

HUBUNGAN KETEPATAN PENILAIAN TRIASE DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PENANGANAN PASIEN CEDERA KEPALA DI IGD RSU HKBP BALIGE KABUPATEN TOBA SAMOSIR

Mila Gustia¹, Melva Manurung²

^{1,2}Nursing Academic Yayasan Tenaga Pembangunan Arjuna Laguboti

Email: akperarjuna@yahoo.com; melva_manroe84@yahoo.com²

ABSTRACT

*One indicator success of emergency medical response is the speed of providing sufficient help to emergency patients either on a regular daily basis or during a disaster and the successful handling of head injuries to save lives or prevent disability since the incident, on the way to hospital help. Triage is a special process of sorting out patients based on the severity of injury or illness to determine the type of emergency care. Triage is based on ABCDE, the severity of the injury, the number of patients coming, the available health facilities and the likelihood of life of the patient. Triage nurses use ABC nursing such as airway, breathing and circulation, as well as skin color, humidity, temperature, pulse, respiration, level of awareness and visual inspection for deep wounds, gross deformities and bruises to prioritize care provided to patients in the emergency room. Principles of initial handling include primary and secondary surveys. In primary management prioritized on ABCDE (Airway, with cervical spine control, Breathing and circulation with bleeding control, disability and exposure) followed by resuscitation. Triage is a way of selecting patients based on therapeutic needs and available resources. Triage assessment is the process of assessing a patient based on the severity of a head injury or determining the type of emergency treatment. **Method:** Design of the research used correlation research method with samples 17 people. Sampling of this research using probability sampling with Proportionate stratified random sampling, research conducted in January 2017. **Result:** The result of the research found triage of nurse to head injured patient seen that majority of nurses succeeded in doing triage assessment as much as 14 people (82.36%). The correlation of the accuracy of the evaluation of the nurses Triage with the success rate of the patient's handling of Head Injury at IGD HKBP Balige Hospital with the result of Pearson Product Moment test with $r = 0.327$ which means there is a significant correlation between the accuracy of the nurse Triage assessment with the success rate of the patient's head injury at IGD of HKBP Balige. Therefore it is expected to the Hospital in order to maintain the results of fast response time and precisely, and further improve its services, especially in the emergency department.*

Key words: Triage assessment, handling, patient, head injuries

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan kegawatdaruratan merupakan hak asasi dan kewajiban yang harus diberikan

perhatian penting kepada setiap orang. Pemerintah dan segenap masyarakat bertanggungjawab dalam pemeliharaan dan peningkatan kualitas pelayanan

kesehatan kegawatdaruratan sebagai bagian utama dari pembangunan kesehatan sehingga pelaksanaannya tidak sporadik dan memiliki sistem pelayanan yang terstruktur (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi: Rumah Sakit Umum Kelas A, Rumah Sakit Umum Kelas B, Rumah Sakit Umum Kelas C, Rumah Sakit Umum Kelas D. Klasifikasi Rumah Sakit Umum ditetapkan berdasarkan: Pelayanan, Sumber Daya Manusia, Peralatan, Sarana dan Prasarana ; dan Administrasi dan Manajemen (Menteri Kesehatan RI, 2010). Salah satu bagian di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan adalah Instalasi Gawat Darurat, yang merupakan gerbang utama jalan masuknya penderita gawat darurat. IGD adalah suatu instalasi bagian rumah sakit yang melakukan tindakan berdasarkan triase terhadap pasien (Musliha, 2010).

Menurut Moewardi (2003), salah satu indikator keberhasilan

penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap atau *response time* sangat tergantung pada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Haryatun dan Sudaryanto, 2008).

Pelayanan gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap pasien gawat dan atau darurat dilayani oleh petugas IGD Rumah Sakit > 15 menit (Angka KPPGD Rumah Sakit, 2012). Pada kasus kegawatdaruratan seperti jika kita bertugas di ruangan gawat darurat kita harus dapat mengatur alur pasien yang baik terutama pada jumlah ruang yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama untuk menekan jumlah morbiditas dan mortalitas, serta pelabelan dan pengkategorian (Musliha, 2010).

Moewardi (2003) mengatakan salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada

penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana dan keberhasilan penanganan cedera kepala untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Haryatun & Sudaryanto, 2008).

Pelayanan gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap pasien gawat dan atau darurat dilayani oleh petugas IGD Rumah Sakit > 15 menit (Angka KPPGD Rumah Sakit, 2012). Pada kasus kegawatdaruratan seperti jika kita bertugas di ruangan gawat darurat kita harus dapat mengatur alur pasien yang baik terutama pada jumlah ruang yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama untuk menekan jumlah morbiditas dan mortalitas, serta pelabelan dan pengkategorian (Musliha, 2010).

Prinsip penanganan awal meliputi survey primer dan sekunder. Dalam penatalaksanaan primer yang diprioritaskan pada ABCDE (*Airway*, dengan *cervical spine control*, *Breathing* dan *circulation* dengan control perdarahan, *disability* dan *exposure*) yang kemudian dilanjutkan dengan resusitasi. Triase merupakan cara pemilihan penderita berdasarkan

kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Penilaian triase adalah proses menilai pasien berdasar beratnya cedera kepala atau menentukan jenis perawatan kegawatdaruratan (Musliha, 2010). Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah suatu tempat/unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang memberikan pelayanan pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanggulangan pasien gawat darurat yang terorganisir (Kementerian Kesehatan RI, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yanty, Darwin dan Misrawati, 2011 didapatkan petugas kesehatan IGD mayoritas memiliki pengetahuan yang tinggi terhadap tindakan triase berdasarkan prioritas sebanyak 17 orang responden (53,1%). Mayoritas petugas kesehatan IGD memiliki sikap yang positif terhadap tindakan triase berdasarkan prioritas sebanyak 19 orang responden (59,4%) dan sebagian besar petugas kesehatan IGD melaksanakan tindakan triase berdasarkan prioritas sesuai prosedur sebanyak 18 orang responden (56,3%).

Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (*Airway*,

dengan *cervical spine control*, *Breathing* dan *Circulation* dengan control pendarahan). Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit (Musliha, 2010). Pandangan pasien ini sangat penting karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali (Pohan, 2003).

Cedera kepala merupakan permasalahan kesehatan global sebagai penyebab kematian, disabilitas, dan defisit mental. Cedera kepala menjadi penyebab kematian utama disabilitas pada usia muda, penderita cedera kepala sering kali mengalami edema serebri yaitu akumulasi kelebihan cairan di intraseluler atau ekstraseluler ruang otak atau perdarahan intracarnial yang mengakibatkan meningkatnya tekanan intra kranial (Kumar, 2013).

Menurut WHO setiap tahun di Amerika Serikat hampir 150.000 kasus cedera kepala. Dari jumlah tersebut 100.000 diantaranya mengalami kecacatan dan 50.000 orang meninggal dunia. Saat ini di Amerika terdapat sekitar 5.300.000 orang dengan kecacatan akibat cedera kepala. Data insiden cedera kepala di Eropa pada tahun 2010 adalah 500 per 100.000 populasi. Insiden cedera kepala di

Inggris pada tahun 2005 adalah 400 per 100.000 pasien per tahun (Irawan, 2010). Prevalensi cedera kepala nasional adalah 8.2 persen, pravalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan (12,8%) dan terendah di Jambi (4,5%) dari survey yang dilakukan pada 15 provinsi. Riskesdas 2013 pada provinsi Jawa Tengah menunjukkan kasus cedera sebesar 7,7% yang disebabkan oleh kecelakaan sepeda motor 40,1%. Cedera mayoritas dialami oleh kelompok umur dewasa yaitu sebesar 11,3% (Depkes RI, 2013). Di negara berkembang seperti Indonesia, perkembangan industri dan perekonomian memberikan dampak terhadap cedera kepala yang semakin meningkat dan merupakan salah satu kasus yang sering dijumpai di ruang Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit (Miranda, 2014). Respon Time merupakan Penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*, artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Respon time merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan

penanganan (Suhartati dkk, 2011). Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Sekar, 2015). Ketepatan menurut Hughes (2008), Ketepatan adalah kemampuan untuk memberikan suatu tindakan sesuai dengan prioritas masalah. Menurut Kotler dalam Laksana (2008), ketepatan adalah suatu bentuk pelayanan yang diberikan sesuai dengan sistem, prosedur, maupun strategi operasional. IGD atau Instalasi Gawat Darurat, adalah layanan yang disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan

penanganan yang cepat (Sekar, 2015). Gawat suatu kondisi dimana korban harus segera ditolong, apabila tidak segera ditolong maka akan mengalami kecacatan atau kematian (Iskandar, 2006). Darurat suatu kondisi dimana korban harus segera ditolong tetapi penundaan pertolongan tidak akan menyebabkan kecacatan atau kematian (Iskandar, 2006). Dari keadaan tersebut, keputusan Kementerian Kesehatan tahun 2009 tentang Standar IGD bahwa indikator waktu tanggap di IGD ≤ 5 menit. Hal tersebut ditetapkan karena waktu tanggap perawat sangat berpengaruh terhadap penyelamatan pasien. Hasil penelitian Maatilu (2014) di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan hasil, waktu tanggap perawat di IGD RSUP Prof. Dr. R. D Kandou Makasar terhadap penanganan kasus gawat darurat dalam kategori lambat yaitu lebih dari 5 menit. Wilde (2009) telah membuktikan dalam penelitiannya bahwa pentingnya waktu tanggap bahkan pada pasien selain penderita jantung. Mekanisme tanggap, disamping menentukan keluasan rusaknya organ-organ dalam, juga dapat mengurangi beban pembiayaan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan

pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan waktu tanggap yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standart (Kepmenkes, 2009). Menurut Haryatun (2013) yaitu salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana.

Haryatun (2008) dalam hasil penelitiannya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu perawat pada penanganan pasien gawat darurat di IGD BLU RSUD Dr. Moerwadi didapatkan bahwa sebagian besar perawat yang ada di IGD memiliki ketepatan waktu lebih dari 5 menit yaitu sebanyak 17 (56,7%) responden. Sutawijaya (2009) mengatakan penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat

darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Sutawijaya, 2009).

Perawat merupakan seorang yang telah dipersiapkan merawat dan menyembuhkan orang yang sakit meliputi usaha rehabilitasi, pencegahan penyakit, yang dilaksanakan sendiri dibawah pengawasan dokter atau kepala ruangan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007). Di ruangan IDG perawat adalah sumber daya manusia di rumah sakit yang harus mampu memberikan pelayanan atau tindakan keperawatan secara profesional sehingga tingkat kepercayaan pasien dan keluarga terus meningkat terhadap perawat (Musliha, 2010).

Studi pendahuluan di RSUD HKBP Balige Toba Samosir yang merupakan rumah sakit umum Tipe B dimana rumah sakit ini merupakan rumah sakit umum rujukan di Kabupaten Toba Samosir. Data kunjungan pasien ke IGD selama bulan Oktober 2017-Januari 2018 berjumlah 451 pasien dan pasien dengan cedera kepala adalah 60 orang. Dengan tenaga perawat yang dinas di IGD RSUD

HKBP Balige berjumlah 22 orang. Dari observasi yang dilakukan pada 3 orang perawat di IGD RSU HKBP Balige rata-rata *response time* perawat selama 10-15 menit dan ketepatan penilaian triase 34%. Observasi dan wawancara yang dilakukan pada 2 pasien cedera kepala yang masuk ke IGD RSU HKBP Balige dengan kategori triase (*urgent*), setelah mendapatkan respon dan tindakan pertama dari perawat, 3 keluarga pasien mengatakan masih khawatir dengan tindakan perawat karena lamanya tindakan yang harus mereka jalani, mereka juga mengatakan perawat memberikan tindakan atau respon dari perawat yang ada di IGD kurang cepat. Berdasarkan data tersebut, maka saya tertarik untuk meneliti hubungan ketepatan penilaian Triase dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSU HKBP Balige Tahun 2018.

Triage berasal dari bahasa Prancis trier bahasa Inggris triage dan diturunkan dalam bahasa Indonesia triase yang berarti sortir, yaitu proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Sistem triase mulai dikembangkan mulai pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah

kunjungan UGD yang melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera (Oman, 2008). Triase dilakukan berdasarkan pada ABCDE, beratnya cedera, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien (Pusponegoro, 2010). Perawat triase menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam kehidupan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Bagus, 2007).

Menurut Brooker (2008), dalam prinsip triase diberlakukan sistem prioritas, prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat

ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan : 1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit. 2) Dapat mati dalam hitungan jam. 3) Trauma ringan. 4) Sudah meninggal. Triase adalah proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan prioritas perawatan gawat darurat medik. Artinya memilih berdasar prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini berdasarkan prioritas ABCDE.

Prioritas I (prioritas tertinggi) warna merah Mengancam untuk berat dan biru untuk sangat berat jiwa atau fungsi vital, perlu resusitasi dan tindakan bedah segera, mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penanganan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorak, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combutio (luka bakar) tingkat II dan III > 25%.

Prioritas II (medium) warna kuning. Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. Contoh: patah tulang

besar, combutio (luka bakar) tingkat II dan III < 25 %, trauma thorak/abdomen, laserasi luas, trauma bola mata.

Prioritas III (rendah) warna hijau. Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contoh luka superficial, luka-luka ringan. Prioritas 0 warna Hitam. Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala berat (Carpenito, 2008).

Menurut Oman (2008) penilaian triase terdiri dari a. Primary survey priorotas (ABC) untuk menghasilkan prioritas I dan seterusnya. b. Secondary survey pemeriksaan menyeluruh (Head to Toe) untuk menghasilkan prioritas I, II, III,0 dan selanjutnya. c. Monitoring korban akan kemungkinan terjadinya perubahan perubahan pada (A,B,C) derajat kesadaran dan tanda vital lainnya. Perubahan prioritas karena perubahan kondisi korban. Penanganan pasien UGD perawat dalam pelaksanaan triage harus sesuai dengan protap pelayanan triase agar dalam penanganan pasien tidak terlalu lama.

Protap dalam triase a. Pasien datang diterima petugas/paramedis UGD. b. Diruang triase dilakukan anamnese

dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya Oleh perawat. c. Bila jumlah penderita/korban yang ada lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triage (di depan gedung IGD). d. Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna. Salah satu metode yang paling sederhana dan umum digunakan adalah metode *Simple Triage and Rapid Treatment* (START). Pelaksanaan triage dilakukan dengan memberikan tanda sesuai dengan warna prioritas. Tanda triage dapat bervariasi mulai dari suatu kartu khusus sampai hanya suatu ikatan dengan bahan yang warnanya sesuai dengan prioritasnya. Jangan mengganti tanda triage yang sudah ditentukan. Bila keadaan penderita berubah sebelum memperoleh perawatan maka label lama jangan dilepas tetapi diberi tanda, waktu dan pasang yang baru (Hogan dan Burstein, 2007). Di dalam START model korban dibagi dalam 4 kelompok warna: Hitam/Deceased: Korban meninggal atau tidak bernafas meskipun jalan nafas sudah dibebaskan, korban meninggal dibiarkan di tempat kejadian dan diangkat belakangan setelah semuanya tertolong.

Merah/Immediate/Prioritas 1 Evakuasi: Korban dengan luka yang mengancam nyawa dimana dapat tertolong jika segera dievakuasi untuk mendapatkan perawatan lanjut. Korban membutuhkan perawatan lanjut atau tindakan operasi sesegera mungkin dibawah 1 jam dari waktu kejadian. Korban berada dalam kondisi kritis dan akan meninggal jika tidak segera ditolong. Kuning/Delayed/Prioritas 2 evakuasi: korban yang dapat ditunda evakuasi medis setelah korban prioritas 1 selesai dievakuasi. Korban dalam kondisi stabil, tapi tetap memerlukan perawatan lebih lanjut. Hijau/Minor/Prioritas 3 evakuasi: korban ini akan dievakuasi setelah prioritas 1 dan 2 selesai dievakuasi. Pasien dengan luka yang merlukan pertolongan dokter tapi bisa ditunda beberapa jam atau hari. Akan dimonitor terus sambil menunggu giliran evakuasi. Korban biasanya masih dapat berjalan (*Walking wounded*). Pasien dievakuasi setelah prioritas 2 selesai di evakuasi.

Proses triase mengikuti langkah-langkah proses keperawatan yaitu: **a. Pengkajian**, ketika komunikasi dilakukan perawat melihat keadaan pasien secara umum. Perawat mendengarkan apa yang dikatakan

pasien, dan mewaspadai isyarat oral. Riwayat penyakit yang diberikan oleh pasien sebagai informasi subjektif. Tujuan informasi dapat dikumpulkan dengan mendengarkan nafas pasien, kejelasan berbicara, dan kesesuaian wacana. Informasi tambahan lain dapat diperoleh dengan pengamatan langsung oleh pasien. Lakukan pengukuran objektif seperti suhu, tekanan darah, berat badan, gula darah, dan sirkulasi darah. **b. Diagnosa**, dinyatakan apakah masalah termasuk ke dalam kondisi *Emergency* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan). Urgen (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan) atau nonurgan. Diagnosa juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan, dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien untuk mencari perawatan. **c. Perencanaan**, rencana harus bersifat kolaboratif. Perawat harus dengan seksama menyelidiki keadaan yang berlaku dengan pasien, mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang penting, dan mengembangkan rencana perawatan yang diterima pasien. Hal ini sering membutuhkan proses negosiasi, didukung dengan pendidikan pasien. **d.**

Intervensi, dalam analisis akhir bisa memungkinkan bahwa perawat tidak dapat melakukan apa-apa untuk pasien. Oleh karena itu harus ada pendukung lain yang tersedia, misalnya dokter untuk menentukan tindakan yang diinginkan. **e. Evaluasi**, dalam konteks organisasi keperawatan, evaluasi adalah ukuran dari apakah tindakan yang diambil tersebut efektif atau tidak. Jika pasien tidak membaik, perawat memiliki tanggung jawab untuk menilai kembali pasien, mengkonfirmasi diagnosa urgen, merevisi rencana perawatan jika diperlukan, merencanakan, dan kemudian mengevaluasi kembali (Rutenberg, 2009).

METODE

Jenis penelitian ini adalah *correlation study*, dengan jumlah sampel sebanyak 17 orang dan menggunakan teknik probability sampling dengan *Proportionate stratified random sampling*. Pengambilan data dilakukan pada bulan Februari 2018 di RSUD HKBP Balige. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisa data dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson* pada tingkat kepercayaan 95%. Hak-hak responden dilindungi dari berbagai aspek dalam penelitian ini.

HASIL PENELITIAN

Tabel berikut menjelaskan karakteristik responden penelitian.

Tabel 1 Karakteristik Responden

Usia	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
12-16 tahun	1	5.9
17-25 tahun	9	52.9
26-35 tahun	6	35.3
36-45 tahun	1	5.9
Laki-laki	16	94.1
Wanita	1	5.9
Tidak sekolah	3	17.6
SMP	1	5.9
SMA	10	58.8
Sarjana	3	17.6
<1 tahun	8	47.1
1-2 tahun	8	47.1
>3 tahun	1	5.9

Tabel 2 Klasifikasi cedera kepala pasien di RSUD HKBP Balige

Klasifikasi	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
Ringan	7	41.17
Sedang	9	52.94
Berat	1	5.89
Jumlah	17	100

Mayoritas pasien mengalami cedera kepala sedang sebanyak 9 orang (52.94%) dan cedera kepala ringan sebanyak 7 orang (41.17%).

Penilaian Triase Pasien Cedera Kepala

Keberhasilan penilaian triase perawat terhadap pasien cedera kepala terlihat bahwa mayoritas perawat berhasil melakukan penilaian triase sebanyak 14 orang (82.36%).

Tabel 3 Keberhasilan Penilaian Triase

Keberhasilan penilaian Triase	Frekuensi	Persentase (%)
Berhasil	14	82.4
Cukup berhasil	3	17.6
Total	17	100

Distribusi Penanganan perawat pasien cedera kepala menunjukkan sebanyak sebanyak 14 orang (82.4%) melakukan penanganan yang baik terhadap pasien cedera kepala.

Hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala

Hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSUD HKBP Balige dengan hasil uji *Pearson Product Moment* dengan nilai $r = 0.327$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala, dengan nilai signifikansi 0.000 (<0.05),

maka Ho ditolak yaitu ada hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSUD HKBP Balige. Penelitian ini menggunakan tingkat kepercayaan 5% dan kekuatan uji 95%.

PEMBAHASAN

Penilaian Triase Pasien Cedera Kepala

Berdasarkan hasil analisa data menunjukkan penilaian triase perawat terhadap pasien cedera kepala terlihat bahwa mayoritas perawat berhasil melakukan penilaian triase sebanyak 14 orang (82.36%). Berdasarkan hasil tersebut berarti bahwa perawat IGD bisa melakukan penilaian triase dengan baik. Triage adalah cara pemilahan penderita korban gawat darurat berdasarkan skala prioritas yang didasarkan kepada kebutuhan terapi korban dan sumber daya yang tersedia. Kebutuhan terapi setiap korban didasarkan pada penilaian kondisi ABC (Airways, Breathing, Circulation) pasien tersebut dimana penilaian tersebut akan menggambarkan derajat keparahan kondisi korban.

Penilaian triase ini didukung oleh kemampuan perawat dalam melakukan penilaian karena didukung oleh beberapa faktor yaitu pendidikan perawata

minimal D3 Keperawatan dan sudah mendapat pelatihan BTCLS dan beberapa perawat sudah memiliki pengalaman diatas 5 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Haryatun (2008) dalam hasil penelitiannya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu perawat pada penanganan pasien gawat darurat di IGD BLU RSUD Dr. Moerwadi didapatkan bahwa sebagian besar perawat yang ada di IGD memiliki ketepatan waktu lebih dari 5 menit yaitu sebanyak 17 (56,7%) responden. Sutawijaya (2009) mengatakan penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*. Artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Sutawijaya, 2009).

Penanganan Pasien cedera kepala di Ruang IGD RSUD HKBP Balige

Berdasarkan analisa data menunjukkan bahwa Penanganan pasien cedera kepala menunjukkan sebanyak 14 orang (82.36%) melakukan penanganan yang baik terhadap pasien

cedera kepala. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala di ruang IGD RSUD HKBP Balige tinggi. Hal ini sesuai dengan teori Smeltzer (2001) perawat segera melakukan penatalaksanaan pada klien dengan cedera kepala antara lain. a. Dexamethason/kalmetason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma. b. Terapi hiperventilasi (trauma kepala berat) untuk mengurangi vasodilatasi. c. Pemberian analgetik. d. Pengobatan antiedema dengan larutan hipertonis yaitu; manitol 20%, glukosa 40% atau gliserol. e. Antibiotik yang mengandung barier darah otak (pinicilin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidazole. f. Makanan atau cairan infus dextrose 5%, aminousin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan) 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak.

Penanganan yang dilakukan saat terjadi cedera kepala adalah menjaga jalan nafas penderita, mengontrol perdarahan dan mencegah syok, imobilisasi penderita, mencegah terjadinya komplikasi dan cedera sekunder. Setiap keadaan yang tidak normal dan membahayakan harus segera diberikan tindakan resusitasi pada saat

itu juga (Hardi, (2008) cit Wahjoepramono, (2005)). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian multisenter yang dilakukan oleh Levin dkk (1987) terhadap 155 pasien dengan cedera kepala ringan, ditemukan keluhan pertama yang paling sering adalah nyeri kepala 82%. Penelitian yang dilakukan Rimel dkk. (1981) terhadap 500 pasien trauma kepala ringan menemukan 79% terdapat paling sedikit satu keluhan dalam suatu wawancara 3 bulan setelah cedera, 78 % mengeluh nyeri kepala (Japardi, 2004). Hasil penelitian menunjukkan klasifikasi cedera kepala pasien cedera kepala yang dirawat di RSUD HKBP Balige menunjukkan bahwa mayoritas pasien mengalami cedera kepala sedang sebanyak 9 orang (52.94%) dan cedera kepala ringan sebanyak 7 orang (41.17%). Dengan mengetahui klasifikasi cedera kepala pasien berarti menunjukkan bahwa perawat mampu melakukan penanganan cedera kepala dengan baik.

Berkaitan dengan cedera kepala, maka sangat penting sekali dalam melakukan penanganan yang cepat dan tepat. Pertimbangan paling penting dari cedera kepala adalah apakah otak telah mengalami cedera atau tidak dimana otak merupakan organ vital pengendali

sistem tubuh. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sabriyanti, dkk pada tahun 2012 yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan penilaian triase terhadap penanganan kasus pada respon time I di IGD bedah dan non bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Didapatkan hasil waktu tanggap penanganan kasus bedah sebagian besar tepat (< 5 menit) yaitu sebesar 67,9%.

Hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSU HKBP Balige

Hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD dengan hasil uji *Pearson Product Moment* dengan nilai $r = 0.327$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD dengan kekuatan hubungan rendah dan dengan arah korelasi positif. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Merlin Domili (2015) tentang Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap penilaian triase dengan Penanganan Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Provinsi Gorontalo dimana penelitian

menunjukkan ada hubungan Waktu Tanggap penilaian triase dengan Penanganan Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Provinsi Gorontalo sebagian besar waktu tanggap perawat pada penanganan cedera kepala adalah tepat (90%), terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan waktu tanggap dengan nilai $p=0,009$ dengan waktu tanggap perawat. Asumsi peneliti hal ini disebabkan oleh keterampilan kerja lebih dipengaruhi oleh lingkungan kerja dan keahlian semakin terasah dengan banyaknya kasus yang sudah ditangani di IGD, serta semua perawat sudah mengikuti pelatihan BTCLS. Oleh karena itu perawat dengan lulusan D3/D4 maupun S1 Ners sama-sama memiliki waktu tanggap yang tepat, sehingga tingkat pendidikan tidak berpengaruh signifikan pada waktu tanggap perawat. Hal ini dapat juga disebabkan oleh tingkat motivasi perawat dalam mempraktikkan keterampilan kerja. Nursalam (2013) menyatakan bahwa berkembangnya pendidikan keperawatan di Indonesia baik secara kuantitas maupun kualitas, sampai saat ini masih belum memberikan kontribusi yang bermakna terhadap peningkatan peran perawat secara profesional. Nursalam

mensinyalir bahwa pendidikan hanya difokuskan pada penyediaan tenaga perawat yang siap untuk pelayanan dan orientasi pendidikan yang sempit. Hasil ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Maatilu, dkk (2014) dengan hasil perawat vokasi sebanyak 60% dan perawat profesi sebanyak 40%. Dengan hasil uji statistik yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat pada penanganan pasien gawat darurat dengan nilai $p = 0,084$.

KESIMPULAN

1. Responden berdasarkan umur dalam penelitian ini menunjukkan menurut tingkat responden yakni umur responden 12-16 tahun sebanyak 1 orang (5.88%), 17-25 tahun sebanyak 9 orang (52.9%), 26-35 tahun sebanyak 5 (35,43%), 36-45 sebanyak 1 orang (5.88%), sebanyak 3 orang, SMP 1 orang, SMA 10 orang, sarjana orang, dan jenis kelamin mayoritas 16 orang.
2. Klasifikasi cedera kepala pasien cedera kepala yang dirawat di RSUD menunjukkan bahwa mayoritas pasien mengalami

cedera kepala sedang sebanyak 9 orang (52.94%) dan cedera kepala ringan sebanyak 7 orang (41.17%).

3. Keberhasilan penilaian triase perawat terhadap pasien cedera kepala terlihat bahwa mayoritas perawat berhasil melakukan penilaian triase sebanyak 14 orang (82.36%). Hubungan ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSUD HKBP Balige dengan hasil uji *Pearson Product Moment* dengan nilai $r = 0.327$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara ketepatan penilaian Triase perawat dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien Cedera Kepala di IGD RSUD HKBP Balige

SARAN

1. Bagi RS HKBP Balige Diharapkan kepada pihak Rumah Sakit agar dapat mempertahankan hasil waktu tanggap yang cepat dan tepat, serta lebih meningkatkan lagi pelayanannya khususnya di bidang gawat darurat.

2. Bagi Perawat
Diharapkan kepada perawat agar hasil penelitian ini menjadi bahan evaluasi untuk lebih meningkatkan potensi diri sehingga tercapai pelayanan optimal kepada pasien.
3. Bagi Institusi Pendidikan
Diharapkan kepada institusi pendidikan agar dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai bahan pertimbangan dan masukan untuk penelitian selanjutnya.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya
Diharapkan kepada peneliti selanjutnya agar lebih memperhatikan waktu penelitian agar dan lebih menambah faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi keberhasilan penanganan pasien cedera kepala.

Terima Kasih

Terima kasih sedalam-dalamnya saya ucapkan kepada Prof. Dr. Ing. K.T. Sirait selaku Ketua Yayasan TP. Arjuna atas segala kontribusi serta ketulusannya dalam penyelesaian penelitian ini sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan pada tahun 2018. Penulis juga berterima kasih kepada teman-

teman dosen di Akper YTP. Arjuna Laguboti yang telah membantu proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriyani, 2008. PMK No 129 Tahun 2008 Tengan SPM RS Lengkap.
- Achmad, A. K., S. A. Winarti, & N. R. Ramdani 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Lama Waktu Tanggap Perawat pada Penanganan Asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul. Jurnal. Universitas Respati Yogyakarta.
- Boswick J. A, Ir, MD. (1997). *Perawatan Gawat Darurat (Emergency Care)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah, vol 1*. EGC: Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2010, Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- Djemari, 2011 Pelayanan Gawat Darurat (Emergency Care) UGD.
- Hasan. L. (2012). *Hubungan Response Time Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat*

Badan Rumah Sakit Daerah
Kabupaten Banggai.

- Haryatun, 2008. Perbedaan Waktu Tanggap Tindakan Keperawatan Pasien Cedera Kepala Kategori 1 – V di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Moewardi. Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979-2697, Vol. 1. No.70 2, Juni 2008 69-74.
- Jusuf, M. I. 2014. Manajemen Neurologis Trauma Kapitis. Seminar Nasional Keperawatan Penatalaksanaan Terkini Pasien Cedera Kepala.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Thechnical Guidelines fer Health Crisis Responses on Disaster*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Mansjoer, Arif. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid II*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Menteri Kesehatan RI. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*.
- Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129, 2008. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta.
- Nanda International. (2013). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Oman. K. S., Koziol-Mclain. J., & Scheetz. L. J. (2012). *Keperawatan Emergensi*. EGC: Jakarta.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Praktek. Edisi 4 Vol 1*. Jakarta : EGC
- Pusponegoro, D Aryono. et al, (2010) *Buku Panduan Basic Trauma and Cardiac Life Support*, Jakarta : Diklat Ambulance AGD 118
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*.
- RSUD Deli Serdang. (2018).
- Setiadi. (2010). *Konsep dan Penelitian Riset Keperawatan Edisi 2*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stuart, W. S. (2002) *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: ECG.
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Bisnis (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.
- Sutawijaya, R. B. (2009). *Gawat Darurat, Aulia*. Yogyakarta: Publishing.