

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Pengetahuan**

###### **a. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan berasal dari kata “tahu”, yang dalam kamus bahasa Indonesia memiliki arti pengertian setelah melihat (menyaksikan, mengalami, dll), mengetahui dan memahami (Darsini et al., 2019).

Pengetahuan merupakan suatu pembentukan terus-menerus oleh individu ketika mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman yang baru (Riyanto, 2013).

Pengetahuan adalah segala hal yang diketahui, kepandaian, atau berkenaan dengan hal mata pelajaran (KBBI, 2018). Pengetahuan adalah domain yang penting dalam hal membentuk tindakan individu (Muhdar & Indria, 2018)

###### **b. Komponen Pengetahuan**

Komponen pengetahuan menurut Bahm (dikutip dalam Lake & Hadi, 2017), ilmu pengetahuan melibatkan 6 macam komponen utama, yaitu *Problem, attitude, method, activity, conclusion, dan effects*.

###### **1) *Problem* (masalah)**

Ada 3 karakteristik bahwa suatu masalah bersifat *scientific*, yaitu masalah itu sesuatu untuk dikomunikasikan, memiliki sikap ilmiah, dan harus dapat diuji.

2) *Attitude* (sikap)

Karakteristiknya antara lain adanya rasa ingin tahu tentang sesuatu, ilmuwan harus mempunyai usaha untuk memecahkan masalah, bersikap dan bertindak secara objektif, serta melakukan observasi dengan sabar.

3) *Method* (metode)

Metode ini berkaitan dengan hipotesis kemudian diuji. Hakikat ilmu terletak pada metodenya. Ilmu pengetahuan adalah sesuatu yang selalu berubah, demikian pula metode, serta tidak mutlak atau absolut.

4) *Activity* (aktivitas)

Ilmu pengetahuan merupakan bidang dimana para ilmuan terlibat melalui penelitian ilmiah, baik pribadi maupun sosial.

5) *Conclusion* (kesimpulan)

Ilmu pengetahuan adalah *a body of knowledge*. Kesimpulan adalah pemahaman yang dicapai sebagai hasil pemecahan masalah merupakan tujuan ilmu pengetahuan, yang diakhiri dengan pemberian dari *attitude, method, & activity*.

6) *Effects* (pengaruh)

Apa yang dihasilkan melalui ilmu pengetahuan akan menimbulkan dampak berupa dampak pengetahuan terhadap ekologi (*applied science*) dan dampak pengetahuan terhadap masyarakat dengan menerapkannya menjadi berbagai nilai. *Science*

lahir dari perkembangan masalah yang menjadi kecemasan akademik. Atas dasar masalah, para ilmuwan memiliki sikap untuk mengembangkan metode dan kegiatan dengan tujuan untuk menarik kesimpulan dalam bentuk teoritis, yang akan memberikan efek ekologis dan sosial yang baik.

### **c. Jenis Pengetahuan**

Pengetahuan menurut Fahrurrozi (2019) diklasifikasikan menjadi :

1) Berdasarkan Objek

a) Pengetahuan ilmiah

Pengetahuan ilmiah adalah semua hasil pemahaman manusia yang diperoleh menggunakan metode ilmiah. Dalam metodologi ilmiah akan menemukan berbagai kriteria & sistematika yang diperlukan dalam suatu pengetahuan. Pengetahuan ini disebut pengetahuan yang lebih sempurna.

b) Pengetahuan non ilmiah

Pengetahuan non ilmiah adalah pengetahuan yang diperoleh dengan menggunakan metode yang tidak termasuk dalam lingkup sains. Pengetahuan non ilmiah disebut juga pengetahuan pra-ilmiah. Singkatnya, dapat dikatakan bahwa pengetahuan non-ilmiah adalah hasil total dari pemahaman manusia terhadap suatu objek dalam kehidupan, terutama yang ditangkap indera manusia.

2) Berdasarkan Isi

a) Tahu bahwa

Pengetahuan tentang sesuatu, seperti mengetahui bahwa sesuatu telah terjadi sesuai dengan fakta. Jenis pengetahuan ini juga disebut pengetahuan ilmiah teoretis, meskipun tidak esoteris. Fondasi dari pengetahuan ini adalah informasi akurat tertentu.

b) Tahu bagaimana

Misalnya bagaimana melakukan sesuatu (*know-how*). Hal ini berkaitan dengan keterampilan atau keahlian dalam membuat sesuatu yang disebut sebagai pengetahuan praktis, sesuatu yang perlu dibenahi, diterapkan dan ditindaklanjuti. Dalam kaitan dengan ini pula kita mengenal pembagian pengetahuan inderawi dan pengetahuan akali.

c) Tahu akan

Pengetahuan ini diperoleh secara langsung melalui pengalaman pribadi sangat spesifik, berdasarkan pengenalan pribadi langsung terhadap objek. Pengetahuan ini ditandai dengan tingkat objektivitas yang tinggi.

d) Tahu mengapa

Pengetahuan ini berdasar pada refleksi, abstraksi serta penjelasan yang lebih mendalam dari pada tahu bahwa. Subyek ini lebih kritis dalam mencari data dengan membuat refleksi

lebih mendalam serta meniliti seluruh peristiwa yang berkaitan satu sama lain. Ini merupakan model pengetahuan yang sangat besar serta ilmiah.

#### **d. Sumber Pengetahuan**

Pengetahuan diperoleh melalui proses kognitif dimana seseorang harus memahami ilmu pengetahuan agar dapat mengetahuinya. Ada 6 hal penting sebagai alat untuk mencari informasi menurut Cahyono, 2019 diantaranya :

##### 1) Pengalaman indrawi

Pengalaman indrawi adalah cara paling penting dalam memperoleh pengetahuan. Melalui panca indera kita dapat mengidentifikasi dengan berbagai objek di luar diri kita. Penekanan kuat pada realitas inilah yang disebut realisme. Ketidakharmonisan pada seluruh sistem pancaindra dapat menyebabkan kesalahan.

##### 2) *Reasoning* (penalaran)

Penalaran adalah pekerjaan penalaran yang menghubungkan dua atau lebih gagasan untuk memperoleh informasi baru. Oleh karena itu sangat penting untuk mempelajari dasar-dasar berpikir, seperti : asas persamaan dalam arti sesuatu itu harus sama dengan dirinya sendiri ( $A = A$ ). Ketika dua pendapat berlawanan, tidak mungkin keduanya benar pada saat yang sama, atau objek yang sama memiliki dua predikat yang berlawanan pada saat yang sama. Dan *principium tertii exclusi* (prinsip bukan

kemungkinan ketiga). Dua pendapat yang berlawanan tidak bisa benar dan salah pada saat bersamaan. Kebenaran hanya dapat ditemukan di salah satu dari keduanya, dan tidak perlu pendapat atau kesempatan ketiga. Pengetahuan rasional adalah pengetahuan yang diperoleh semata-mata melalui praktik yang rasional dan tidak melibatkan pengamatan terhadap peristiwa yang sebenarnya. Misalnya, kalor diukur dalam derajat, berat dalam timbangan, dan jarak dalam meter.

### 3) Otoritas

Wewenang adalah kekuasaan atau kekuasaan yang sah yang dimiliki oleh seorang individu dan diakui oleh kelompoknya. Ia dipandang sebagai sumber informasi karena kelompoknya memiliki informasi melalui seseorang yang memiliki otoritas atas informasi mereka. Oleh karena itu, informasi ini tidak perlu lagi diperiksa otoritas orang tersebut.

### 4) Intuisi

Intuisi adalah kemampuan manusia (proses psikologis) untuk memahami sesuatu atau membuat pernyataan dalam bentuk pengetahuan. Pengetahuan intuitif tidak dapat dibuktikan dengan segera atau dengan kenyataan karena tidak ada pengetahuan sebelumnya. Kebalikan dari pengetahuan intuitif adalah pengetahuan diskursif. Informasi ini tidak diperoleh secara

langsung dan tidak terduga, tetapi bergantung pada banyak aspek lainnya.

5) Wahyu

Wahyu adalah informasi yang diterima dari Tuhan melalui para nabi dan rasul-Nya untuk kepentingan umat-Nya. Dasar pengetahuan adalah keyakinan terhadap sesuatu yang diturunkan dari sumber wahyu itu sendiri.

6) Kepercayaan

Iman menghasilkan apa yang disebut iman atau kepercayaan. Keyakinan ini didasarkan pada ajaran agama yang diungkapkan melalui norma dan aturan agama. Percaya diri juga dilihat sebagai kemampuan psikologis yang merupakan pematangan keyakinan. Keyakinan cenderung dinamis dan dapat beradaptasi dengan konteks, sedangkan keyakinan lebih bersifat statis.

**e. Metode Perolehan Pengetahuan**

Menurut (Timotius, 2017), Metode memperoleh pengetahuan dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1) Rasionalisme

Rasionalisme adalah aliran pemikiran nyata yang didasarkan pada akal dan membentuk dasar pengetahuan ilmiah yang menganggap pengalaman sebagai rangsangan bagi jiwa atau pikiran.

## 2) Empirisme

Bagi seorang filsuf empiris, pengalaman dan persepsi inderawi adalah satu-satunya sumber pengetahuan. Informasi dan fakta yang ditangkap oleh panca indera seseorang merupakan sumber pengetahuan.

## 3) Kritisme

Terdapat 3 jenis pengetahuan yaitu pertama, pengetahuan analitis, di mana predikatnya terkandung dalam subjek, atau predikatnya diketahui melalui dua analisis subjek. Misalnya, lingkaran itu bulat. Kedua, sintesis pengetahuan selanjutnya, di mana predikatnya dikaitkan dengan subjek berdasarkan pengalaman inderawi. Misalnya, hari ini hujan, yang merupakan hasil dari persepsi inderawi. Dengan kata lain, berdasarkan pengamatan saya, saya mengatakan  $S = P$ . Ketiga, pengetahuan sintetik apriori yang menegaskan bahwa nalar dan pengalaman inderawi diperlukan pada saat yang bersamaan.

## 4) Positivisme

Positivisme selalu muncul dari apa yang diketahui, fakta dan positif. Semua yang diketahui secara positif adalah sesuatu yang terwujud. Itulah sebabnya mereka menolak metafisika yang mengetahui realitas dan mempelajari hubungan antar fakta untuk memprediksi apa yang akan terjadi di masa depan, dari pada mempelajari sifat atau makna dari fakta tersebut.

## **f. Tingkatan Pengetahuan**

Tingkatan pengetahuan menurut Susanti (2013) antara lain :

### **1) Pengetahuan dalam kognitif**

Bidang ini mencakup kemampuan mereproduksi konsep atau prinsip terkait kemampuan berpikir, pencarian informasi, pengenalan, pemahaman, konseptualisasi, pengambilan keputusan dan penalaran. Tujuan pembelajaran bidang kognitif (intelektual), yaitu menurut Bloom semua fungsi yang berhubungan dengan otak dibagi menjadi 6 tingkatan dari tingkatan yang paling rendah sampai yang paling tinggi, dilambangkan dengan C (*Cognitive*), yaitu :

#### **a) C1 (*Knowledge*)**

Tingkatan ini menekankan pada kemampuan mengingat kembali materi yang dipelajari seperti pengetahuan tentang istilah, fakta spesifik, konvensi, tren dan siklus, klasifikasi dan kategori, kriteria dan metode. Tingkatan merupakan tingkatan yang paling rendah, tetapi merupakan prasyarat untuk tingkatan selanjutnya.

#### **b) C2 (*Comprehension*)**

Pada tingkat ini, pemahaman diartikan sebagai kemampuan memahami materi tertentu yang sedang dipelajari. Keterampilan ini adalah : translasi, interpretasi dan ekstrapolasi (kemampuan memperluas makna).

c) C3 (*Application*)

Pada level ini, penerapan didefinisikan sebagai kemampuan untuk menerapkan pengetahuan pada situasi dunia nyata dimana manusia mengetahui bagaimana menerapkan pemahamannya dengan menerapkannya pada kenyataan.

d) C4 (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk mengurai materi menjadi komponen-komponen yang lebih jelas. Kemampuan ini bisa berupa : analisis unsur (analisis bagian-bagian material), analisis hubungan dan analisis asas organisasi.

e) C5 (*Synthesis*)

Sintesis didefinisikan sebagai kemampuan untuk menghasilkan dan menggabungkan elemen untuk membentuk struktur yang unik. Kemampuan ini dapat berupa produksi pesan unik, rencana atau tindakan lengkap, dan hubungan abstrak.

f) C6 (*Evaluation*)

Evaluasi diartikan sebagai kemampuan untuk menilai kebermanfaatan sesuatu untuk tujuan tertentu dengan menggunakan kriteria yang jelas. Ada 2 jenis evaluasi, yaitu : evaluasi internal dan eksternal.

## 2) Pengetahuan afektif

Ranah afektif adalah ranah yang berkaitan dengan sikap, nilai, perasaan, emosi, dan tingkat penerimaan atau penolakan terhadap suatu objek dalam kegiatan belajar mengajar. Macam-macam ranah afektif antara lain :

### a) *Attending*

Kategori ini merupakan tingkat afektif terendah, meliputi penerimaan pasif terhadap masalah, situasi, gejala, nilai dan keyakinan.

### b) *Responding*

Kategori ini tentang tanggapan dan kesenangan dalam melakukan atau menanggapi sesuatu yang sesuai dengan nilai-nilai yang diterima masyarakat.

### c) *Valuing*

Kategori ini merujuk pada pemberian nilai, apresiasi, dan keyakinan terhadap suatu gejala atau stimulus tertentu.

### d) *Organization*

Kategori ini mencakup konseptualisasi nilai ke dalam sistem nilai dan pengesahan serta pengutamaan nilai-nilai yang ada.

### e) *Characterization*

Kategori ini mengacu pada integrasi semua sistem nilai yang dimiliki seseorang yang memengaruhi kepribadian dan

pola perilakunya. Proses internalisasi nilai berada di puncak hierarki nilai.

### 3) Pengetahuan psikomotorik

Bidang ini mencakup keterampilan kerja yang berkaitan dengan anggota tubuh dan keterampilan gerak fisik (motorik), yang terdiri dari gerak refleks, keterampilan gerak dasar, keterampilan perceptual, ketepatan, keterampilan kompleks, serta keterampilan ekspresif dan interpretatif. Kategori di area ini adalah :

#### a) Imitasi

Kategori imitasi ini adalah kemampuan untuk melakukan sesuatu berdasarkan contoh yang diamati, meskipun makna atau sifat dari kemampuan itu belum dipahami.

#### b) Manipulasi

Kategori ini adalah kemampuan untuk mengambil tindakan dan memilih dari kebutuhan yang dipelajari.

#### c) Pengalamianah

Kategori ini merupakan pertunjukan aksi dimana apa yang diajarkan dan dijadikan contoh sudah menjadi kebiasaan dan gerakan yang ditampilkan lebih meyakinkan.

#### d) Artikulasi

Kategori ini merupakan tahap dimana seseorang dapat melakukan keterampilan yang lebih kompleks, terutama yang berkaitan dengan gerakan interpretatif.

### **g. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut (Lestari, Suidah, & Chasanah, 2018), faktor yang mempengaruhi pengetahuan ada 2 yaitu :

1) Faktor internal

a) Umur

Umur merupakan usia seseorang yang dihitung dari lahir sampai dengan ulang tahun. Umur mempengaruhi pola pikir dan daya tangkap seseorang. Bertambahnya umur akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang.

b) Intelegensia

Intelegensia diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru.

c) Pengalaman

Pengalaman adalah sumber pengetahuan untuk mencapai kebenaran dengan mengulang pengetahuan yang diperoleh di masa lalu untuk memecahkan masalah. Secara umum, semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang, semakin banyak pengetahuan yang diperolehnya.

d) Jenis kelamin

Pada 2015, Universitas Tel Aviv melakukan studi menarik yang membandingkan otak pria dan wanita. Peneliti melakukan penelitian terhadap 1.400 orang di lokasi materi abu-abu otak.

Wanita lebih sering menggunakan otak kanannya, oleh karena itu wanita lebih baik melihat dari sudut pandang berbeda & menarik kesimpulan. Namun, berdasarkan penelitian Ragini Verma, otak wanita lebih mampu menghubungkan ingatan dan situasi sosial, itulah sebabnya wanita lebih mengandalkan emosi.

Menurut sebuah studi Tel Aviv, wanita menyerap informasi lima kali lebih cepat daripada pria. Pria memiliki keterampilan motorik yang jauh lebih kuat daripada wanita. Keterampilan ini dapat digunakan dalam aktivitas yang membutuhkan koordinasi tangan-mata yang baik. Menurut Witelson, otak laki-laki lebih rentan dibandingkan otak perempuan. Selain itu, perubahan seksual terjadi pada otak laki-laki yang dipengaruhi oleh hormon testosteron. Perbedaan respons antara perempuan dan laki-laki disebabkan karena perempuan memiliki pusat verbal di kedua sisi otaknya sedangkan laki-laki hanya memiliki pusat verbal di otak kiri.

## 2) Faktor eksternal

### a) Pendidikan

Pendidikan yaitu bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu untuk bertindak dan memenuhi kehidupan guna mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan

mempengaruhi partisipasi seseorang dalam pembangunan dan pada umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah memperoleh informasi.

b) Pekerjaan

Bekerja pada dasarnya adalah kegiatan yang dilakukan orang untuk mendapatkan bayaran dan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri. Lingkungan kerja dapat mengakibatkan seseorang secara langsung maupun tidak langsung memperoleh pengalaman dan pengetahuan. (Rahmawati dan Umbul, 2014).

c) Media massa / informasi

Seseorang dengan sumber informasi yang lebih banyak memiliki pengetahuan yang lebih luas.

d) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik fisik, biologis, maupun sosial. Misalnya, jika suatu daerah memiliki sikap menjaga kebersihan lingkungan, maka besar kemungkinan masyarakat sekitarnya juga memiliki sikap menjaga kebersihan lingkungan.

e) Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran akan berdampak pada pengetahuan yang dilakukan itu baik atau tidak.

#### **h. Pengukuran Pengetahuan**

Pengetahuan dapat diukur melalui wawancara atau kuesioner, dan apa yang diketahui atau ingin diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan responden, yang meliputi mengetahui, memahami, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi. Pertanyaan yang dapat digunakan untuk mengukur pengetahuan secara umum dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu pertanyaan subjektif, seperti pertanyaan berjenis esai, dan pertanyaan objektif, seperti pilihan ganda, benar-salah, dan pertanyaan sejenis (Fahrurrozi, 2019).

Pengetahuan diukur dengan cara mengajukan pertanyaan kemudian memberikan poin 1 untuk jawaban yang benar dan 0 untuk jawaban yang salah. Penilaian dilakukan dengan membandingkan jumlah poin harapan (tertinggi) dikalikan 100, hasilnya berupa persentase yang dibagi menjadi 3 kategori yaitu :

- 1) Tingkat pengetahuan kategori baik nilainya  $\geq 76\%$ .
- 2) Tingkat pengetahuan kategori cukup atau sedang nilainya 56-75%.
- 3) Tingkat pengetahuan kategori kurang nilainya  $\leq 55\%$  (Achmad Ali Fikri, Syamsul Arifin, 2022).

## **2. Sikap**

### **a. Definisi Sikap**

Menurut (Notoadmodjo, 2018) sikap merupakan kesediaan seseorang untuk bertindak atas dasar perasaan serta pikirannya berdasarkan nilai-nilai yang diyakininya. Sikap adalah reaksi atau

respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang tertutup (Ningsih et al., 2021).

Sikap merupakan pernyataan evaluatif terhadap suatu objek, orang, ataupun peristiwa (Agus, 2013).

### **b. Komponen Sikap**

Komponen *attitude* terdiri dari tiga komponen yang saling mendukung diantaranya :

- 1) Komponen kognitif, yaitu representasi dari apa yang diyakini oleh individu pemilik suatu sikap. Komponen kognitif mengandung keyakinan stereotipe individu tentang sesuatu yang dapat disamakan dengan suatu perlakuan (opini), terutama ketika menyangkut isu-isu kontroversial.
- 2) Komponen afektif adalah perasaan yang melibatkan aspek emosional.
- 3) Komponen proaktif adalah kecenderungan berperilaku yang didasarkan pada *attitude* seseorang untuk berperilaku relatif terhadap obyek sikap yang dihadapinya (Ayni, 2019).

### **c. Faktor Yang Mempengaruhi Sikap**

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap menurut Riyanto (2013) antara lain :

- 1) Pengalaman pribadi

Agar dapat dijadikan dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus menambah kesan yang kuat, karena sikap ini akan

lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi berada pada situasi yang melibatkan unsur emosional.

2) Pengaruh orang lain dianggap penting

Individu cenderung memiliki sikap konformitas atau kesejajaran dengan sikap individu lain yang dianggap penting.

3) Pengaruh budaya

Budaya telah menanamkan pedoman *attitude* pribadi pada berbagai persoalan.

4) Media massa

Pada surat kabar, buletin/media penyiaran lainnya, informasi perlu disampaikan baik secara jujur dan obyektif sering kali dipengaruhi *attitude* penulis dan konsumen.

5) Lembaga keagamaan & lembaga pendidikan

Sistem kepercayaan sangat ditentukan oleh konsep moral, ajaran lembaga pendidikan dan agama, jadi tidak mengherankan jika konsep ini akan mempengaruhi *attitude*.

6) Faktor emosional

*Attitude* adalah Pernyataan berbasis emosi berfungsi sebagai pelampiasan rasa frustrasi atau ego.

#### **d. Tahapan sikap**

Tahapan *attitude* menurut Wawan (2019) antara lain :

1) *Receiving* (penerimaan)

Penerimaan berarti individu menginginkan serta memperhatikan stimulus.

2) Menanggapi (*responding*)

Memberi jawaban ketika ditanya, menyelesaikan tugas yang telah diberikan merupakan sikap yang ditunjukkan karena usaha dari menyelesaikan tugas.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk memecahkan suatu masalah atau mendiskusikan suatu masalah dengan orang lain adalah sikap yang ketiga.

4) *Responsible* (tanggungjawab)

Mengambil semua risiko dan bertanggungjawab pada yang dipilih, ini merupakan yang tertinggi.

#### **e. Pengukuran Sikap**

Ranah afektif tidak bisa diukur dengan cara seperti ranah kognitif karena kemampuan diukur dalam ranah afektif merupakan penerimaan (*sustainmen*), respon, apresiasi, pengorganisasian, dan pengalaman. Skala yang digunakan untuk mengukur ranah afektif aktivitas seseorang terhadap objek diantaranya adalah skala sikap (Andrayoni et al., 2019).

Pengukuran disajikan dalam bentuk kategori yaitu positif, negatif, & netral. Sikap pada hakekatnya merupakan kecenderungan untuk bertingkah laku. Skala sikap dapat berbentuk pernyataan, yang dinilai responden, mendukung atau menolak pernyataan dengan berbagai nilai. Oleh karena itu, pernyataan disampaikan menjadi 2 kategori, yaitu positif & negatif. Skala sikap yang sering digunakan yaitu skala Likert. Pada skala Likert, pernyataan yang disampaikan baik positif maupun negatif dinilai oleh subjek yaitu sangat setuju, setuju, tidak punya pendapat, tidak setuju, dan sangat tidak setuju (Budiman & Agus, 2013).

### **3. Perawat**

#### **a. Definisi**

Menurut *American Nurses Association* (ANA) (2020), perawat adalah seseorang yang telah lulus program pendidikan keperawatan dan memiliki sertifikat atau lisensi yang diberikan oleh badan pengawas keperawatan di negara atau wilayah tempat mereka berpraktik.

Menurut (Nursalam, 2015) dalam bukunya yang berjudul "Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan", perawat adalah anggota tim kesehatan yang memainkan peran penting dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi intervensi keperawatan.

## **b. Fungsi Perawat**

Dalam menjalankan tugasnya, perawat memiliki beberapa fungsi menurut (Agustina, 2019) yaitu :

### 1) Fungsi independen

Fungsi independen adalah fungsi mandiri atau tidak bergantung pada orang lain, dimana perawat melakukan tugasnya secara mandiri, mengambil tindakan atas kebijakannya sendiri untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia.

### 2) Fungsi dependen

Fungsi dependen adalah fungsi perawat dimana mereka melakukan kegiatan berdasarkan informasi atau instruksi dari perawat lain.

### 3) Fungsi interdependen.

Fungsi interdependen adalah fungsi perawat yang dilakukan dalam tim yang saling bergantung di antara tim satu dengan lain.

## **c. Peran perawat**

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut (Aziz Alimul Hidayat, 2015) perawat memiliki peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut :

### 1) Pemberian perawatan (*Care Giver*)

Peran utama perawat yaitu memberi pelayanan keperawatan. Pemberian pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan dengan memenuhi kebutuhan asah, asih & asuh.

Misalnya memberikan asuhan keperawatan meliputi tindakan membantu klien baik secara fisik ataupun psikologis dengan tetap memelihara martabat klien.

2) Sebagai advokat keluarga

Dalam peran ini, perawat mewakili kebutuhan & harapan klien kepada profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi penyakitnya yang diketahui oleh dokter ataupun menyampaikan keinginan pasien yang lain.

3) Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan adalah suatu bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga ketika melakukan asuhan keperawatan harus mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari suatu penyakit atau masalah yang diderita pasien. Misalnya yaitu keamanan, karena setiap kelompok usia beresiko mengalami tipe cedera tertentu, penyuluhan preventif dapat membantu pencegahan cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan permanen & mortalitas akibat cedera.

4) Pendidik

Perawat harus mampu berperan sebagai edukator ketika memberikan asuhan kepada pasien, karena beberapa informasi dan cara untuk mengubah perilaku pasien atau keluarga harus selalu disampaikan melalui pendidikan kesehatan khususnya

keperawatan. Contohnya adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, perawat mengajari tentang terapi dan perawatan di rumah sakit, dan memastikan bahwa anggota keluarga dapat memberikan perawatan yang tepat setelah pulang dari rumah sakit (Kyle & Carman, 2015).

5) Konseling

Konseling adalah upaya perawat dalam menjalankan tugasnya dan menyediakan waktu untuk mengkonsultasikan masalah yang dihadapi pasien dan anggota keluarga, diharapkan berbagai masalah tersebut dapat diselesaikan secepatnya dan tidak ada kesenjangan antara perawat, anggota keluarga dan pasien.

6) Kolaborasi

Kolaborasi adalah kerja sama perawat dengan tim kesehatan lain dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan. Pelayanan keperawatan pasien dilakukan dengan melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, dan psikolog.

7) Pengambilan keputusan etik

Dalam pengambilan keputusan, perawat memiliki peran penting karena perawat selalu berhubungan dengan pasien kurang lebih 24 jam.

## 8) Peneliti

Sebagai peneliti perawat harus melaksanakan kajian keperawatan pasien, yang dapat dikembangkan dalam perkembangan teknologi keperawatan.

Menurut Puspitasari (2014), peran perawat adalah memberikan perawatan yang komprehensif dan mengusahakan kenyamanan dan kepuasan pasien, termasuk :

### 1) *Caring*

*Caring* adalah sikap rasa peduli, menghargai, dan menghormati orang lain, yang berarti memberi perhatian dan mempelajari kesukaan klien, serta bagaimana cara berpikir dan bertindak.

### 2) *Sharing*

*Sharing* berarti perawat selalu berbagi pengalaman dan pengetahuan atau berdiskusi dengan pasien.

### 3) *Laughing*

*Laughing* berarti tersenyum yang modal utama bagi perawat untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

### 4) *Crying*

*Crying* adalah respons emosional yang biasanya didapatkan perawat dari pasien dan perawat lain ketika mereka senang atau sedih.

5) *Touching*

*Touching* berarti sentuhan fisik atau psikis yang merupakan komunikasi simpatik yang bermakna.

6) *Helping*

*Helping* artinya perawat selalu siap membantu dengan penuh perhatian.

7) *Believing in other*

*Believing in other* berarti perawat percaya bahwa orang lain memiliki keinginan dan kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya.

8) *Learning*

*Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.

9) *Respecting*

*Respecting* berarti menunjukkan penghargaan serta rasa hormat kepada orang lain dengan menjaga kerahasiaan pasien dari pihak yang tidak berhak untuk mengetahuinya.

10) *Listening*

*Listening* artinya mau mendengar keluhan pasien.

11) *Feeling*

*Feeling* artinya perawat dapat menerima, merasakan, memahami perasaan pasien tentang sedih, gembira, frustasi dan puas.

## 4. Kualitas *Triage*

### a. Definisi Kualitas *Triage*

*Triage* berasal dari kata Perancis *Trier*, yang berarti mengelompokkan atau memilih (Anggraini & Oliver, 2019).

*Triage* diartikan sebagai pengelompokan korban berdasarkan tingkat keparahan cidera, yang mengutamakan *Airways* (A), *Breathing* (B) dan *Circulation* (C) dengan mempertimbangkan fasilitas, sumber daya manusia dan kemungkinan kelangsungan hidup pasien (Kartikawati, 2013).

*Triage* yang berkualitas adalah proses yang efektif, adil, dan didasarkan pada pengetahuan medis terkini (Farrokhnia & Goransson 2015).

### b. Tujuan *Triage* yang Berkualitas

Tujuan *triage* yang berkualitas (Setyohadi, 2013) adalah sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam jiwa.
- b. Memprioritaskan pasien sesuai kriteria akurasi.
- c. Mencari informasi yang lengkap mengenai kondisi pasien.
- d. Mengurangi *morbiditas* (angka kesakitan), *mortalitas* (angka kematian) serta kecacatan.

### c. Prinsip *Triage* yang Berkualitas

Prinsip *triage* yang berkualitas menurut Volkers (2019) adalah sebagai berikut :

- 1) *Triage* dilakukan secara segera & singkat.
- 2) Kemampuan menilai serta merespons dengan cepat menanggapi pilihan yang dapat diselamatkan dalam situasi darurat dari penyakit atau cedera yang mengancam jiwa.
- 3) Pengkajian dilakukan dengan benar serta akurat.
- 4) Ketepatan dan keakuratan data merupakan kunci dari pengkajian.
- 5) Keputusan dibuat berdasarkan penilaian pengkajian.
- 6) Keamanan dan efisiensi perawatan pasien direncanakan dengan informasi yang benar dan memadai.
- 7) Tanggung jawab yang terpenting dari proses *triage* adalah ketepatan pengkajian dan penanganan sesuai prioritas pasien.
- 8) Tercapai kepuasan pasien :
  - a) Perawat harus melakukan *triage* secara cepat, langsung serta simultan sesuai dengan keluhan pasien.
  - b) Menghindari penundaan pengobatan pada kondisi yang kritis.
  - c) Memberi dukungan emosional kepada pasien dan keluarga.
- 9) Menempatkan pasien pada tempat yang tepat dengan pelayanan yang tepat.

#### **d. Klasifikasi *Triage***

Menurut (Mardalena, 2019), *triage* diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, diantaranya sebagai berikut :

##### **1) Klasifikasi Perawatan Medis *Triage***

Klasifikasi *triage* dibagi menjadi 3 prioritas. Tiga prioritas tersebut yaitu darurat (*emergency*), mendesak (*urgent*) dan tidak mendesak (*nonurgent*). Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam *triage*. Pertimbangan ini didasarkan pada kondisi fisik, psikososial dan perkembangan. Ini termasuk gejala ringan, gejala berulang atau gejala peningkatan. Berikut klasifikasi pasien pada sistem *triage* antara lain :

###### **a) Gawat Darurat (Prioritas 1 : P1)**

Gawat darurat adalah keadaan yang mengancam jiwa dimana pasien memerlukan tindakan segera. Jika tindakan segera tidak dilakukan, pasien akan menderita luka yang dapat menyebabkan kematian. Kondisi tersebut dapat disebabkan oleh gangguan ABC (*airway, breathing, dan circulation*) dan/atau beberapa gangguan lainnya. Keadaan gawat darurat yang berakibat fatal, seperti henti jantung, trauma berat, perdarahan dan kehilangan kesadaran.

###### **b) Gawat tidak darurat (prioritas kedua : P2)**

Gawat tidak darurat adalah kondisi yang mengancam jiwa, namun kondisinya tidak memerlukan pertolongan segera.

Penanganan dapat dilakukan dengan tindakan resusitasi. Selain itu, dapat dilanjutkan dengan memberikan rekomendasi kepada dokter spesialis, tergantung penyakitnya. Pasien yang termasuk dalam kelompok P2 adalah pasien kanker stadium lanjut. Misalnya kanker serviks, anemia sel sabit dan berbagai penyakit yang mengancam nyawa, namun masih ada waktu untuk berobat.

c) Darurat tidak gawat (prioritas ketiga : P3)

Darurat tidak gawat adalah kondisi dimana pasien memiliki penyakit yang tidak mengancam jiwa tetapi membutuhkan tanggap darurat. Jika pasien P3 sadar dan tidak ada gangguan ABC, pasien dapat dirujuk ke poliklinik rawat jalan. Pasien bisa diobati, seperti maag, otitis, patah tulang kecil atau tertutup dan sejenisnya.

d) Tidak gawat tidak darurat (Prioritas keempat : P4)

Grade ini paling ringan diantara grade lainnya. Pasien dalam kategori P4 tidak memerlukan perawatan mendesak. Penyakit P4 merupakan penyakit ringan. Misalnya panu, flu, batuk dan penyakit ringan seperti demam.

2) Klasifikasi tingkat prioritas

Klasifikasi tingkat prioritas dibagi menjadi 4 kategori warna. Sebagian besar kode warna ini digunakan untuk menentukan keputusan dan tindakan penyelamatan jiwa. Intervensi

sering digunakan untuk mengidentifikasi cedera. Ini disebut operasi penyelamatan jiwa dan biasanya dilakukan sebelum kategori penyortiran ditentukan. Sebelum fase intervensi, berikut adalah beberapa warna yang sering digunakan untuk penyortiran :

a) Merah

Warna merah digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan segera atau prioritas utama. Warna merah menunjukkan bahwa pasien berada dalam kondisi yang mengancam jiwa yang mempengaruhi organ vital. Pasien pada prioritas utama sering kali mengalami respirasi > 30 x/menit, tidak ada nadi radialis dan penurunan kesadaran. Misalnya, pasien yang membutuhkan tindakan pembedahan, resusitasi, CKR (cedera kepala berat), atau serangan jantung.

b) Kuning

Pasien dengan label warna kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Label kuning prioritas kedua setelah label merah. Jika tidak segera ditangani, bisa mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam jiwa. Pasien dengan prioritas kedua mengalami respiration > 30 kali per menit, nadi teraba dan status mental normal. Misalnya, pasien dengan luka bakar *grade* II dan III kurang dari 25 % mengalami cedera dada, bola mata, dan laserasi. Prioritas kedua, meliputi luka bakar di area vital seperti kemaluan dan saluran pernafasan,

cedera kepala atau *hematoma subdural* yang ditandai dengan muntah serta perdarahan yang terjadi seperti pada telinga, mulut dan hidung.

c) Hijau

Hijau adalah prioritas ketiga. Warna hijau berarti pasien hanya membutuhkan perawatan dan pemeliharaan normal. Pasien tidak dalam keadaan gawat darurat yang menunjukkan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau penyakit ringan, seperti luka yang ringan (*superfisial*), patah tulang kecil disertai dengan pendarahan, benturan atau luka ringan, *histeria*, dan luka bakar ringan.

d) Hitam

Hitam digunakan untuk pasien yang memiliki peluang bertahan hidup sangat rendah. Umumnya, pasien dengan luka atau penyakit serius diberi tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum menemukan cara untuk menyembuhkannya. Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk memperpanjang hidup pasien adalah perawatan suportif. Warna hitam juga diberikan pada pasien yang tidak bernafas setelah tindakan penyelamatan. Kategori prioritas hitam mencakup pasien yang menderita cedera kepala otak, cedera tulang belakang, dan pasien dengan banyak cedera. Dari empat

klasifikasi berdasarkan prioritas di atas, warna berikut ditentukan berdasarkan situasi kegawatdaruratan pasien.

3) Klasifikasi berdasarkan tingkat kedaruratan

Klasifikasi ini mempunyai arti krusial sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di IGD. Terdapat dua cara yang biasa dilakukan yaitu validitas dan reabilitas. Validitas merupakan taraf akurasi sistem kedaruratan. Validitas diakukan agar mengetahui strata *triage* dan membedakan taraf kedaruratan sesuai dengan standar. Reabilitas dilakukan dengan cara perawat yang menangani pasien sama dan menentukan taraf kedaruratan yang sama juga. Keduan cara itu sering digunakan menganalisis serta menentukan kebijakan pada pasien yang dirawat di IGD.

4) Klasifikasi tingkat akut

Berdasarkan tingkat akut dibagi menjadi lima tingkat antara lain :

a) Kelas I

Kelas I meliputi pasien yang mampu menunggu dalam jangka waktu lama tanpa membahayakan nyawa, misalnya pasien mengalami memar kecil.

b) Kelas II

Kelas II meliputi pasien dengan penyakit ringan dan tidak dalam bahaya, misalnya pilek, demam biasa atau sakit gigi.

c) Kelas III

Kelas III meliputi pasien dengan kondisi semi mendesak yang tidak bisa menunggu lebih lama lagi. Pasien hanya bisa menunggu sekitar dua jam sebelum perawatan misalnya pasien dengan otitis media.

d) Kelas IV

Kelas IV meliputi pasien yang tidak bertahan kurang dari dua jam. Pasien dapat bertahan hidup hanya selama pengobatan sebelum tindak lanjut. Pasien kelas IV ini *urgent* dan mendasar, misalnya penderita asma, patah tulang pinggul atau maag berat.

e) Kelas V

Kelas V meliputi pasien dengan kondisi gawat darurat. Jika pasien terlambat menerima pengobatan, dapat mengakibatkan kematian, misalnya, shock, serangan jantung dan gagal jantung.

5) Klasifikasi berdasarkan lokasi kejadian

Ada tiga jenis *triage in hospital* antara lain sebagai berikut :

a) *Traffic Director*

*Triage* ini disebut *triage non nurse*. Perawat bukanlah karyawan berlisensi melainkan melakukan penilaian visual dengan cepat dan akurat dengan menanyakan keluhan utama pasien. Tipe ini tidak berbasis standar dan tidak menggunakan dokumentasi.

b) *Spot Check Triage*

*Triage* ini menggunakan sistem *advanced* dimana perawat dan dokter harus berlisensi untuk melakukan penilaian. Penilaian dilakukan secara cepat, meliputi penilaian latar belakang & evaluasi, baik penilaian subyektif maupun obyektif.

c) *Triage Komprehensif (Comprehensive Triage)*

*Triage* Komprehensif adalah jenis yang menggunakan sistem *advanced* yang diterapkan untuk perawat yang tidak berlisensi. Perawat diberi pelatihan serta pengalaman *triage*. Pelatihan ini juga membekali perawat dengan tes diagnostik, dokumentasi, penilaian ulang pasien, dan manajemen khusus.

Tidak semua perawat mempunyai kualifikasi, kapasitas serta kewenangan untuk melakukan *triage*. *Emergency Nurses Association* (ENA) mencatat bahwa ada sejumlah kualifikasi, termasuk mengikuti pelatihan *triage* secara formal, mengikuti pelatihan *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), dan *Registered Nurse* (RN).

**e. Keterampilan Dalam Penilaian Kualitas *Triage***

Menurut Musliha (2019) ada 2 keterampilan dalam penilaian kualitas *triage* yaitu :

### 1) *Primary Survey*

*Primary Survey* adalah penilaian status pasien dan signifikansi pengobatan berdasarkan jenis pengobatan, stabilitas tanda-tanda vital dan penilaian status pasien. *Primary survey* diantaranya sebagai berikut :

#### a) *Airway guard* dengan *control servikal*

Hal pertama yang dinilai adalah patensi jalan napas. Pemeriksaan ini meliputi *obstruksi* jalan napas, *fraktur* wajah, *fraktur mandibula* atau *maksila*, dan *fraktur trakea*. Upaya membebaskan jalan napas harus melindungi *vertebra servikal*, karena kemungkinan terjadinya *fraktur servikal* harus selalu diperhatikan. Dalam hal ini, "*chin lift*" atau "*jaw thrust*" dapat dilakukan. Saat memeriksa dan memperbaiki jalan napas, perhatian harus diberikan untuk memastikan bahwa leher tidak meregang, tertekuk, atau terputar.

#### b) *Breathing* (pernapasan) dan ventilasi

*Airway* yang baik tidak menjamin ventilasinya baik. Pertukaran gas selama bernafas diperlukan untuk pertukaran oksigen dan pembuangan karbon dioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik yaitu : paru-paru, dada, dan diafragma melakukan fungsinya dengan baik. Semua komponen ini harus dievaluasi dengan cepat.

c) *Circulation* (sirkulasi) serta kontrol perdarahan.

Perdarahan merupakan penyebab utama kematian pasca operasi, yang dapat ditangani dengan penanganan yang cepat dan tepat di rumah sakit.

a) *Disability* (ketidakmampuan)

Status neurologis, tingkat kesadaran, ukuran pupil, dan reaksi pupil dinilai dengan cepat. GCS (*Glasgow Coma Scale*) adalah sistem penilaian sederhana untuk memprediksi hasil pasien.

b) *Exposure* (kontrol lingkungan)

*Exposure* dilakukan dengan membuka pakaian pasien untuk pemeriksaan fisik. Pada saat melakukan *exposure*, pasien diberikan selimut untuk mencegah hipotermi.

2) Pemeriksaan Sekunder (*Secondary Survey*)

Pemeriksaan sekunder dilakukan sesudah pemeriksaan primer, resusitasi dan kondisi pasien stabil. Pemeriksaan ini berupa pemeriksaan *head to toe* (kepala hingga ujung kaki) yang meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital yang pemeriksaannya terdiri dari fokus pengkajian dan penilaian *head to toe*.

#### **f. Faktor yang Mempengaruhi Sistem *Triage* yang Berkualitas**

Faktor-faktor yang mempengaruhi sistem *triage* yang berkualitas meliputi : (Schwarz et al, 2014)

- 1) Jumlah petugas professional yang memenuhi syarat dan model hubungan kerja.
- 2) Jumlah kunjungan pasien & pola kunjungan pasien.
- 3) Rencana konstruksi fisik ruang gawat darurat.
- 4) Terdapat poli klinik dan layanan kesehatan.

**g. Alur Pelaksanaan *Triage* yang Berkualitas**

Alur pelaksanaan *triage* menurut Pusponegoro (2016) ada 2 yaitu :

- 1) *True emergency* adalah pelayanan kegawatdaruratan yang memberikan pertolongan pertama dalam diagnosa, upaya menyelamatkan jiwa, mengurangi kecacatan serta angka kesakitan pasien sebelum dirujuk.
- 2) *False Emergency* adalah pasien yang tidak memerlukan pemeriksaan dan pengobatan segera, dapat menunggu sesuai dengan nomor antrian. Akan tetapi, masih diobservasi oleh petugas kesehatan.

**h. Proses *Triage* dalam Keperawatan**

Proses *triage* menurut Rutenberg (2019) ada 5 yaitu :

- 1) Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Perawat dalam melakukan pengkajian akan didapatkan data subjektif dan

objektif. Data subjektif didapatkan melalui komunikasi dengan pasien. Perawat mendengarkan apa yang dikatakan pasien dan waspada terhadap isyarat verbal. Data subjektif misalnya didapatkan riwayat penyakit pasien. Data objektif dapat diperoleh seperti mendengarkan pernapasan pasien, kejernihan bicara, dan ketepatan bicara. Hasil datanya seperti mengi, sesak napas, batuk produktif, bicara cadel, kebingungan, dan disorientasi adalah contoh data objektif yang dapat dinilai dengan mudah. Informasi tambahan lainnya dapat diperoleh melalui pengamatan langsung terhadap pasien. Lakukan pengukuran objektif seperti suhu, tekanan darah, berat badan, gula darah, dan sirkulasi.

## 2) Diagnosa

Dalam *triage*, diagnosis dilakukan sebagai tindakan mendesak. Apakah masalahnya adalah keadaan darurat (ancaman terhadap kehidupan, anggota tubuh, atau kecacatan). Mendesak (ancaman terhadap nyawa, anggota tubuh atau kecacatan) atau tidak mendesak.

## 3) Intervensi

Intervensi dilakukan kolaboratif. Perawat harus cermat terhadap kondisi umum pasien, mengidentifikasi faktor yang penting, serta mengembangkan rencana perawatan yang akan diberikan pada pasien.

#### 4) Implementasi

Implementasi lebih lanjut dilakukan untuk stabilitas korban.

Prinsipnya adalah melakukan semua pelayanan kesehatan yang telah didokumentasi dan mencatat semua hasil yang ditemukan.

Dalam hal ini perawat berkolaborasi dengan dokter dalam melakukan tindakan untuk keselamatan pasien dengan tepat. oleh sebab itu, Perawat *triage* memiliki peran yang penting untuk kesinambungan perawatan kepada pasien.

#### 5) Evaluasi

Evaluasi adalah ukuran efektivitas tindakan yang diambil.

Jika pasien tidak membaik, adalah tanggung jawab perawat untuk mengevaluasi kembali pasien, memastikan diagnosis mendesak, memodifikasi rencana perawatan jika perlu, merencanakan, dan kemudian mengevaluasi kembali.

##### i. **Komponen Kualitas *Triage***

Berikut adalah komponen kualitas *triage* menurut Farrokhnia & Goransson (2015) :

###### 1) Penilaian yang cermat

*Triage* yang berkualitas melibatkan penilaian yang cermat terhadap kondisi pasien. Perawat yang ahli dalam *triage* akan memperhatikan gejala, tanda vital, riwayat medis, dan faktor lain yang relevan untuk menentukan tingkat keparahan kondisi pasien.

2) Sistem klasifikasi yang jelas

*Triage* yang berkualitas didasarkan pada sistem klasifikasi yang jelas dan mudah dipahami. Ada beberapa sistem klasifikasi yang digunakan, seperti Sistem *Triage* Akut atau Sistem Penilaian *Triage* Skala Warna. Sistem ini memungkinkan petugas medis untuk dengan cepat mengidentifikasi tingkat keparahan pasien dan memberikan prioritas perawatan yang sesuai.

3) Panduan dan protokol yang diperbarui

Perawat yang ahli dalam *triage* akan mengacu pada panduan dan protokol terkini yang dikembangkan oleh organisasi medis terkemuka. Panduan ini memberikan kerangka kerja yang jelas untuk melakukan *triage* yang efektif dan berfokus pada bukti-bukti terbaru dalam penilaian kondisi pasien dan prioritas perawatan.

4) Pelatihan dan pengalaman

Perawat harus memiliki pelatihan yang memadai dalam proses *triage* dan pengalaman dalam menangani situasi darurat. Mereka harus memiliki pengetahuan yang solid tentang penilaian medis, manajemen keadaan darurat, dan penggunaan sumber daya medis yang terbatas.

5) Transparansi dan komunikasi yang baik

*Triage* yang berkualitas melibatkan komunikasi yang baik antara petugas medis, pasien, dan keluarga. Penjelasan yang jelas

tentang alasan dibalik keputusan *triage* dapat membantu membangun kepercayaan dan mengurangi kebingungan atau ketidakpuasan.

6) Evaluasi dan peningkatan

Perawat *triage* akan terus mengevaluasi dan meningkatkan prosedur *triage* berdasarkan umpan balik dan pengalaman di lapangan. Mereka akan terlibat dalam refleksi pasca-*triage* dan memperbaiki proses berdasarkan pelajaran yang dipetik dari situasi darurat sebelumnya.

**j. Standar Operasional Prosedur *Triage***

Adapun standar operasional prosedur *triage* menurut STARKES (2016) antara lain :

- 1) Pasien datang diseleksi/ditriage berdasarkan kegawatdaruratannya, dengan kategori :
  - a) Pasien gawat darurat
  - b) Pasien gawat tidak darurat
  - c) Pasien darurat tidak gawat
  - d) Pasien tidak gawat tidak darurat
  - e) Kecelakaan
- 2) Setelah diseleksi pasien :
  - a) Gawat darurat
    - 1) Pasien yang mengalami gagal jantung paru disalurkan ke ruang resusitasi

- 2) Pasien yang tidak mengalami gagal jantung paru disalurkan ke tempat periksa / tempat tindakan bedah
- b) Gawat tidak darurat dan darurat tidak gawat
- 1) Kasus bedah ke tempat periksa/ observasi
  - 2) Bukan kasus bedah ke tempat periksa / observasi
- c) Tidak gawat tidak darurat
- 1) Pada jam kerja disalurkan ke poliklinik
  - 2) Diluar jam kerja dilayani seperlunya setelah kasus – kasus gawat darurat terlayani
- d) Kecelakaan disalurkan ke tempat tindakan bedah
- e) Pasien datang dalam keadaan meninggal (DOA) disalurkan ke kamar jenazah

**k. Pengetahuan Mempengaruhi Kualitas *Triage***

Pengetahuan dalam melakukan kualitas *triage* berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang tepat apakah pasien tersebut perlu pertolongan segera atau tidak, dengan tetap memperhatikan kemungkinan komplikasi yang muncul setelah dilakukan *triage*. Keterampilan petugas penting dalam penilaian awal untuk memprioritaskan perawatan pasien atas dasar pengambilan keputusan yang tepat, untuk mendukung hal tersebut diperlukan pengetahuan dan keterampilan khusus dalam hal pemisahan jenis dan kegawatan pasien dalam *triage*, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Volkers, 2019).

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nasim (2016), bahwa pengetahuan yang baik sangat berpengaruh pada *triage* yang berkualitas, pengetahuan baik dimiliki dalam bentuk tindakan dimana perawat harus memiliki kemampuan baik dalam komunikasi efektif, objektifitas dan kemampuan dalam membuat keputusan klinis secara tepat dan agar penilaian *triage* setiap pasien menjadi maksimal. Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) pengetahuan *triage* yang berkualitas sangat dibutuhkan terutama dalam pengambilan keputusan klinis dimana pengetahuan sangat penting dalam penilaian awal. Semakin baik tingkat pengetahuan maka akan semakin terampil dalam pelaksanaan *triage*. Pengetahuan yang tinggi seseorang akan melaksanakan semua tugas secara efektif dan efisien, sehingga kinerja semakin membaik. Seseorang dengan tingkat pengetahuan yang tinggi dapat mematuhi setiap tindakan yang dilakukannya (Rifaudin et al., 2020).

Seorang petugas kesehatan IGD harus mampu mampu bekerja di IGD dalam menanggulangi semua kasus gawat gawat darurat, maka dari itu dengan adanya pelatihan kegawadaruratan diharapkan setiap petugas kesehatan IGD selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan. Petugas kesehatan IGD sedapat mungkin berupaya menyelamatkan pasien sebanyak – banyaknya dalam waktu yang singkat apabila ada konsisi pansen gawat darurat yang datang berobat ke IGD. Pengetahuan petugas IGD sangat

dibutuhkan dalam proses *triage* yang berkualitas sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Mariella, 2019).

Berikut adalah beberapa faktor pengetahuan yang mempengaruhi kualitas *triage* di rumah sakit menurut Mardalena (2019) yaitu

1) Pengetahuan tentang protokol *triage* rumah sakit

Setiap rumah sakit memiliki protokol *triage* yang berbeda.

Penting bagi tenaga medis untuk memiliki pemahaman yang mendalam tentang protokol *triage* yang digunakan di rumah sakit tempat mereka bekerja. Ini termasuk pemahaman tentang kriteria dan kategori *triage*, alur kerja *triage*, dan pengetahuan tentang algoritma atau pedoman yang diikuti.

2) Pengetahuan medis yang mendalam

Pengetahuan medis yang kuat sangat penting dalam *triage*.

Tenaga medis harus memiliki pemahaman yang baik tentang berbagai kondisi medis, tanda dan gejala penyakit, serta prioritas penanganan dan pengobatan yang tepat. Ini membantu dalam mengenali tanda-tanda kondisi yang mengancam jiwa dan mengalokasikan sumber daya dengan bijaksana.

3) Pemahaman tentang sumber daya rumah sakit

Pengetahuan tentang sumber daya rumah sakit, termasuk peralatan medis, fasilitas, dan staf yang tersedia, sangat penting dalam menentukan prioritas penanganan pasien dalam triase.

Pemahaman tentang kapasitas dan ketersediaan tempat tidur, ruang

gawat darurat, fasilitas diagnostik, dan kemampuan personel medis dapat membantu mengatur prioritas penanganan.

- 4) Pengetahuan tentang kebijakan dan standar keamanan rumah Sakit  
Rumah sakit memiliki kebijakan dan standar keamanan yang harus dipatuhi oleh tenaga medis. Pengetahuan tentang kebijakan ini, termasuk tata tertib rumah sakit, prosedur keamanan, dan privasi pasien, sangat penting untuk menjaga kualitas triage yang baik.

- 5) Pelatihan dan pembaruan pengetahuan

Pelatihan reguler dan pembaruan pengetahuan medis sangat penting dalam meningkatkan kualitas *triage*. Mengikuti pelatihan terbaru, kursus pendidikan berkelanjutan, dan seminar dalam bidang *triage* akan membantu tenaga medis tetap up-to-date dengan praktik terbaru dan meningkatkan keterampilan mereka dalam *triage*.

- 6) Pengalaman dan keterampilan praktis

Selain pengetahuan teoritis, pengalaman dan keterampilan praktis dalam melakukan *triage* juga berperan penting. Melakukan *triage* secara rutin dan mendapatkan umpan balik dari rekan sejawat dapat membantu meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan yang cepat dan tepat dalam situasi *triage* yang kompleks.

## **I. Sikap Mempengaruhi Kualitas *Triage***

Sikap perawat dapat mempengaruhi kualitas *triage* dimana perawat memiliki peran yang sangat penting dalam proses *triage* dan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Berikut adalah sikap perawat dapat mempengaruhi kualitas *triage* menurut Yuliano (2019) :

### **1) Komunikasi**

Sikap perawat yang baik dalam berkomunikasi dengan pasien dapat membantu dalam memperoleh informasi yang akurat tentang kondisi pasien. Komunikasi yang efektif juga melibatkan kemampuan mendengarkan dengan empati dan menjawab pertanyaan atau kekhawatiran pasien dengan jelas. Sikap komunikatif yang baik dapat meningkatkan pemahaman tentang keadaan pasien dan memastikan bahwa prioritas perawatan yang tepat ditetapkan.

### **2) Empati**

Sikap empati dari perawat dapat menciptakan hubungan yang baik antara perawat dan pasien. Dalam konteks *triage*, perawat yang memperlihatkan empati kepada pasien yang mengalami kondisi yang mendesak dapat memberikan dukungan psikologis dan membangun kepercayaan. Hal ini dapat mempengaruhi pengalaman pasien dan membantu mengurangi stres atau kecemasan yang mungkin mereka alami.

### 3) Kecepatan dan efisiensi

Sikap perawat yang tanggap, cepat, dan efisien dalam melaksanakan tugas *triage* dapat mempengaruhi kualitas *triage*. Perawat harus mampu mengenali tanda-tanda kegawatdaruratan dan segera mengambil tindakan yang diperlukan. Sikap yang terorganisir dan berorientasi pada hasil dapat membantu dalam menjaga aliran kerja yang lancar dan mengurangi waktu tunggu pasien.

### 4) Kolaborasi

Sikap kolaboratif perawat dengan petugas *triage* lainnya juga berperan penting dalam kualitas *triage*. Kerjasama yang baik dengan petugas *triage*, dokter, dan anggota tim medis lainnya dapat meningkatkan pertukaran informasi yang penting dalam menilai keadaan pasien dengan tepat. Sikap kolaboratif juga membantu dalam mengoordinasikan upaya perawatan dan memastikan perawatan yang komprehensif.

### 5) Profesionalisme

Sikap perawat yang profesional dan etis sangat penting dalam *triage*. Hal ini melibatkan menghormati privasi pasien, menjaga kerahasiaan informasi medis, dan tidak diskriminatif dalam memberikan perawatan. Sikap yang profesional membantu membangun kepercayaan dan keyakinan pasien dalam tim perawatan mereka.

## 6) Penyesuaian diri

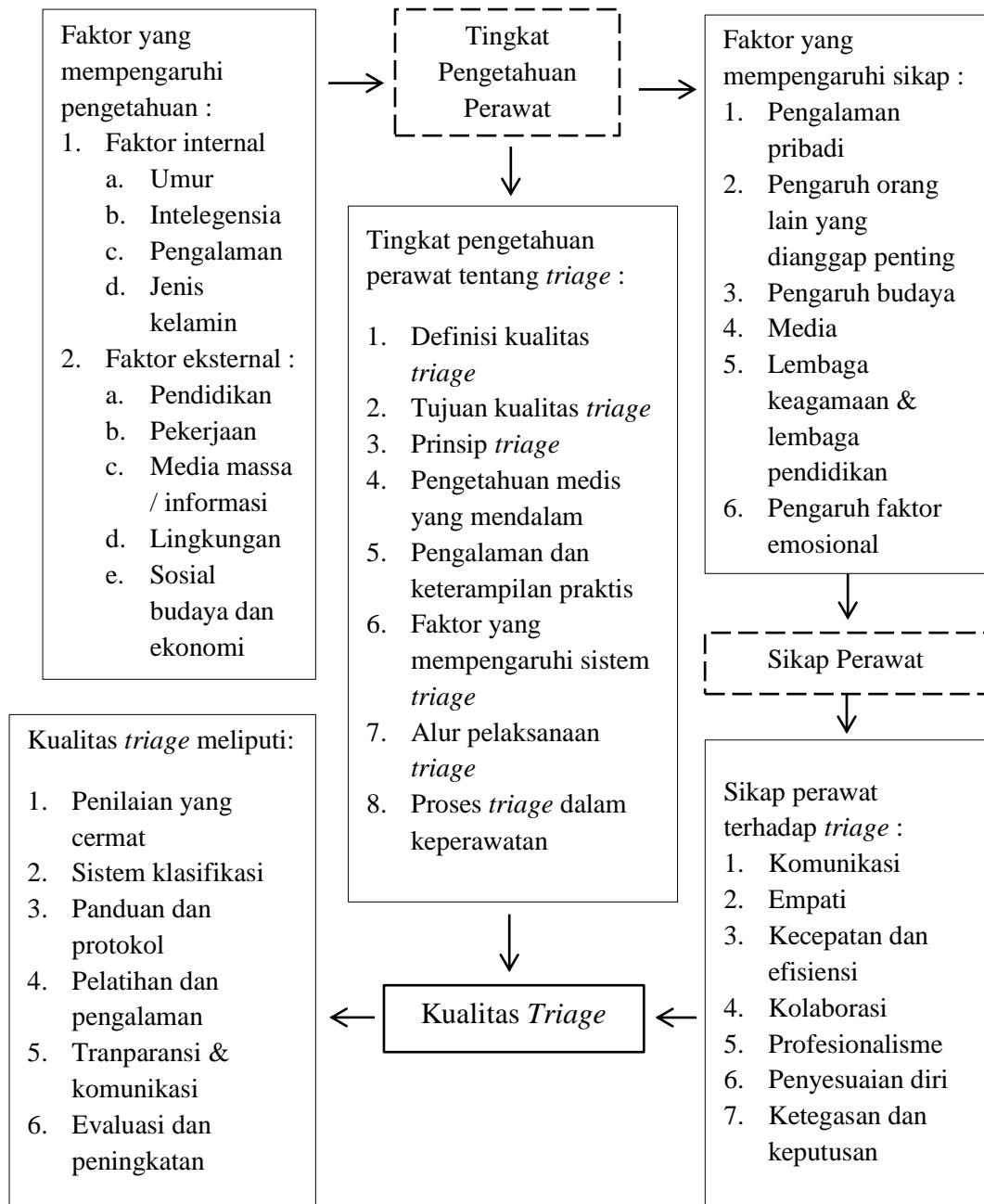
Dalam situasi darurat atau bencana, perawat harus mampu beradaptasi dengan cepat dan efektif. Sikap yang tahan banting dan mampu bekerja di bawah tekanan dapat mempengaruhi kemampuan perawat untuk mengambil keputusan yang tepat dan memberikan perawatan yang diperlukan dalam situasi yang serba cepat.

## 7) Ketegasan dan keputusan

Sikap yang tegas dan mampu mengambil keputusan penting dalam triase adalah kualitas yang sangat dihargai. Petugas triase harus dapat dengan jelas dan tegas menentukan tingkat keparahan pasien dan mengambil keputusan sehubungan dengan prioritas perawatan.

Secara keseluruhan, sikap petugas *triage* memiliki dampak langsung pada kualitas *triage*. Sikap profesional, empati, kecepatan, ketegasan, kolaborasi, dan ketahanan adalah beberapa faktor sikap yang dapat mempengaruhi kualitas *triage* secara positif. Sikap perawat dalam *triage* berperan penting dalam mempengaruhi kualitas dan pengalaman pasien.

## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 : Kerangka Teori**

Sumber : (Ayni, 2019), (Darsini et al., 2019), dan (Volkers, 2019)