan segera untuk menyelamatkan nyawa.
- b. **Kuning (*Delayed*):** Pasien dengan cedera serius tetapi tidak mengancam nyawa langsung. Mereka bisa menunggu beberapa saat untuk mendapatkan perawatan.
- c. **Hijau (*Minor*):** Pasien dengan cedera ringan yang bisa menunggu atau bahkan mampu berjalan.
- d. **Hitam (*Expectant/Deceased*):** Pasien yang sudah meninggal atau memiliki luka yang begitu parah sehingga peluang bertahan hidup sangat kecil, bahkan dengan perawatan.

Sistem START digunakan secara luas di seluruh Amerika Serikat untuk mengelola korban dalam situasi seperti bencana alam, kecelakaan lalu lintas besar, atau insiden massal lainnya.

2. **Manchester Triage System (MTS) - Inggris dan Eropa**

Manchester Triage System (MTS) dikembangkan di Inggris pada tahun 1997 dan menjadi salah satu sistem triage yang paling banyak digunakan

di Eropa, termasuk di Inggris, Portugal, Belanda, dan negara-negara lain. Sistem ini diterapkan di bagian gawat darurat rumah sakit untuk mengelola pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka, dan juga untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan medis dalam waktu yang sesuai dengan kondisi mereka.

MTS menggunakan algoritma berbasis keluhan pasien yang mengarahkan penilaian klinis tenaga medis. Pasien yang tiba di rumah sakit dievaluasi dan diklasifikasikan berdasarkan lima kategori prioritas, dengan setiap kategori menentukan waktu maksimum yang dapat ditunggu sebelum perawatan dimulai:

- a. **Kondisi mengancam nyawa (Emergent - Red):** Pasien harus segera ditangani tanpa penundaan.
- b. **Kondisi sangat serius (Very Urgent - Orange):** Pasien harus dirawat dalam waktu 10 menit.
- c. **Kondisi serius (Urgent - Yellow):** Pasien harus dirawat dalam waktu 30 menit.
- d. **Kondisi sedang (Standard - Green):** Pasien harus dirawat dalam waktu 60 menit.
- e. **Kondisi ringan (Non-urgent - Blue):** Pasien dapat menunggu hingga 120 menit atau lebih.

Sistem ini memastikan bahwa pasien dengan keluhan paling serius ditangani lebih dahulu, sementara pasien dengan kondisi yang tidak mendesak dapat menunggu lebih lama. Sistem ini juga menggunakan pendekatan berbasis algoritma yang memudahkan penentuan kategori prioritas berdasarkan gejala yang dilaporkan oleh pasien, seperti nyeri dada, sesak napas, atau trauma.

3. *Australasian Triage Scale (ATS)* - Australia dan Selandia Baru

Australasian Triage Scale (ATS) adalah sistem triage yang digunakan di Australia dan Selandia Baru, terutama di bagian gawat darurat rumah sakit. ATS memiliki lima tingkat prioritas yang mengindikasikan seberapa cepat pasien perlu dirawat berdasarkan kondisi klinis mereka.

Klasifikasi ATS adalah sebagai berikut:

- a. **Tingkat 1 (Resusitasi):** Pasien membutuhkan perawatan segera. Ini mencakup kondisi yang mengancam nyawa seperti henti jantung atau perdarahan hebat. Waktu tunggu: **segera (0 menit)**.

- b. **Tingkat 2 (Emergensi):** Pasien berada dalam kondisi kritis tetapi tidak langsung mengancam nyawa. Ini mencakup serangan jantung atau cedera kepala berat. Waktu tunggu: **dalam 10 menit.**
- c. **Tingkat 3 (Urgensi tinggi):** Pasien membutuhkan perhatian medis dalam waktu cepat, seperti pada pasien dengan nyeri berat atau trauma sedang. Waktu tunggu: **dalam 30 menit.**
- d. **Tingkat 4 (Urgensi sedang):** Pasien dengan kondisi yang tidak mengancam nyawa tetapi membutuhkan perawatan, seperti infeksi saluran pernapasan atau luka ringan. Waktu tunggu: **dalam 60 menit.**
- e. **Tingkat 5 (Tidak Urgen):** Pasien dengan kondisi yang tidak memerlukan perhatian medis segera, seperti luka ringan atau keluhan yang sudah berlangsung lama. Waktu tunggu: **dalam 120 menit.**

Sistem ATS sangat serupa dengan Manchester Triage System, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien di Australia dan Selandia Baru. ATS juga digunakan untuk mengukur kinerja layanan gawat darurat, memastikan bahwa pasien menerima perawatan dalam waktu yang sesuai dengan tingkat keparahan mereka.

4. *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* - Kanada

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) adalah sistem triage yang dikembangkan oleh **Canadian Association of Emergency Physicians** dan diterapkan secara luas di rumah sakit di Kanada. CTAS memiliki lima tingkat yang mirip dengan ATS, dan bertujuan untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat urgensi kondisi mereka serta menentukan waktu tunggu yang tepat.

Kelima tingkat dalam CTAS adalah:

- a. **Resusitasi (Tingkat 1):** Pasien membutuhkan perawatan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kematian.
- b. **Emergensi (Tingkat 2):** Pasien dalam kondisi serius yang memerlukan perawatan dalam waktu 15 menit.
- c. **Urgensi tinggi (Tingkat 3):** Pasien dengan kondisi yang memerlukan perawatan dalam waktu 30 menit.
- d. **Urgensi sedang (Tingkat 4):** Pasien dengan kondisi yang memerlukan perawatan dalam waktu 60 menit.
- e. **Tidak urgensi (Tingkat 5):** Pasien dengan kondisi yang bisa menunggu lebih lama untuk mendapatkan perawatan, misalnya cedera ringan atau penyakit kronis yang tidak akut.

CTAS juga digunakan untuk melatih petugas gawat darurat agar dapat menentukan prioritas perawatan pasien dengan cepat, serta mengukur dan mengevaluasi performa layanan gawat darurat di rumah sakit.

5. *SALT Triage (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport)* - Global

Sistem SALT (*Sort, Assess, Life-saving interventions, Treatment/Transport*) adalah sistem triage yang dikembangkan oleh **National Association of State EMS Officials** di Amerika Serikat dan diterapkan secara global dalam situasi bencana dan insiden massal. SALT dirancang untuk menjadi lebih fleksibel dan universal dibandingkan sistem lain, serta dapat diterapkan oleh berbagai jenis petugas, baik medis maupun non-medis.

Proses SALT terdiri dari empat langkah:

- a. **Sortir**: Menyortir pasien ke dalam kelompok berdasarkan kebutuhan langsung mereka.
- b. **Penilaian (Assessment)**: Menilai kondisi setiap pasien berdasarkan pernapasan, sirkulasi, dan status mental.
- c. **Intervensi penyelamatan nyawa (Lifesaving Interventions)**: Melakukan intervensi dasar yang dapat menyelamatkan nyawa di lapangan, seperti membuka saluran napas atau menghentikan perdarahan.
- d. **Pengobatan dan Transportasi (Treatment/Transport)**: Memutuskan pasien mana yang akan dirawat lebih lanjut dan siapa yang akan diangkut terlebih dahulu ke fasilitas medis.

Sistem SALT menggunakan kode warna yang mirip dengan START, tetapi lebih terfokus pada penilaian menyeluruh dan intervensi yang lebih komprehensif.

6. *METTAG (Military Triage System)* - Sistem Triage Militer

Di banyak negara, sistem triage militer dikenal dengan nama **METTAG** atau **Military Emergency Triage Tagging**. Sistem ini digunakan dalam medan perang atau operasi militer untuk menilai kondisi tentara yang terluka dan memutuskan siapa yang harus mendapatkan perawatan terlebih dahulu. Sistem ini mirip dengan sistem triage sipil, tetapi lebih terfokus pada kebutuhan militer yang sering kali melibatkan keputusan cepat dan kondisi yang lebih ekstrem.

H. Pelaksanaan Triage di Rumah Sakit

Triage di rumah sakit merupakan salah satu komponen kunci dalam manajemen gawat darurat. Pelaksanaan triage di rumah sakit bertujuan untuk memastikan bahwa pasien yang datang dengan kondisi darurat mendapatkan perawatan secepat mungkin berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka. Proses triage di rumah sakit biasanya dilakukan di **Unit Gawat Darurat (UGD)**, dimana pasien yang datang langsung dinilai oleh tenaga medis terlatih, seperti perawat triage atau dokter darurat, untuk menentukan prioritas perawatan mereka.

Pelaksanaan triage di rumah sakit biasanya mengikuti alur yang sistematis, meliputi beberapa langkah penting:

1. Penerimaan Pasien

Pasien yang datang ke UGD pertama kali didaftarkan oleh petugas penerimaan. Selama proses ini, informasi dasar seperti identitas pasien, keluhan utama, dan tanda-tanda awal cedera atau penyakit dikumpulkan. Setelah pendaftaran, pasien kemudian diarahkan untuk menjalani triage oleh tenaga medis yang ditugaskan.

2. Penilaian Awal oleh Tenaga Medis Triage

Di rumah sakit, perawat triage atau dokter melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi kondisi pasien berdasarkan beberapa indikator klinis seperti:

- a. **Tanda vital:** Tekanan darah, detak jantung, tingkat pernapasan, dan suhu tubuh.
- b. **Keluhan utama:** Keluhan atau gejala yang paling mendesak, seperti nyeri dada, kesulitan bernapas, atau cedera yang terlihat.
- c. **Status mental:** Menggunakan skala kesadaran seperti **Glasgow Coma Scale (GCS)** untuk menilai kesadaran dan orientasi pasien.
- d. **Fungsi pernapasan:** Apakah pasien mampu bernapas dengan normal atau membutuhkan bantuan pernapasan.
- e. **Perdarahan atau cedera serius:** Apakah ada perdarahan yang memerlukan intervensi segera atau trauma yang mengancam jiwa.

Penilaian awal ini dilakukan dengan cepat, sering kali hanya dalam beberapa menit, agar tenaga medis dapat segera mengidentifikasi pasien yang memerlukan perhatian segera.

3. Klasifikasi Triage

Setelah penilaian awal, pasien diklasifikasikan ke dalam berbagai kategori triage berdasarkan tingkat urgensi perawatan yang mereka butuhkan. Sistem klasifikasi ini berbeda-beda tergantung pada negara dan rumah sakit, tetapi pada umumnya melibatkan lima tingkatan prioritas:

- a. **Emergensi (Resusitasi)/Triage Merah:** Pasien dalam kondisi yang mengancam nyawa dan memerlukan intervensi medis segera. Contohnya adalah pasien dengan serangan jantung, henti napas, atau perdarahan hebat. Pasien dalam kategori ini harus ditangani segera tanpa penundaan.
- b. **Sangat Urgen/Triage Kuning:** Pasien dengan kondisi serius tetapi tidak segera mengancam nyawa, seperti pasien dengan nyeri dada berat yang stabil atau cedera kepala dengan kesadaran yang menurun. Mereka membutuhkan perawatan dalam waktu 10 hingga 15 menit.
- c. **Urgensi Sedang:** Pasien dengan kondisi yang memerlukan perhatian medis dalam waktu 30 hingga 60 menit, seperti pasien dengan demam tinggi atau luka terbuka yang memerlukan penjahitan tetapi tidak mengancam nyawa.
- d. **Urgensi Rendah/Triage Hijau:** Pasien dengan kondisi yang dapat menunggu lebih lama tanpa risiko besar terhadap kesehatan mereka, seperti luka ringan, infeksi saluran pernapasan, atau keluhan yang sudah berlangsung lama tanpa memburuk.
- e. **Triage Hitam:** Pasien yang tidak memiliki peluang besar untuk bertahan hidup atau yang telah meninggal. Fokus utama pada kategori ini adalah memberikan kenyamanan atau mengalihkan sumber daya medis ke pasien lain yang lebih mungkin untuk selamat.

4. Penempatan Pasien

Setelah diklasifikasikan, pasien ditempatkan di area yang sesuai berdasarkan kategori triage mereka. Pasien dalam kategori **resusitasi** akan segera dibawa ke unit penanganan darurat kritis, sedangkan pasien dengan kategori **urgensi sedang** atau **rendah** mungkin akan ditempatkan di ruang tunggu atau area observasi sampai perawatan mereka dimulai.

5. Re-Evaluasi Pasien

Dalam beberapa kasus, pasien yang menunggu perawatan perlu dievaluasi kembali secara berkala oleh tenaga medis triage. Kondisi mereka mungkin memburuk, dan jika demikian, prioritas mereka harus ditingkatkan agar segera mendapatkan perawatan yang diperlukan. Misalnya, pasien yang awalnya diklasifikasikan sebagai **urgensi sedang** mungkin harus dinaikkan ke **sangat urgen** jika kondisi mereka berubah.

I. Alat dan Teknik Triage

Pelaksanaan triage di lapangan atau di rumah sakit membutuhkan alat dan teknik yang membantu tenaga medis dalam menilai kondisi pasien secara cepat dan akurat. Penggunaan alat yang tepat memungkinkan proses triage dilakukan dengan lebih efisien, terutama dalam situasi darurat dengan banyak korban atau di bagian gawat darurat rumah sakit yang penuh sesak. Seiring dengan perkembangan teknologi, banyak alat dan teknik baru yang telah diperkenalkan untuk mendukung proses triage. Pada bagian ini, kita akan membahas berbagai alat dan teknik yang digunakan dalam triage, baik di lapangan maupun di fasilitas medis.

1. Alat-alat Triage

a. Triage Tag (Tanda Triage)

Triage tag adalah salah satu alat yang paling mendasar dalam triage, terutama dalam situasi bencana atau kecelakaan massal. Triage tag digunakan untuk menandai setiap pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka dan kebutuhan perawatan. Setiap tag biasanya memiliki warna yang berbeda untuk menunjukkan prioritas perawatan:

- **Merah:** Untuk pasien kritis yang membutuhkan perawatan segera.
- **Kuning:** Untuk pasien dengan kondisi serius tetapi tidak segera mengancam nyawa.
- **Hijau:** Untuk pasien dengan luka ringan yang dapat menunggu atau tidak memerlukan perawatan darurat.
- **Hitam:** Untuk pasien yang sudah meninggal atau yang memiliki cedera parah yang tidak mungkin diselamatkan.

Tag ini juga sering kali memiliki informasi dasar tentang kondisi pasien, seperti:

- Nama pasien (jika diketahui).

- Tanda vital (tekanan darah, detak jantung, dan sebagainya).
- Gejala atau cedera yang dialami.
- Tindakan medis awal yang sudah dilakukan.

Triage tag sangat membantu dalam mengelola banyak pasien secara cepat, terutama ketika tenaga medis harus berpindah-pindah untuk merawat pasien di lapangan atau bencana.

b. Alat Pemantau Tanda Vital Portabel

Pemantauan tanda vital adalah elemen kunci dalam triage, karena tanda vital seperti tekanan darah, denyut jantung, dan kadar oksigen darah memberikan indikasi cepat mengenai kondisi pasien. Alat-alat pemantau tanda vital portabel memungkinkan tenaga medis untuk memeriksa kondisi pasien dalam hitungan detik.

Beberapa alat yang umum digunakan meliputi:

- **Monitor tekanan darah portabel:** Alat ini memungkinkan pemantauan tekanan darah pasien dengan cepat dan akurat di lapangan.
- **Pulse oximeter:** Alat ini digunakan untuk mengukur kadar oksigen dalam darah dan memberikan indikasi tentang fungsi pernapasan pasien.
- **Thermometer inframerah:** Alat ini memungkinkan pengukuran suhu tubuh tanpa kontak langsung, yang sangat berguna dalam situasi wabah penyakit menular.

Dengan alat pemantau portabel ini, petugas triage dapat dengan cepat menilai kondisi vital pasien dan menentukan prioritas perawatan mereka.

c. Perangkat Komunikasi Radio dan Digital

Dalam situasi darurat, komunikasi yang efektif antara tim medis sangat penting. Oleh karena itu, alat komunikasi seperti **radio** dan **tablet digital** sering digunakan untuk memastikan aliran informasi yang cepat antara petugas lapangan, tim medis di rumah sakit, dan pusat koordinasi darurat.

Beberapa rumah sakit atau layanan medis juga menggunakan **sistem manajemen pasien digital** yang terhubung ke pusat data, memungkinkan petugas triage untuk memasukkan data pasien secara real-time sehingga dapat diakses oleh tenaga medis lainnya. Sistem ini

sangat berguna dalam mengoordinasikan perawatan pasien yang diangkut ke rumah sakit dari lokasi bencana.

d. Stetoskop dan Kit Medis Dasar

Stetoskop adalah alat penting yang digunakan oleh petugas medis untuk mendengarkan suara jantung dan paru-paru pasien, yang memberikan indikasi tentang kondisi pernapasan dan kardiovaskular mereka. Selain itu, **kit medis dasar** yang berisi perban, kompresi, serta alat untuk menghentikan perdarahan sering kali digunakan dalam triage untuk memberikan perawatan awal pada pasien dengan cedera fisik.

e. Alat untuk Mengelola Jalan Napas

Dalam kasus cedera serius atau henti napas, alat-alat seperti **ambu bag (bag-valve-mask)** dan **intubator** digunakan untuk membuka dan mempertahankan jalan napas pasien. Alat ini sangat penting dalam situasi darurat di mana pasien tidak bisa bernapas sendiri dan memerlukan bantuan segera untuk mempertahankan aliran oksigen ke tubuh.

2. Teknik Triage

a. Sistem Penilaian Cepat

Proses triage mengharuskan tenaga medis untuk membuat penilaian cepat dan efektif tentang kondisi pasien. Untuk membantu penilaian ini, berbagai teknik dan sistem telah dikembangkan untuk memberikan panduan dalam mengambil keputusan triage. Salah satu teknik yang paling umum digunakan adalah **penilaian berdasarkan tanda vital**, yang meliputi:

- **Pernapasan:** Apakah pasien bernapas? Berapa laju pernapasannya? Jika tidak bernapas, apakah ada obstruksi saluran napas yang dapat segera diperbaiki?
- **Sirkulasi:** Apakah ada tanda-tanda syok? Bagaimana kondisi kulit pasien (pucat, berkeringat, atau sianosis)?
- **Status mental:** Bagaimana kesadaran pasien? Apakah pasien bisa merespons perintah sederhana, seperti membuka mata atau menggerakkan anggota tubuh?

Teknik ini sering disebut dengan **"ABCs of triage"** (*Airway, Breathing, Circulation*), yang merupakan pendekatan standar untuk memastikan

bahwa prioritas utama diberikan pada pasien yang mengalami gangguan pada fungsi dasar tubuh.

b. Penilaian GCS (Glasgow Coma Scale)

Glasgow Coma Scale (GCS) adalah alat yang digunakan untuk menilai status mental dan kesadaran pasien, terutama dalam kasus cedera kepala. Skala ini mengevaluasi respons mata, respons verbal, dan respons motorik pasien, dengan total nilai antara 3 (tidak responsif) hingga 15 (sepenuhnya sadar). Penilaian GCS sangat penting dalam triage untuk menentukan apakah pasien dengan cedera kepala membutuhkan perawatan segera atau dapat menunggu.

c. Simple Triage and Rapid Treatment (START)

Sistem START digunakan secara luas dalam situasi darurat atau bencana. Teknik ini melibatkan penilaian cepat terhadap tiga faktor utama:

- **Pernapasan:** Apakah pasien bernapas? Jika tidak, lakukan upaya membuka saluran napas. Jika pasien tidak bernapas setelah intervensi, tandai sebagai hitam.
- **Sirkulasi:** Apakah ada denyut nadi radial atau apakah pasien mengalami perdarahan yang signifikan? Jika tidak ada denyut nadi atau ada perdarahan berat, pasien diklasifikasikan sebagai prioritas tinggi.
- **Status mental:** Apakah pasien mampu mengikuti perintah sederhana? Jika tidak, ini menunjukkan adanya trauma berat atau syok, sehingga pasien dikategorikan sebagai kritis.

Teknik ini sangat efektif karena dapat diterapkan dengan cepat oleh tenaga medis, bahkan oleh orang tanpa pelatihan medis khusus.

d. JumpSTART Triage (untuk Anak-Anak)

JumpSTART adalah modifikasi dari sistem START yang dikembangkan untuk digunakan pada anak-anak. Teknik ini dirancang karena anak-anak sering kali memerlukan penanganan yang berbeda dari orang dewasa, terutama dalam hal penilaian pernapasan dan status mental. Sistem ini menggabungkan faktor-faktor khusus yang relevan untuk anak-anak, seperti kebutuhan untuk mempertimbangkan ukuran tubuh mereka dan reaksi fisiologis yang berbeda terhadap trauma.

e. SALT (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport)

Sistem SALT adalah pendekatan triage yang lebih kompleks dan sering digunakan dalam situasi darurat massal atau bencana besar. Sistem ini melibatkan beberapa tahap:

- **Sortir awal:** Mengelompokkan pasien ke dalam kelompok besar (misalnya, mereka yang berjalan sendiri, mereka yang perlu bantuan untuk berjalan, dan mereka yang tidak bergerak).
- **Penilaian individual:** Mengukur tanda vital dasar dan menilai kondisi pasien.
- **Intervensi penyelamatan nyawa:** Melakukan intervensi segera, seperti menghentikan perdarahan besar atau membuka saluran napas.
- **Perawatan dan transportasi:** Menentukan urutan transportasi pasien ke fasilitas medis berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka.

3. Inovasi Teknologi dalam Triage

Dengan perkembangan teknologi, beberapa inovasi baru telah diperkenalkan untuk mendukung proses triage. Beberapa di antaranya termasuk:

a. Penggunaan Kecerdasan Buatan (AI)

Beberapa sistem triage modern menggunakan **kecerdasan buatan (AI)** untuk membantu tenaga medis dalam membuat keputusan triage. AI dapat menganalisis data pasien secara real-time, termasuk gejala, riwayat medis, dan tanda vital, untuk memberikan rekomendasi tentang prioritas perawatan.

b. Teletriage

Teletriage adalah teknik yang memungkinkan pasien dinilai dari jarak jauh menggunakan teknologi telemedicine. Ini sangat berguna dalam situasi di mana pasien tidak dapat segera datang ke rumah sakit atau dalam kasus pandemi di mana kontak fisik perlu diminimalkan.

c. Aplikasi Mobile dan Perangkat Wearable

Banyak aplikasi mobile dan perangkat wearable sekarang tersedia untuk membantu pasien dan petugas triage dalam memonitor kondisi kesehatan. Misalnya, beberapa perangkat wearable dapat mengukur detak jantung, kadar oksigen dalam darah, dan tanda-tanda vital

lainnya secara terus-menerus, memberikan data yang dapat digunakan dalam proses triage

J. Kelebihan dan Kekurangan Triage

Kelebihan:

- Memungkinkan penggunaan sumber daya medis yang efisien.
- Memprioritaskan pasien yang membutuhkan perawatan segera, menyelamatkan lebih banyak nyawa.
- Membantu mengelola situasi darurat dengan lebih baik.

Kekurangan:

- Dalam situasi ekstrem, triage dapat menghadirkan dilema etis, terutama jika pasien dalam kategori "hitam" tidak diberi perawatan yang cukup.
- Bergantung pada penilaian manusia, yang bisa saja tidak sempurna terutama dalam situasi stres tinggi.
- Keputusan triage dapat berubah seiring waktu, sehingga membutuhkan reevaluasi yang terus menerus.

K. Peran perawat dalam Sistem Triage

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam pelaksanaan triage, baik di rumah sakit, di lapangan saat terjadi bencana, maupun di klinik darurat lainnya. Perawat triage bertanggung jawab untuk menilai dan memprioritaskan pasien berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka, dengan tujuan untuk memastikan bahwa mereka yang membutuhkan perawatan segera dapat ditangani terlebih dahulu. Dalam situasi darurat, perawat sering kali menjadi tenaga medis pertama yang melakukan kontak dengan pasien, menjadikan peran mereka krusial dalam keberhasilan proses triage.

Berikut ini adalah penjelasan mengenai peran perawat dalam triage, keterampilan yang diperlukan, tantangan yang dihadapi, dan kontribusi mereka dalam memastikan sistem kesehatan darurat berjalan dengan efisien.

1. *Peran Utama Perawat dalam Triage*

a. Melakukan Penilaian Awal terhadap Pasien

Tugas utama perawat triage adalah melakukan **penilaian awal** terhadap kondisi pasien begitu mereka tiba di Unit Gawat Darurat (UGD) atau lokasi darurat. Penilaian ini biasanya dilakukan dengan cepat, hanya dalam hitungan menit, untuk mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien dan mengumpulkan informasi dasar tentang

keluhan utama mereka. Penilaian ini mencakup beberapa elemen kunci, seperti:

- a. **Tanda vital:** Perawat mengukur tekanan darah, detak jantung, tingkat pernapasan, suhu tubuh, dan kadar oksigen darah.
- b. **Keluhan utama:** Perawat menanyakan gejala yang dirasakan pasien, seperti nyeri dada, kesulitan bernapas, atau trauma fisik.
- c. **Status mental:** Perawat menilai tingkat kesadaran dan orientasi pasien, sering kali menggunakan skala seperti **Glasgow Coma Scale (GCS)**.
- d. **Observasi klinis:** Perawat mengamati tanda-tanda klinis penting lainnya, seperti kulit pucat, perdarahan, atau tanda-tanda syok.

Berdasarkan hasil penilaian ini, perawat akan menentukan tingkat prioritas pasien, dengan tujuan untuk memberikan perawatan yang sesuai berdasarkan tingkat keparahan kondisi mereka.

b. Menentukan Kategori Triage

Setelah penilaian awal, perawat triage mengklasifikasikan pasien ke dalam kategori prioritas berdasarkan sistem triage yang digunakan di rumah sakit atau lokasi bencana. Kategori ini menentukan urutan perawatan yang akan diberikan kepada pasien. Sistem klasifikasi triage biasanya terdiri dari beberapa tingkat, seperti:

- 1) **Emergensi (resusitasi):** Pasien dalam kondisi yang mengancam nyawa dan membutuhkan perawatan segera.
- 2) **Sangat urgen:** Pasien dengan kondisi serius tetapi tidak langsung mengancam nyawa. Mereka perlu dirawat dalam waktu singkat.
- 3) **Urgensi sedang:** Pasien dengan kondisi yang memerlukan perawatan tetapi tidak mendesak.
- 4) **Urgensi rendah:** Pasien dengan kondisi yang tidak memerlukan perhatian segera.
- 5) **Non-urgensi:** Pasien dengan kondisi ringan yang bisa menunggu lebih lama untuk mendapatkan perawatan.
- 6) Penentuan kategori triage ini membantu mengelola aliran pasien di UGD, memastikan bahwa mereka yang membutuhkan perawatan mendesak dapat segera ditangani.

c. Mengelola Prioritas dalam Situasi Darurat

Perawat triage harus mampu mengelola situasi di mana banyak pasien datang secara bersamaan, terutama dalam kasus kecelakaan

massal atau bencana. Dalam situasi ini, perawat triage harus tetap tenang dan membuat keputusan yang cepat dan akurat tentang siapa yang harus dirawat terlebih dahulu. Selain itu, mereka mungkin harus:

1) **Melakukan penilaian ulang terhadap pasien yang menunggu:**

Kondisi pasien dapat berubah selama mereka menunggu perawatan, sehingga perawat triage harus terus memantau mereka dan meningkatkan prioritas jika diperlukan.

2) **Bekerja di bawah tekanan:** Perawat harus mampu membuat keputusan penting di bawah tekanan waktu dan dengan sumber daya yang terbatas.

d. Komunikasi dengan Tim Medis

Perawat triage juga memainkan peran penting dalam **komunikasi antar anggota tim medis**. Mereka harus memastikan bahwa dokter, ahli bedah, dan staf medis lainnya menerima informasi yang akurat dan lengkap tentang kondisi pasien. Komunikasi yang efektif sangat penting untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

Tugas ini termasuk menginformasikan tim medis lain tentang:

- a. Kategori triage pasien dan urgensi perawatan yang dibutuhkan.
- b. Setiap perubahan kondisi pasien selama mereka menunggu.
- c. Riwayat medis atau gejala yang relevan yang mungkin memengaruhi pengobatan.

e. Edukasi dan Dukungan bagi Pasien dan Keluarga

Selain tugas medisnya, perawat triage juga bertanggung jawab untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mereka mengenai kondisi mereka dan langkah-langkah yang akan diambil. Dalam situasi darurat, keluarga sering kali berada dalam kondisi stres, dan perawat harus memberikan dukungan emosional serta menjelaskan situasi dengan jelas dan tenang.

2. Keterampilan yang Dibutuhkan oleh Perawat Triage

Peran perawat dalam triage memerlukan kombinasi keterampilan klinis, manajerial, dan interpersonal. Beberapa keterampilan penting yang harus dimiliki oleh perawat triage meliputi:

a. Pengambilan Keputusan yang Cepat dan Tepat

Dalam situasi triage, waktu adalah hal yang sangat penting. Perawat triage harus mampu membuat keputusan dengan cepat

berdasarkan penilaian yang tepat terhadap kondisi pasien. Keterampilan ini sangat penting karena perawat sering kali harus membuat keputusan dalam kondisi di mana mereka menghadapi banyak pasien dalam waktu yang bersamaan.

b. Kemampuan Klinis yang Kuat

Perawat triage harus memiliki kemampuan klinis yang kuat, termasuk pengetahuan tentang penanganan gawat darurat, trauma, dan penyakit akut. Mereka harus dapat mengenali tanda-tanda klinis yang memerlukan intervensi segera, seperti syok, henti napas, atau gangguan kardiovaskular, serta mampu memberikan perawatan dasar sambil menunggu dokter atau ahli bedah mengambil alih.

c. Komunikasi Efektif

Perawat triage harus memiliki keterampilan komunikasi yang sangat baik, baik untuk berkomunikasi dengan pasien, keluarga mereka, maupun dengan tim medis lainnya. Mereka harus mampu menjelaskan kondisi medis dengan jelas dan menenangkan keluarga yang cemas.

d. Manajemen Stres

Triage sering kali dilakukan dalam situasi yang penuh tekanan, terutama selama bencana alam, kecelakaan besar, atau pandemi. Perawat triage harus mampu bekerja dengan baik di bawah tekanan, mempertahankan ketenangan, dan tetap fokus pada tugas mereka meskipun berada dalam situasi yang sulit.

e. Keterampilan Administratif

Perawat triage juga bertanggung jawab untuk mencatat informasi pasien dengan tepat dan mendokumentasikan setiap keputusan yang diambil selama proses triage. Keterampilan administratif yang baik penting untuk menjaga agar proses berjalan lancar dan memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang sesuai.

3. Tantangan yang Dihadapi oleh Perawat Triage

Peran perawat triage penuh dengan tantangan, terutama dalam situasi darurat. Beberapa tantangan yang sering dihadapi oleh perawat triage meliputi:

a. Keterbatasan Sumber Daya

Dalam situasi bencana atau lonjakan pasien yang mendadak, sumber daya seperti tempat tidur rumah sakit, peralatan medis, dan

obat-obatan sering kali terbatas. Perawat triage harus membuat keputusan sulit tentang cara terbaik untuk menggunakan sumber daya yang ada dan memastikan bahwa mereka yang paling membutuhkan mendapatkan perawatan terlebih dahulu.

b. Volume Pasien yang Tinggi

Pada waktu-waktu tertentu, seperti saat terjadi kecelakaan massal atau wabah penyakit, perawat triage mungkin harus menangani sejumlah besar pasien dalam waktu singkat. Dalam situasi ini, mereka harus tetap tenang dan fokus, sambil menjaga agar penilaian dan pengambilan keputusan tetap akurat.

c. Dilema Etika

Perawat triage sering kali harus membuat keputusan sulit mengenai siapa yang akan diprioritaskan untuk mendapatkan perawatan. Keputusan ini dapat menimbulkan dilema etika, terutama jika ada pasien yang berada dalam kondisi kritis tetapi memiliki peluang hidup yang sangat kecil. Perawat harus bekerja dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etika seperti keadilan, beneficence, dan non-maleficence.

d. Stres Emosional

Bekerja sebagai perawat triage dapat sangat emosional, terutama ketika harus menangani pasien dengan kondisi serius atau kritis. Beban mental dan emosional ini dapat mempengaruhi kesehatan mental perawat, terutama jika mereka sering terlibat dalam situasi triage yang menantang.

4. Kontribusi Perawat dalam Meningkatkan Efisiensi Triage

Perawat triage berperan penting dalam memastikan bahwa sistem triage di rumah sakit atau lokasi darurat berjalan dengan efisien. Beberapa cara di mana perawat triage berkontribusi terhadap efisiensi meliputi:

- a. **Memastikan pasien dengan kondisi darurat mendapatkan perawatan segera**, yang dapat menyelamatkan nyawa dan mencegah kondisi yang memburuk.
- b. **Mengelola aliran pasien di UGD** sehingga rumah sakit dapat menangani lebih banyak pasien dalam waktu singkat tanpa mengorbankan kualitas perawatan.

- c. **Menyediakan informasi yang tepat kepada dokter dan spesialis**, yang membantu memastikan bahwa setiap pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya.
- d. **Menangani situasi darurat dengan tenang**, yang dapat membantu menjaga ketertiban dan mengurangi kekacauan selama proses triage.

L. Etik dalam Triage

Etik dalam triage adalah topik yang kompleks karena melibatkan pengambilan keputusan moral yang sulit di tengah situasi darurat di mana sumber daya medis terbatas dan ada banyak pasien yang membutuhkan perawatan. Dalam konteks ini, petugas medis harus mempertimbangkan berbagai prinsip etika ketika memutuskan siapa yang harus diprioritaskan untuk mendapatkan perawatan. Sering kali, keputusan ini bisa sangat sulit, karena melibatkan penentuan hidup dan mati dalam situasi yang penuh tekanan.

Triage memaksa tenaga medis untuk membuat pilihan berdasarkan prinsip-prinsip etika yang dapat berbeda dari norma sehari-hari dalam praktik medis. Pada bagian ini, kita akan menjelajahi prinsip-prinsip etika utama dalam triage, tantangan moral yang dihadapi tenaga medis, serta beberapa dilema etika yang sering muncul dalam situasi triage.

1. Prinsip Etik dalam Triage

Dalam pelaksanaan triage, ada beberapa prinsip etika yang sering digunakan untuk membantu tenaga medis membuat keputusan yang adil dan etis. Prinsip-prinsip ini meliputi:

a. Prinsip Utilitarianisme

Prinsip utilitarianisme adalah landasan etika yang paling umum digunakan dalam triage. **Utilitarianisme** berfokus pada "hasil terbaik untuk jumlah orang yang paling banyak." Dalam konteks triage, ini berarti bahwa sumber daya yang terbatas harus dialokasikan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa, bahkan jika itu berarti mengorbankan beberapa pasien yang peluang bertahan hidupnya kecil.

Contohnya, jika ada dua pasien, satu dengan peluang besar untuk selamat dan yang lain dalam kondisi yang sangat kritis dengan peluang hidup yang sangat kecil, tenaga medis akan memprioritaskan pasien pertama. Prinsip ini sering kali bertentangan dengan pandangan yang lebih deontologis, yang berpendapat bahwa setiap nyawa memiliki nilai yang sama, tanpa memandang peluang bertahan hidup.

b. Prinsip Keadilan

Prinsip keadilan menekankan bahwa setiap pasien harus diperlakukan secara adil dan tidak diskriminatif, terlepas dari faktor-faktor seperti usia, status sosial, jenis kelamin, atau latar belakang etnis. Dalam triage, prinsip ini memastikan bahwa semua pasien diperlakukan setara dalam proses penentuan prioritas perawatan.

Namun, penerapan prinsip ini bisa menjadi sulit dalam praktik, terutama ketika utilitarianisme memaksa tenaga medis untuk memberikan prioritas kepada pasien yang lebih mungkin untuk bertahan hidup, yang mungkin mengesankan adanya ketidakadilan bagi pasien yang lebih lemah atau dengan kondisi kritis.

c. Prinsip Beneficence (Kebaikan)

Prinsip beneficence menuntut tenaga medis untuk selalu bertindak demi kebaikan pasien, dengan tujuan untuk memaksimalkan kesejahteraan mereka. Dalam triage, tenaga medis diharapkan untuk melakukan yang terbaik bagi pasien, memberikan perawatan sebaik mungkin sesuai dengan kapasitas dan sumber daya yang ada.

Namun, dalam konteks triage dengan sumber daya terbatas, prinsip ini sering kali menimbulkan dilema, karena tenaga medis mungkin tidak bisa memberikan perawatan yang optimal kepada semua pasien. Mereka harus fokus pada mereka yang memiliki peluang lebih baik untuk selamat.

d. Prinsip Non-Maleficence (Tidak Merugikan)

Non-maleficence berarti "tidak merugikan." Dalam triage, ini berarti bahwa tenaga medis harus berusaha menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien. Dalam beberapa situasi, tenaga medis harus memutuskan apakah akan melanjutkan perawatan pada pasien yang kondisinya kemungkinan tidak akan membaik. Meneruskan perawatan yang sia-sia dapat memperburuk penderitaan pasien dan merugikan mereka.

Di sisi lain, jika menghentikan perawatan pada pasien tertentu bisa membantu menyelamatkan lebih banyak nyawa, keputusan ini bisa dianggap sejalan dengan prinsip non-maleficence, meskipun mungkin bertentangan dengan prinsip beneficence dalam kasus individual tersebut.

2. Dilema Etik dalam Triage

Dalam pelaksanaan triage, berbagai dilema etika sering muncul, terutama dalam situasi di mana banyak pasien dengan kondisi serius dan sumber daya medis sangat terbatas. Beberapa dilema etika yang sering muncul meliputi:

a. Memprioritaskan Pasien yang Muda atau yang Tua

Salah satu dilema yang sering dihadapi dalam triage adalah apakah usia pasien harus menjadi faktor dalam menentukan prioritas perawatan. Dalam beberapa sistem triage, pasien yang lebih muda mungkin diprioritaskan karena mereka memiliki **harapan hidup yang lebih panjang**, dan oleh karena itu, lebih banyak waktu untuk menikmati manfaat dari perawatan medis. Namun, pandangan ini dapat dianggap diskriminatif terhadap pasien yang lebih tua, yang juga berhak atas perawatan medis.

Perdebatan ini semakin mencuat selama pandemi COVID-19, ketika ada kekurangan ventilator dan tenaga medis. Keputusan untuk memprioritaskan pasien yang lebih muda kadang-kadang didasarkan pada premis utilitarianisme—yaitu menyelamatkan mereka yang masih memiliki harapan hidup lebih lama.

b. Menentukan Kapan Harus Menghentikan Perawatan

Tenaga medis juga sering dihadapkan pada keputusan apakah harus menghentikan perawatan bagi pasien dengan kondisi sangat kritis yang peluang hidupnya sangat kecil. Hal ini sering terjadi pada pasien yang mengalami cedera atau penyakit yang parah dan membutuhkan banyak sumber daya untuk bertahan hidup. Dalam kondisi normal, semua pasien akan mendapatkan perawatan penuh, tetapi dalam situasi triage darurat, menghentikan perawatan pada pasien yang prognosnya buruk mungkin diperlukan untuk menyelamatkan pasien lain yang lebih mungkin bertahan.

Keputusan ini menimbulkan dilema etika yang besar karena dapat bertentangan dengan prinsip kewajiban profesional untuk selalu berusaha menyelamatkan setiap nyawa, tanpa memandang prognosis.

c. Diskriminasi dalam Akses terhadap Perawatan

Dalam teori, triage harus dijalankan tanpa diskriminasi berdasarkan faktor non-medis seperti status sosial, ras, jenis kelamin, atau orientasi seksual. Namun, dalam praktik, ada kekhawatiran bahwa

beberapa kelompok masyarakat mungkin kurang diuntungkan dalam situasi triage karena faktor-faktor sosial, ekonomi, atau budaya. Misalnya, orang-orang dari latar belakang yang kurang terlayani secara medis mungkin tidak memiliki akses yang sama ke perawatan darurat yang cepat, sehingga menempatkan mereka pada risiko yang lebih besar dalam situasi darurat.

Oleh karena itu, prinsip keadilan harus menjadi landasan dalam triage, untuk memastikan bahwa semua pasien, tanpa memandang status sosial atau latar belakang, mendapatkan kesempatan yang sama untuk mendapatkan perawatan.

d. Penggunaan Teknologi dalam Keputusan Triage

Seiring dengan perkembangan teknologi, beberapa rumah sakit mulai menggunakan kecerdasan buatan (AI) untuk membantu keputusan triage, terutama ketika menghadapi lonjakan pasien dalam skala besar. AI dapat membantu dengan cepat menilai data medis pasien dan membuat rekomendasi tentang prioritas perawatan.

Namun, penggunaan AI juga menimbulkan dilema etika, karena algoritma mungkin mengandung bias yang tidak terdeteksi dan dapat mengarah pada keputusan yang diskriminatif. Misalnya, jika data yang digunakan untuk melatih AI mengandung bias rasial atau gender, AI bisa mereplikasi bias tersebut dalam keputusan triage. Selain itu, keputusan triage yang dibuat oleh mesin mungkin dianggap tidak manusiawi, mengabaikan aspek emosional dan etika dalam pengambilan keputusan.

3. Pendekatan untuk Mengatasi Dilema Etika dalam Triage

Untuk mengatasi dilema etika dalam triage, beberapa pendekatan dapat diterapkan, termasuk:

a. Transparansi dan Akuntabilitas

Proses triage harus transparan, dengan kriteria yang jelas dan dapat dipahami oleh semua pihak yang terlibat, termasuk pasien dan keluarga mereka. Keputusan triage harus didokumentasikan dengan baik, sehingga tenaga medis bertanggung jawab atas keputusan mereka dan mampu menjelaskan dasar dari setiap tindakan yang diambil.

b. Pelatihan Etika Medis

Tenaga medis harus menerima pelatihan dalam etika medis, khususnya dalam pengambilan keputusan triage. Pelatihan ini harus mencakup prinsip-prinsip etika dasar serta bagaimana menangani dilema yang sering muncul dalam situasi darurat. Dengan pelatihan ini, tenaga medis dapat merasa lebih siap untuk menangani tekanan moral yang sering kali muncul dalam triage.

c. Penggunaan Komite Etika

Dalam beberapa kasus, terutama di rumah sakit besar atau dalam situasi bencana, keputusan triage yang sangat sulit dapat dibantu oleh komite etika. Komite ini terdiri dari profesional medis dan pakar etika yang membantu memberikan panduan dalam membuat keputusan yang sulit, terutama ketika ada ketidakpastian moral atau etika.

d. Pendekatan Berpusat pada Pasien

Meskipun triage sering kali menuntut pendekatan yang terfokus pada populasi untuk memaksimalkan penyelamatan nyawa, tenaga medis juga harus berusaha mempertahankan pendekatan yang berpusat pada pasien, di mana hak dan kesejahteraan setiap individu tetap dihormati. Ini berarti bahwa bahkan dalam situasi triage, pasien dan keluarga mereka harus diinformasikan dengan baik dan, jika memungkinkan, dilibatkan dalam pengambilan keputusan.

M. Latihan

1. Apa tujuan utama dari penerapan triage dalam situasi darurat?
 - a. Menentukan siapa yang bisa membayar lebih untuk mendapatkan perawatan
 - b. Memaksimalkan penggunaan sumber daya untuk menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa**
 - c. Menangani pasien berdasarkan urutan kedatangan mereka
 - d. Mengurangi waktu tunggu pasien di ruang tunggu UGD
 - e. Mengurangi beban kerja tim medis
2. Dalam kategori triage, pasien dengan kondisi yang paling kritis dan membutuhkan perawatan segera ditempatkan dalam kategori:
 - a. Kuning
 - b. Hijau
 - c. Merah**
 - d. Hitam

- e. Biru
- 3. Salah satu prinsip dasar triage adalah **non-maleficence**, yang artinya:
 - a. Memberikan perawatan medis secara merata
 - b. Tidak menimbulkan kerugian yang tidak perlu pada pasien**
 - c. Fokus pada menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa
 - d. Memberikan perawatan kepada pasien yang paling mampu membayar
 - e. Merahasiakan identitas pasien
- 4. Seorang pasien tiba di UGD dengan luka ringan dan stabil secara medis. dalam sistem triage, pasien ini kemungkinan akan dikategorikan dalam:
 - a. Kategori Merah
 - b. Kategori Hijau**
 - c. Kategori Kuning
 - d. Kategori Hitam
 - e. Kategori Biru
- 5. Prinsip triage **utilitarianisme** menekankan bahwa tenaga medis harus:
 - a. Menyediakan perawatan yang sama untuk setiap pasien tanpa memandang kondisinya
 - b. Memprioritaskan pasien yang bisa sembuh paling cepat
 - c. Memaksimalkan hasil terbaik bagi sebanyak mungkin orang**
 - d. Fokus hanya pada pasien yang membutuhkan perawatan intensif
 - e. Memastikan identitas dan penyakit pasien dirahasiakan
- 6. Dalam situasi di mana sumber daya medis terbatas, seperti kekurangan ventilator, prinsip triage yang diterapkan adalah:
 - a. Memberikan ventilator kepada pasien berdasarkan urutan kedatangan
 - b. Mengalokasikan ventilator kepada pasien yang lebih tua terlebih dahulu
 - c. Mengutamakan pasien dengan peluang bertahan hidup yang lebih besar**
 - d. Menggunakan ventilator secara bergantian di antara semua pasien
 - e. Merujuk pasien ke fasilitas pelayanan Kesehatan yang lebih lengkap
- 7. Manakah dari berikut ini yang bukan termasuk prinsip etika dalam triage?
 - a. Keadilan
 - b. Non-maleficence
 - c. Prioritas status social**

- d. Beneficence
- e. Prioritas waktu kedatangan ke RS
- 8. Triage bersifat dinamis, yang berarti:
 - a. Keputusan triage tidak boleh diubah setelah dibuat
 - b. Triage hanya diterapkan dalam kasus bencana
 - c. Kondisi pasien harus terus dipantau, dan prioritas mereka bisa berubah**
 - d. Triage hanya dilakukan di rumah sakit
 - e. Triage hanya diperlukan pada kondisi bencana
- 9. Pasien yang sudah meninggal atau memiliki prognosis sangat buruk biasanya ditempatkan dalam kategori:
 - a. Hijau
 - b. Kuning
 - c. Merah
 - d. Hitam**
 - e. Biru
- 10. Prinsip **beneficence** dalam triage mengharuskan tenaga medis untuk:
 - a. Bertindak demi kebaikan pasien dengan memaksimalkan kesejahteraan mereka**
 - b. Menghindari perawatan pada pasien dengan prognosis buruk
 - c. Membuat keputusan berdasarkan kemampuan finansial pasien
 - d. Memberikan perawatan hanya kepada pasien yang paling stabil
 - e. Memastikan identitas dan penyakit pasien dirahasiakan

N. Rangkuman Materi

Triage adalah pengelompokan pasien berdasarkan berat atau tidaknya penyakit pasien, tingkat harapan hidup, tingkat keberhasilan yang ingin diraih sesuai dengan standar pelayanan UGD. Dalam situasi dengan banyak korban, triage membantu menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa dengan memprioritaskan pasien yang paling membutuhkan perawatan. Tujuan utama triage adalah memastikan bahwa mereka yang paling membutuhkan perawatan segera akan mendapatkannya terlebih dahulu, sementara pasien lain yang kondisinya tidak mendesak dapat menunggu atau diberikan perawatan lanjutan.

Sejarah triage mencerminkan perkembangan yang terus menerus dari upaya manusia untuk menyelamatkan sebanyak mungkin nyawa dalam

situasi yang penuh tekanan dan ketidakpastian. Dari awal mula di medan perang hingga penggunaannya dalam bencana modern dan pandemi, triage telah berkembang menjadi sistem yang semakin kompleks dan efektif. Tantangan baru, seperti pandemi global dan bencana alam yang semakin sering, mendorong inovasi lebih lanjut dalam triage, baik dalam bentuk teknologi baru maupun dalam pengembangan sistem respons darurat yang lebih terintegrasi.

Prinsip utama Triage adalah: mengutamakan nyawa: Pasien yang memiliki peluang terbesar untuk selamat dengan intervensi medis segera akan diprioritaskan; maksimalisasi sumber daya: karena terbatasnya sumber daya dalam situasi darurat, sistem triage berusaha menggunakan sumber daya secara optimal agar dapat memberikan dampak positif terbesar; proses dinamis: Triage bukanlah keputusan yang sekali jadi, melainkan keputusan yang dinamis yang dapat berubah sesuai dengan perkembangan kondisi pasien

Beberapa system Triage yang digunakan diberbagai negara diantaranya Sistem *START* (Simple Triage and Rapid Treatment) di Amerika Serikat, Manchester Triage System (MTS) di Inggris dan Eropa, *Manchester Triage System* (MTS) dikembangkan di Inggris pada tahun 1997, *Australasian Triage Scale* (ATS) di Australia dan Selandia Baru, *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) di Kanada, *SALT Triage* (*Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport*) – Global, *Sortir*, *METTAG* (*Military Triage System*) /Sistem Triage Militer.

Pelaksanaan triage di rumah sakit biasanya mengikuti alur yang sistematis, meliputi beberapa langkah penting: penerimaan pasien (mengumpulkan informasi tentang informasi dasar seperti identitas pasien, keluhan utama, dan tanda-tanda awal cedera atau penyakit). Penilaian Awal oleh Tenaga Medis Triage (perawat triage atau dokter melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi kondisi pasien berdasarkan beberapa indikator klinis seperti: Tanda vital: Tekanan darah, detak jantung, tingkat pernapasan, dan suhu tubuh, Keluhan utama: Keluhan atau gejala yang paling mendesak, seperti nyeri dada, kesulitan bernapas, atau cedera yang terlihat, Status mental: Menggunakan skala kesadaran seperti *Glasgow Coma Scale* (GCS) untuk menilai kesadaran dan orientasi pasien, Fungsi pernapasan: Apakah pasien mampu bernapas dengan normal atau membutuhkan bantuan pernapasan, Perdarahan atau cedera serius: Apakah ada perdarahan yang

memerlukan intervensi segera atau trauma yang mengancam jiwa. Klasifikasi Triage (Emergensi (Resusitasi)/Triage Merah, Sangat Urgen/Triage Kuning, Urgensi Sedang, Urgensi Rendah/Triage Hijau, Triage Hitam). Penempatan Pasien dan Re-Evaluasi Pasien.

Alat-alat yang diperlukan dalam pelaksanaan triage adalah Triage Tag (Tanda Triage), Alat Pemantau Tanda Vital Portabel, Perangkat Komunikasi Radio dan Digital, Stetoskop dan Kit Medis Dasar.

Keterampilan yang dibutuhkan perawat Triage yaitu: pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, kemampuan klinis yang kuat, komunikasi efektif, manajemen stress, keterampilan administratif

Prinsip etik dalam triage: utilitarianisme, keadilan, beneficence, dan non-maleficence

O. Glosarium

GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
UGD	: Unit Gawat Darurat
SALT	: <i>Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport</i>
START	: <i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>
MTS	: <i>Manchester Triage System</i>
ATS	: <i>Australasian Triage Scale</i>
CTAS	: <i>Canadian Triage and Acuity Scale</i>
METTAG	: <i>Military Triage System</i>

Daftar Pustaka

- Permenkes nomor 47. (2018). Pelayanan Kegawatdaruratan. https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1661490033_323814.pdf
- Bazyar, J., et all. (2020). Prinsip Triase dalam Keadaan Darurat dan Bencana: Tinjauan Sistematis. Pers Universitas Cambridge
- Aminatussyadiah, A., & Prastyoningsih, A. (2019). Faktor Yang Mempengaruhi Penggunaan Kontrasepsi Pada Wanita Usia Subur Di Indonesia (Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017). *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 525–533. <https://doi.org/10.48144/jiks.v12i2.167>
- Maryam, Siti. 2016. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi. Salemba Medika: Jakarta.

PROFIL PENULIS



Johanna Tomaso SKM., S.Kep., M.Kes Penulis Kelahiran 30 Juli 1961 di Kota Ambon. Menjalani pendidikan DIII keperawatan di AKPER. RS. PGI. Tjikini Jakaarta 1980. Melanjutkan S1 Kesehatan Masyarakat Di FKM. Universitas Hasannudin Makasar, S1 Keperawatan di PSIK. Universitas Gajah madah Yogyakarta tahun 2005, melanjutkan S2 Gizi Masyarakat pada Universitas Gajah Mada Yogyakarta tahun 2000. Pernah bekerja sebagai perawat pelaksana pada RS. PGI Tjikini dan RS. Abdi Waluyo Jakarta. Sebagai dosen pada Akper Depkes Ambon- Poltekkes Kemenkes Maluku sejak tahun

1991-sekarang. Aktif dalam mengajar, menulis, dan berorganisasi. di masyarakat.. Saya dapat dihubungi di alamat: tomasoa30ok@gmail.com.

Moto: Taburlah yang baik selagi masih ada kesempatan, maka tuaianmu penuh melimpah.



Ns. Rohandi Baharuddin, M. Kep Lahir di Data, 20 Pebruari 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Makassar tahun 2002 dan lulus tahun 2005, S1 pada Program Studi Sarjana keperawatan Stikes Nani Hasanuddin Makassar Tahun 2005 dan lulus tahun 2008, Program Profesi Ners Stikes Nani Hasanuddin Makassar tahun 2008 lulus tahun 2010. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2013

dan lulus tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 sebagai Pembantu Direktur III Bagian Kemahasiswaan Akper Lapatau Watampone tahun sampai dengan tahun 2009. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Kaltara mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, dan manajemen Bencana. Penulis aktif sebagai pengurus organisasi profesi sebagai Ketua DPW PPNI Provinsi Kalimantan Utara, Sekretaris DPW Asosiasi Dosen Indonesia (ADI) Provinsi Kalimantan Utara. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: rohandidwocare@gmail.com

PROFIL PENULIS



Wahyuni Aziza, Lahir di Koto Baru (Sumbar) tanggal 22 Nopember 1974. Alamat: Jln. Jendral Sudirman, Tantai Atas, Ambon, Maluku. Pendidikan: D III keperawatan pada Pendidikan AhliMadya Keperawatan Depkes Jambi tahun 1993-1996. S1 Keperawatan dan program profesi Ners pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 1999-2002, program Pasca Sarjana pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2008-2010. Instansi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku.



Ayu Wahyuni Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Tenggarong Kutai, 26 Maret 1992. Tahun 2009-2014 menempuh pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Brawijaya Malang . Kemudian tahun 2016 melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan peminatan gawatdarurat pada Universitas brawijaya Malang dan lulus pada tahun 2018. Saat ini penulis bekerja sebagai seorang dosen PNS di Poltekkes Kemenkes Kupang mengampu mata kuliah Keperawatan Gawatdarurat. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dll. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ayuwahyunilestari.awl@gmail.com

Motto: "Hidup adalah pilihan, Pilihan hari ini akan menentukan siapa kita di masa depan"



Hamdan Hariawan adalah dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Maluku. Sejak Lulus Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga pada tahun 2018, penulis aktif menjadi dosen di Prodi Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku. Penulis merupakan salah satu dosen keperawatan yang mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat. Selain itu penulis pernah menjadi salah satu instruktur BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*).

PROFIL PENULIS



Harun S Latulumamina, SST.,M.Tr.Kep . Lahir di Asilulu (Ambon), 10 April 1976, agama islam. Status, menikah, memiliki 2 org puteri & 2 orang putera, Ayah 4 orang anak menyelesaikan pendidikan dari tingkat SPK pada tahun 1995 Rumkit TK III ambon, pada thn 1998 bekerja pada Intalasi Bedah senteral RS tersebut, kemudian pada tahun 1999 melanjutkan pendidikan DIII Kep Anestesiologi di AKPERNES Depkes RI Jakarta, lulus pd thn 2003 (VII) semester + 1 semester Tambahan Ilmu Anestesi, selanjutnya pada tahun 2007 pindah di RSUD Ishak Umarela masih pada bagian IBS , SMF Anestesi pada thn 2011 kemudian lanjut pendidikan DIV Kep Anestesi & Reanimasi pada Poltekes Kemenkes Yogyakarta, lulus pada 2013, kemudian di percayakan menjadi Ka IBS RSUD Ishak Umarela Provinsi Maluku, selanjutnya mengikuti pendidika S2 keperawatan pada Program Pasca Sarjana Terapan Keperawatan, (peminatan kep Kritis) Poltekes Kemenkes Semarang di tahun 2016 - 2018, Hingga pada tahun 2023 memutuskan ingin menjadi Dosen dan pindah di Poltekes Kemenkes Maluku hingga saat ini dan menjadi Staf dosen pada Jurusan keperawatan Ambon. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: aliffuru76@gmail.com

Motto: "Beranilah bermimpi, karena sebuah mimpi besar tidak akan terwujud hanya dgn sebatas hayalan,tapi wujudkan mimpi dgn kerja keras, usaha yg maksimal serta Do'a yg tulus dari orang-orang tercinta. If there is a will there is a way"

SINOPSIS BUKU

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah sistem terintegrasi yang bertujuan untuk memberikan respons cepat dan tepat terhadap situasi darurat medis. Sistem ini melibatkan berbagai pihak, mulai dari masyarakat, petugas medis, hingga rumah sakit. Tujuan utama SPGDT adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan, mempercepat waktu penanganan korban, serta menurunkan angka kematian dan kecacatan. Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan pertolongan pertama yang diberikan pada korban yang mengalami henti jantung atau pernapasan. Tujuan BHD adalah mempertahankan sirkulasi dan oksigenasi sampai bantuan medis tiba. Prinsip utama pertolongan korban gawat darurat meliputi: Keamanan, Penilaian cepat, Prioritas penanganan, Panggil bantuan, Jangan memindahkan korban, Pantau terus kondisi korban: Sampai bantuan medis tiba. Triage adalah proses penilaian cepat terhadap korban untuk menentukan tingkat keparahan cedera dan prioritas penanganan. Tujuan triage adalah memastikan korban dengan kondisi paling kritis mendapatkan penanganan terlebih dahulu. Prosedur triage umumnya melibatkan penilaian terhadap: Jalan napas: Apakah jalan napas terbuka, Pernapasan: Apakah korban bernapas, Sirkulasi: Apakah ada perdarahan yang signifikan. Status neurologis: Apakah korban sadar. Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda vital dan cedera yang dialami korban meliputi Pemeriksaan umum, Pemeriksaan kepala hingga kaki, Pemeriksaan tanda-tanda vital.

Penulis buku ini adalah staf akademisi yang pakar dibidangnya, tersebar di diseluruh Nusantara. Buku ini bertujuan memberikan kontribusi positif bagi profesional dan mahasiswa dalam proses belajar mengajar tentang Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana, sehingga mudah dipahami secara cepat.

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah sistem terintegrasi yang bertujuan untuk memberikan respons cepat dan tepat terhadap situasi darurat medis. Sistem ini melibatkan berbagai pihak, mulai dari masyarakat, petugas medis, hingga rumah sakit. Tujuan utama SPGDT adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan, mempercepat waktu penanganan korban, serta menurunkan angka kematian dan kecacatan. Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan pertolongan pertama yang diberikan pada korban yang mengalami henti jantung atau pernapasan. Tujuan BHD adalah mempertahankan sirkulasi dan oksigenasi sampai bantuan medis tiba. Prinsip utama pertolongan korban gawat darurat meliputi: Keamanan, Penilaian cepat, Prioritas penanganan, Panggil bantuan, Jangan memindahkan korban, Pantau terus kondisi korban: Sampai bantuan medis tiba. Triage adalah proses penilaian cepat terhadap korban untuk menentukan tingkat keparahan cedera dan prioritas penanganan. Tujuan triage adalah memastikan korban dengan kondisi paling kritis mendapatkan penanganan terlebih dahulu. Prosedur triage umumnya melibatkan penilaian terhadap: Jalan napas: Apakah jalan napas terbuka, Pernapasan: Apakah korban bernapas, Sirkulasi: Apakah ada perdarahan yang signifikan. Status neurologis: Apakah korban sadar.

Pemeriksaan fisik pada kondisi kegawatdaruratan bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda vital dan cedera yang dialami korban meliputi Pemeriksaan umum, Pemeriksaan kepala hingga kaki, Pemeriksaan tanda-tanda vital.

Penulis buku ini adalah staf akademisi yang pakar dibidangnya, tersebar di diseluruh Nusantara. Buku ini bertujuan memberikan kontribusi positif bagi profesional dan mahasiswa dalam proses belajar mengajar tentang Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana, sehingga mudah dipahami secara cepat.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-23-1

