

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan sangat penting bagi seseorang sebab dengan pengetahuan tersebut dapat merubah suatu perilaku. Makin tahu sesuatu maka seseorang akan lebih mudah termotivasi untuk melakukan hal yang positif bagi dirinya maupun orang lain. (Notoatmodjo., 2003 dalam Wawan dan Dewi., 2011).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu : (Notoatmodjo., 2003 dalam Wawan dan Dewi., 2011).

2.1.2.1 Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Orang yang tahu tentang materi yang dipelajari atau informasi ia dapat menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2.1.2.2 Memahami (Comprehention)

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

Orang yang telah paham terhadap objek dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap suatu objek tertentu yang dipelajari.

2.1.2.3 Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya).

2.1.2.4 Analisis (Analysis)

Analisi adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

2.1.2.5 Sintesis (Syntesis)

Sintesis adalah suatu kemmpuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

2.1.2.6 Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu maateri atau objek. Penilain – penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.3 Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan yang dkutip dari Notoadmojo, 2003 (dalam Wawan dan Dewi., 2011) adalah;

2.3.3.1 Cara kuno

a. Cara coba salah (Trial and Error)

Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba

lagi kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2.3.3.2 Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer atau disebut metodologi penelitian.

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:
(Wawan dan Dewi., 2011)

2.1.4.1 Faktor internal

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia

untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi dan dapat mempengaruhi perilaku seseorang.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.

c. Umur

Usia atau umur yang cukup dapat mempengaruhi tingkat kematangan dan kekuatan seseorang menjadi lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

2.1.4.2 Faktor eksternal

a. Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b. Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

2.2 Sikap

Sikap merupakan konsep paling penting dalam psikologi sosial yang membahas unsur sikap baik sebagai individu maupun kelompok. Melalui sikap, kita memahami proses kesadaran yang menentukan tindakan nyata dan tindakan yang mungkin dilakukan individu dalam kehidupan sosial. sikap merupakan keadaan mental seseorang yang dipelajari dan diorganisasikan melalui pengalaman, menghasilkan pengaruh spesifik pada respon seseorang terhadap orang

lain, objek, dan situasi yang berhubungan, sehingga sikap dapat menentukan pandangan awal seseorang terhadap suatu pekerjaan (Wawan dan Dewi., 2011).

Menurut Gordon Allport (1980 dalam Lestari., 2015) yakni salah satu tokoh terkenal di bidang psikologi sosial dan psikologi kepribadian, bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2010 dalam Lestari., 2015) mendefinisikan pengertian sikap dengan sangat sederhana bahwa sikap itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Kesimpulan dari penjelasan diatas maka sikap merupakan perilaku dalam memberikan respon terhadap stimulus tertentu dengan melibatkan melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

2.2.1 Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Seokidjo Notoatmojo., 1996 dalam Wawan dan Dewi., 2011):

2.2.1.1 Menerima

Menerima artinya orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2.2.1.2 Merespon

Memberikan jawaban apabila ditanya, meneggrjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi

sikap karena dengan dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau menegerjakan tugas yang diberikan.

2.2.1.3 Menghargai

Mengajak orang lain untuk mngerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suat indikasi sikap tingkat tiga.

2.2.1.4 Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

2.2.2 Sifat sikap

Sikap dapat bersifat positif dan bersifat negatif (Heri Purwanto., 1998 dalam Wawan dan Dewi., 2011)

2.2.2.1 Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.

2.2.2.2 Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap sikap antara lain (Azwar., 2005 dalam Wawan dan Dewi., 2011):

2.2.3.1 Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

2.2.3.2 Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

2.2.3.3 Pengaruh kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat aumannya.

2.2.3.4 Media massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

2.2.3.5 Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jikalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

2.2.3.6 Faktor emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

2.3 Kemampuan

2.3.1 Pengertian

Kemampuan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan suatu kesanggupan dalam melakukan sesuatu. Seseorang dikatakan mampu apabila ia bisa melakukan sesuatu yang harus ia lakukan. Kemampuan dapat digolongkan menjadi dua jenis, yaitu kemampuan fisik dan kemampuan intelektual. Setiap orang mempunyai tingkat kemampuan tertentu yang sangat mungkin berbeda dari orang lain. Implikasi kenyataan ini dalam kehidupan organisasional antara lain ialah bahwa setiap orang memiliki kelebihan dan kekurangan tertentu dibandingkan orang-orang disekitarnya.

Umumnya dalam hal penempatan, dapat dikatakan bahwa semakin tinggi kedudukan seseorang dalam organisasi, yang lebih diperlukan adalah kemampuan intelektual yang tinggi, bukan kemampuan fisik. Sebaliknya, pada kedudukan rendah dalam organisasi, dimana seseorang ditugaskan menyelesaikan tugas-tugas yang sifatnya teknis, mekanik, repetitif, biasanya kemampuan fisiklah yang lebih menonjol. Penempatan yang tepat sesuai kemampuan pada permulaan karier seseorang akan sangat mempermudah tugas pembinaan dan pengembangan karier yang bersangkutan yang berarti mempermudah usaha pergerakan yang dilakukan sehingga pekerja tersebut menghasilkan prestasi kerja yang tinggi.

Seseorang yang secara intelektual mempunyai kemampuan yang tinggi dan kegemaran dalam hal angka-angka berarti mempunyai kemampuan untuk melakukan perhitungan-perhitungan yang akurat dengan cepat, mungkin tidak cocok apabila ditempatkan di bagian pengolahan sumber daya manusia atau bagian kepegawaian, akan tetapi dibagian keuangan atau akuntansi. Kemampuan intelektual yang dicari ialah yang berkaitan dengan nalar induktif yang tinggi karena dengan nalar ia mampu

mengenali urutan logis dalam suatu permasalahan dan dengan demikian akan mampu memecahkannya Kemampuan merupakan suatu kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan. Kemampuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal yakni meliputi: pendidikan, latihan, motivasi, etos kerja, mental dan kemampuan fisik karyawan yang bersangkutan (Siagian., 2012).

Berdasarkan pendapat diatas kemapuan merupakan kesanggupan seorang individu dalam melakukan aktivitas dalam berbagai bidang yang ditekuninya.

2.3.2 Faktor-faktor kemampuan

Adapun faktor-faktor dalam kemampuan tersusun atas 2 antara lain (Siagian., 2012):

2.3.2.1 Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktivitas mental, berpikir, menalar dan memecahkan masalah .

Dimensi kemampuan intelektual antara lain:

- a. Kecerdasan *numeric*, kemampuan untuk berhitung dengan cepat dan tepat.
- b. Pemahaman verbal, kemampuan memahami apa yang dibaca atau didengar serta hubungan kata satu sama lain.
- c. Penalaran induktif, kemampuan mengenali suatu urutan logis dalam suatu masalh dan memecahkan masalah itu.
- d. Penalaran deduktif, kemampuan mengenakan logika dan menilai implikasi dari suatu argumen.
- e. Ingatan, kmampuan menahan dan mengenang kembali pengalaman masa lalu.

2.3.2.2 Kemampuan fisik adalah kemampuan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan dan karakteristik serupa.

Dimensi kemampuan fisik antara lain:

- a. Kekuatan dinamis, kemampuan untuk menggunakan kekuatan otot secara berulang-ulang.
- b. Kekuatan tubuh, kemampuan mengenakan kekuatan otot dengan mengenakan otot-otot tubuh.
- c. Keluwesan dinamis, kemampuan melakukan gerakan cepat.

2.3.3 Indikator kemampuan

Indikator untuk mengetahui karyawan mampu atau tidak melaksanakan pekerjaannya antara lain:

2.3.3.1 Kesanggupan kerja

Kesanggupan kerja karyawan adalah suatu kondisi dimana seorang karyawan merasa mampu menyelesaikan pekerjaan yang diberikan kepadanya.

2.3.3.2 Pendidikan

Pendidikan adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan seseorang, termasuk didalamnya peningkatan penguasaan teori dan keterampilan memutuskan terhadap persoalan yang menyangkut kegiatan mencapai tujuan.

2.3.3.3 Masa kerja

Masa kerja adalah waktu yang dibutuhkan seseorang karyawan dalam bekerja pada sebuah perusahaan atau organisasi.

Melihat dari indikator yang ada, maka setiap perusahaan atau organisasi selalu berusaha untuk meningkatkan kemampuan kerja yang dimiliki oleh para karyawannya. Semakin tinggi tingkat kemampuan kerja yang dimiliki oleh para karyawannya, maka kinerja karyawan didalam perusahaan atau suatu organisasi akan tinggi pula (Siagian., 2012).

2.4 Motivasi

2.4.1 Pengertian motivasi

Motivasi merupakan suatu aktivitas yang menempatkan seseorang atau suatu kelompok yang mempunyai kebutuhan tertentu dan pribadi, untuk bekerja menyelesaikan tugasnya. Motivasi merupakan kekuatan dorongan, kebutuhan, tekanan, dan mekanisme psikologis yang dimaksudkan merupakan akumulasi faktor-faktor internal dan eksternal. Faktor internal bersumber dari dalam diri individu sendiri, sedangkan faktor eksternal bersumber dari luar individu. Faktor internal dapat pula disebut sebagai akumulasi aspek-aspek internal individu, seperti kepribadian, intelegensi, ciri-ciri fisik, kebiasaan, minat, bakat, kemauan, spirit, antusiasme, dan sebagainya. Faktor eksternal bersumber dari lingkungan, apakah dari lingkungan fisik, sosial, tekanan, dan regulasi keorganisasian. Faktor internal dan eksternal itu berinteraksi dan diaktualisasikan oleh individu dalam bentuk kapasitas untuk kerja.

Motivasi adalah sebuah hal verbal, fisik, atau psikologis yang membuat seseorang melakukan sesuatu sebagai respon. Motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberikan kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tingkat tertentu.

Motivasi merupakan tenaga penggerak dan kadang-kadang dilakukan dengan mengenyampingkan hal-hal yang dianggap kurang bermanfaat dalam mencapai tujuan. Dengan motivasi, manusia kan lebih cepat dan bersungguh-sungguh dalam melakukan kegiatan. Suatu motivasi murni yang betul-betul

didasari akan pentingnya suatu perilaku dan didasarkan sebagai suatu kebutuhan (Lestari.,2015).

2.4.2 Tujuan motivasi

Tujuan motivasi secara umum (Lestari., 2015) adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil atau tujuan tertentu. Tujuan lainnya dari motivasi sebagai berikut;

1. Meningkatkan moral dan kepuasan pekerja
2. Meningkatkan produktivitas
3. Mempertahankan kestabilan pekerja
4. Meningkatkan kedisiplinan
5. Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik
6. Mempertinggi rasa tanggung jawab terhadap tugas-tugasnya.

2.4.3 Bentuk-bentuk motivasi

Bentuk-bentuk motivasi dibagi menjadi 2 menurut Malone (dalam Uno., 2016) yaitu:

2.4.3.1 Motivasi instrinsik

Yaitu motivasi yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Unsur motivasi berasal dari dalam diri seseorang yaitu berupa keadaan yang tidak puas atau ketegangan psikologis biasanya timbul oleh karena keinginan-keinginan untuk memperoleh penghargaan, pengakuan, serta berbagai macam kebutuhan lainnya. Motivasi instrinsik timbul tidak memerlukan rangsangan dari luar karena memang telah ada dalam diri individu sendiri, yaitu sesuai atau sejalan dengan kebutuhan (Uno., 2016). Termasuk motivasi intrinsik adalah perasaan nyaman pada ibu nifas ketika dia berada dirumah bersalin, suatu perasaan keberhasilan dalam hal melaksanakan tugas tertentu yang sangat menarik dan

menantang. Contoh lain misalkan seseorang yang ingin lulus dari S1 Keperawatan, maka muncul dalam dirinya untuk belajar lebih giat dari pada waktu SMA (Lestari., 2015).

Adapun indikator motivasi kerja dalam dimensi motivasi intrinsik antara lain:

- a. Tanggung jawab dalam melaksanakan tugas
- b. Melaksanakan tugas dengan target yang jelas
- c. Memiliki tugas yang jelas dan menantang
- d. Ada umpan balik atas hasil pekerjaannya
- e. Memiliki perasaan senang dalam bekerja
- f. Selalu berusaha untuk mengungguli orang lain.
- g. Diutamakan prestasi dari apa yang dikerjakannya.

2.4.3.2 Motivasi ekstrinsik

Yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu, misalnya saja dukungan verbal dan non verbal yang diberikan oleh teman dekat atau keakraban sosial contohnya ketika melihat kedua orang tua jerih payah bekerja untuk membiayai kuliahnya, maka muncul motivasi giat belajar dan lebih cepat selesai pendidikan, selain itu juga termasuk upah/gaji, promosi-promosi dan pujian-pujian (Lestari., 2015). Adapun indikator motivasi kerja dalam dimensi motivasi ekstrinsik antara lain:

- a. Selalu berusaha untuk memenuhi kebutuhan hidup dan kebutuhan kerjanya.
- b. Senang memperoleh pujian dari apa yang dikerjakannya.
- c. Bekerja dengan harapan ingin memperoleh insentif

- d. Bekerja dengan harapan memperoleh perhatian dari teman dan atasan.

2.4.4 Teori motivasi

Ada beberapa teori tentang motivasi antara lain (Lestari., 2015):

2.4.4.1 Hirarki kebutuhan dasar manusia

Teori tentang motivasi yang dikenal dengan teori hirarki kebutuhan dasar manusia. Malow menyebutkan bahwa faktor pendorong yang menyebabkan seseorang bekerja adalah motivasi. Teori tentang hirarki kebutuhan ini sangat banyak dipakai untuk membuat konseptualisasi motivasi manusia. Malow menyampaikan bahwa kebutuhan manusia tersusun secara hirarki. Bila suatu kebutuhan telah dapat dicapai oleh individu, maka kebutuhan yang lebih tinggi segera menjadi kebutuhan baru yang harus dicapai. Konsekuensinya untuk jangka panjang individu tidak dapat dimotivasi hanya oleh penghargaan dan perasaan sukses saja, yang lebih penting adalah memberi kepastian penjelasan yang cukup dan jaminan keamanan kerja sebagai pekerja tetap.

Keseluruhan teori motivasi yang dikembangkan oleh maslow berintikan pendapat ymag menguatkan kebutuhan manusai dapat diklasifikasikan pada lima hirarki kebutuhan, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan memiliki, kebutuhan penghargaan dan kebutuhan aktualisasi diri.

2.4.4.2 Teori karakteristik pekerjaan

Teori karakteristik pekerjaan ini kemukakan oleh Richard Hackman dan Gerg yang mengatakan bahwa ada tiga

kondisi respon psikologi terhadap tugas tertentu: a. ketika menjalankan tugas itu pekerja merasakan bahwa tugas itu sangat berarti, berharga dan berguna, b. Pekerja merasa bertanggungjawab atas hasil dari pekerjaan itu, c. Pekerja mengetahui manfaat dari pekerjaan itu.

Pekerjaan – pekerjaan yang dimiliki ketiga kondisi diatas mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Variasi keterampilan yaitu suatu tingkatan dimana pekerja tersebut memerlukan variasi aktivitas yang berbeda sehingga seseorang karyawan dapat menggunakan sejumlah bakat dan keterampilan yang berbeda.
- b. Identitas tugas yaitu suatu tingkatan dimana pekerja tersebut memerlukan penyelesaian menyeluruh dan sejumlah tugas yang nyata dan dapat diidentifikasi.
- c. Kepentingan tugas yaitu suatu tingkatan dimana pekerjaan tersebut memiliki dampak yang berarti pada kehidupan orang lain.
- d. Otonomi yaitu suatu tingkatan dimana pekerja tersebut dapat memberikan kebebasan yang berarti dan kemandirian individu untuk mengatur waktu pekerjaan dan menentukan prosedur pekerjaan.
- e. Umpan balik yaitu suatu tingkatan dimana pelaksanaan aktivitas memerlukan informasi secara langsung dan jelas tentang efektifitas kerja dari orang yang bersangkutan.

2.4.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi

2.4.5.1 Faktor fisik

Motivasi yang ada didalam diri individu yang mendorong untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan fisik seperti kebutuhan jasmani, raga, materi, benda atau berkaitan dengan alam. Faktor fisik merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi lingkungan dan kondisi seseorang, meliputi: kondisi fisik lingkungan, keadaan atau kondisi kesehatan, umur, dan sebagainya.

2.4.5.2 Faktor herediter

Motivasi yang didukung oleh lingkungan berdasarkan kematangan atau usia seseorang.

2.4.5.3 Faktor intrinsik seseorang

Motivasi yang berasal dari dalam dirinya sendiri biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga puas dengan apa yang sudah dilakukan.

2.4.5.4 Fasilitas

Motivasi yang timbul karena adanya kenyamanan dan segala yang memudahkan dengan tersedianya sarana – sarana yang dibutuhkan untuk hal yang diinginkan.

2.4.5.5 Situasi dan kondisi

Motivasi yang timbul berdasarkan keadaan yang terjadi sehingga mendorong memaksa seseorang untuk melakukan sesuatu.

2.4.5.6 Program dan aktivitas

Motivasi timbul atas dorongan dalam diri seseorang atau pihak lain yang didasari dengan adanya kegiatan (program) rutin dengan tujuan tertentu.

2.4.5.7 Audio visual (media)

Motivasi yang timbul dengan adanya informasi yang didapat dari perantara sehingga mendorong atau menggugah hati seseorang untuk melakukan sesuatu.

2.4.5.8 Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang berfikir logis dan bekerja sehingga motivasi seseorang kuat dalam melakukan sesuatu hal.

2.4.6 Cara meningkatkan motivasi

2.4.6.1 Memotivasi dengan kekerasan, yaitu cara memotivasi dengan ancaman hukuman atau kekerasan dasar yang dimotivasi dapat melakukan apa yang harus dilakukan.

2.4.6.2 Memotivasi dengan bujukan, yaitu cara memotivasi dengan bujukan atau emmberi hadiah agar melakukan sesuatu harapan yang memberikan notivasi.

2.4.6.3 Memotivasi dengan identifikasi, yaitu cara memotivasi dengan menanamkan kesadaran.

2.5 TRIAGE

2.5.1 Pengertian *Triage*

Triage adalah penilaian, pemilahan, dan pengelompokkan penderita yang akan mendapatkan penanganan medis dan evakuasi pada kondisi kejadian masal atau bencana (Pro Emergency., 2011).

Triage adalah suatu proses penggolongan berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya (Zimmermann dan Her., 2006 dalam Kartikawati., 2013). *Triage* juga diartikan sebagai suatu tindakan pengelompok penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan pada *Airway* (A), *breathing* (B),

dan *circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita (Kartikawati., 2013).

Triage di IGD rumah sakit berarti pemilahan penderita ketika masuk IGD rumah sakit dengan prioritas utama diberikan kepada penderita yang mengalami kondisi yang sangat mengancam nyawa (Pro Emergency., 2011).

Berdasarkan ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *triage* merupakan pengelompokan pasien berdasarkan prioritas kegawatanya, seberapa berat cederanya dan dilihat juga ABC dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. Sehingga pasien tersebut bisa dilakukan tindakan yang cepat dan tepat serta mengurangi keparahan penyakit atau cedera pasien.

2.5.2 Tujuan Triage

Adapun tujuan dari adanya *triage* (Jaypee., 2012):

- 2.5.2.1 Mengidentifikasi dengan cepat kondisi gawat yang mengancam nyawa.
- 2.5.2.2 Mengkaji keparahan dan kegawatan dari masalah yang dialami pasien saat ini.
- 2.5.2.3 Memastikan bahwa pasien diberikan tindakan sesuai urutan dari prioritas yang telah ditentukan.
- 2.5.2.4 Memastikan pemberian tindakan tepat dan akurat.
- 2.5.2.5 Memastikan bahwa pasien yang dikaji sudah sesuai urutan kegawatan dan tempat perawatannya.
- 2.5.2.6 Menilai kembali keadaan pasien yang menunggu diberikan tindakan.

2.5.3 Prinsip Triage

Pada penanganan pasien, perawat harus memperhatikan kondisi pasien. Perawat harus memperhatikan beberapa komponen penting, diantaranya memperhatikan warna kulit pasien, suhu, kelembaban, nadi, respirasi, luka dalam, tingkat kesadaran, inspeksi visual, memar, dan deformitas kotor.

Prinsip triage adalah melakukan yang terbaik untuk menyelamatkan banyak orang, meskipun sumber daya manusia dan alat terbatas. Perawat melakukan seleksi pada korban atau pasien yang akan ditindaklanjuti berdasarkan ancaman: jika mematikan dalam hitungan menit, tingkat kematian dalam hitungan jam, trauma ringan, dan pasien yang sudah meninggal.

Adapun prinsip triage dalam pelaksanaannya (Kartikawati., 2013):

- 2.5.3.1 Triage harus dilakukan dengan segera dan singkat
- 2.5.3.2 Kemampuan untuk menilai dan merespons dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
- 2.5.3.3 Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat.
- 2.5.3.4 Keakutan penyakit (kondisi pasien) dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian.
- 2.5.3.5 Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.
- 2.5.3.6 Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang akurat dan adekuat.
- 2.5.3.7 Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan pasien.
- 2.5.3.8 Tanggung jawab yang paling utama dari proses *triage* yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam

mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan prioritas pasien.

2.5.3.9 Tercapainya kepuasan pasien

- a. Perawat triage harus menjalankan *triage* secara simultan, cepat, dan langsung sesuai keluhan pasien.
- b. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis.
- c. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.

2.5.3.10 Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar.

2.5.4 Proses *Triage*

Prinsip dari proses *triage* adalah mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan cepat, tepat waktu, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani. Dalam tahap ini, perawat bukan melakukan diagnosis, melainkan merencanakan intervensi untuk segera membawa pasien ke ruang perawatan. Hal ini terutama bagi pasien yang memang dalam kondisi mengancam nyawanya (Mardalena., 2016).

Ada dua hal penting untuk memahami proses *triage*, yaitu *undertriage* dan *uptriage*.

1. *Undertriage*

Undertriage merupakan proses meremehkan (*underestimating*) tingkat keparahan penyakit atau cedera. Pasien yang diprioritaskan berdasarkan tingkatan. Misalnya, pasien yang harus segera ditangani dan diobati masuk prioritas pertama. Sementara itu, pasien prioritas kedua dikategorikan sebagai pasien yang masih

mampu bertahan, sehingga perawat boleh menunda dan mengutamakan yang paling parah.

2. *Uptriage*

Menurut Kartikawati (2014), *Uptriage* merupakan proses *overestimating* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. *Uptriage* dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan *triage*. Misalnya, perawat merasa ragu menentukan pasien masuk diprioritas 3 atau 2. Selain itu, *Uptriage* juga dilakukan perawat yang ragu menentukan ke prioritas 1 atau 2. Oleh sebab itu, perawat bisa saja mengganti prioritas yang awalnya ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. *Uptriage* digunakan untuk menghindari penurunan kondisi penderita.

Dua hal diatas penting dipahami oleh perawat gawat darurat. Dari dua hal tersebut, perawat mampu memutuskan tindakan untuk pasien dengan cepat. Misalnya, apakah harus segera dibawa keruang perawatan atau menunggu. Apabila pasien stabil, proses *triage* dapat dilanjutkan dengan melakukan pengkajian antar ruangan (pandangan sekilas) pada pasien yang datang. Hal yang harus diperhatikan dalam proses *triage* antar ruang adalah menjaga kebersihan. Ketika perawat menangani pasien gawat darurat, perawat harus memperhatikan dan mengontrol pasien melalui pemeriksaan fisik yang disebut dengan istilah *head to toe*. Berikut tabel pengkajian antarruang yang diperuntukkan bagi orang dewasa.

Tabel 2.1 Tabel pengkajian

Cara	Hasil Temuan
Melihat	• Kepadatan jalan napas • Status pernapasan, penggunaan oksigen • Tanda-tanda perdarahan eksternal • Tingkat kesadaran: interaksi dengan perawat, tidak

	sadar, menagis • Keluhan nyeri: wajah tampak meringis, tangan tampak menggenggam • Warna dan keadaan kulit • Penyakit kronis: kanker, penyakit paru kronis, dan lain-lain • Keadaan tubuh: bengkak • Perilaku umum: takut, sedih, marah, biasa • Adanya alat bantu medis, balutan dan lain-lain • Pakaian kotor atau bersih
Mendengar	• Suara napas abnormal • Cara berbicara, bahasa intonasi • Interaksi dengan orang lain
Mencium	• Bau keton, alkohol, urine, sisa muntahan • Rokok, infeksi, kondisi kurang higienis, obat-obatan

Pada instalansi gawat darurat perawat bertanggung jawab dalam menentukan prioritas perawatan pada pasien. Keakutan dan jumlah pasien, *skill* perawat, ketersediaan peralatan dan sumberdaya dapat menentukan seting prioritas (Kartikawati., 2013).

Emergency Nurse Association (ENA) memberikan kualifikasi perawat yang mempunyai kapasitas dan kewenangan untuk melakukan triage sebagai berikut.

1. Registered Nurse (RN)/ perawat berlisensi dengan pengalaman di ruang gawat darurat minimal 6 bulan.
2. Mengikuti pendidikan formal triage dengan supervisi.
3. Pernah mengikuti kursus *Advance Cardiac Life Support*.
4. Pernah mengikuti kursus *emergency pediatric*/kegawatdaruratan anak.
5. Pernah mengikuti kursus *Trauma Nursing Core Courses*.
6. Memiliki sertifikat perawat gawat darurat.

7. Mempunyai kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif dan bekerja sama.
8. Mempunyai kemampuan untuk menggunakan proses keperawatan secara efektif dan komprehensif.
9. Mempunyai kepribadian yang adaptif.
10. Mempunyai kemampuan dalam mengambil keputusan secara benar.

2.5.5 Klasifikasi *Triage*

Penggolongan atau sistem klasifikasi triage dibagi menjadi beberapa level perawatan. Level keperawatan didasarkan pada tingkat prioritas, tingkat keakutan, dan klasifikasi *triage*.

Berikut kelima klasifikasi secara lengkap (Mardalena., 2016):

1. Klasifikasi Kegawatan *Triage*

Klasifikasi triage dibagi menjadi tiga prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*.

Berikut klasifikasi pasien pada sistem *triage*.

a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

Gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberi tindakan, pasien mengalami kecacatan. Kemungkinan paling fatal, dapat menyebabkan kematian.

Kondisi gawat darurat dapat disebabkan adanya gangguan ABC dan/atau mengalami gangguan lainnya. Gangguan ABC meliputi jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Adapun kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal, seperti gangguan *cardiacarrest*, trauma mayor dengan perdarahan, dan mengalami penurunan kesadaran.

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

Kondisi gawat tidak darurat yakni pasien memiliki penyakit mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat dikategorikan prioritas 2. Penanganan bisa dilakukan dengan tindakan resusitasi. Selanjutnya, tindakan dapat diteruskan dengan memberikan rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakit.

Pasien yang termasuk di kelompok P2 antara lain penderita kanker tahap lanjut. Misalnya kanker serviks, *sickle cell*, dan banyak penyakit sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

Pasien P3 memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa, namun memerlukan tindakan darurat. Jika pasien P3 dalam kondisi sadar dan tidak mengalami gangguan ABC, maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poliklinik. Pasien dapat diberi terapi definitif, laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan sejenisnya.

d. Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 4: P4)

Klasifikasi *triage* ini adalah yang paling ringan diantara *triage* lainnya. Pasien yang masuk ke kategori P4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit P4 adalah penyakit ringan. Misalnya penyakit panu, flu, batuk-pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

2. Klasifikasi Tingkat Prioritas

Klasifikasi *triage* dari tingkat keutamaan atau prioritas dan dibagi menjadi 4 kategori warna. Tanda warna tersebut digunakan untuk

menentukan pengambilan keputusan dan tindakan. Berikut beberapa warna yang sering digunakan:

a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Warna merah menandakan bahwa pasien dalam keadaan mengancam jiwa yang menyerang bagian vital. Pasien dengan *triage* merah memerlukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum dilakukan tindakan lanjut, seperti operasi atau pembedahan.

Pasien bertanda merah, jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan pasien kehilangan nyawa. Berikut yang termasuk ke prioritas pertama (warna merah) diantaranya henti jantung, pendarahan besar, henti napas, dan pasien tidak sadarkan diri. Pada pasien dengan kategori merah biasanya mengalami masalah airway, breathing dan circulation, shock, perdarahan, open chest wound, trauma pada abdomen, pneumothoraks, trauma kepala, infark miokard akut, serta anafilaksis.

b. Kuning

Pasien yang diberi tanda kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Hanya saja, tanda kuning menjadi tingkat prioritas kedua setelah tanda merah. Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa. Misalnya pasien luka bakar tingkat II dan III kurang dari 25%, mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas. Selain itu, cedera spinal, stroke/cerebral vaskular accident, appendiksitis dan choleosistitis (Lumbantoruan., 2015).

Adapun yang termasuk prioritas kedua, diantaranya terjadinya luka bakar pada daerah vital, seperti kemaluan dan *airway*. Selan itu, terjadinya luka dikepala atau subdural hematoma yang diandai dengan muntah. Pendarahan juga bisa terjadi dibagian tertentu, seperti ditelinga, mulut, dan hidung. Penderita subdural hematoma memiliki kecepatan nadi 60 kali per menit, nafas tidak teratur, lemah, refleks, dan kurang menerima rangsangan.

c. Hijau

Warna hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam artian, pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang masuk dalam kategori warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau sakit ringan, misalnya luka superfisial. Penyakit atau luka yang masuk ke prioritas hijau adalah fraktur ringan disertai perdarahan. Pasien yang mengalami benturan ringan atau laserasi, histeris, dan mengalami luka bakar ringan. Mereka yang masuk kategori hijau adalah pasien secara hemodinamik stabil, tetapi dengan cedera yang nyata.

d. Hitam

Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup sangat kecil. Biasanya, pasien yang mengalami luka atau penyakit parah akan diberikan tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum ditemukan cara menyembuhkannya. Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk memperpanjang nyawa pasien adalah dengan

terapi suportif. Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernapas setelah dilakukan intervensi *live saving*. Adapun yang termasuk kategori warna hitam antara lain pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, *spinal injury*, dan pasien *multiple injury*.

Dari keempat kalsifikasi berdasarkan prioritas diatas, berikut adalah kriteria pemberian warna berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien.

Tabel 2.2 Tabel prioritas *triage*

Hitam (Prioritas 0)	Merah (Prioritas 1)	Kuning (Prioritas 2)	Hijau (Prioritas 3)
Korban meninggal dunia	- Respirasi > 30 kali per menit - Tidak ada nadi radialis - Tidak sadar/ penurunan kesadaran	- Respirasi <30 kali per menit - Nadi teraba - Status mental normal	Tidak memiliki kegawatan yang serius

3. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Kedaruratan *Triage*

Klasifikasi berdasarkan tingkat kedaruratan triage memiliki arti penting sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di IGD. Perawat melakukan kajian dan mengumpulkan data secara akurat dan konsisiten. Ada dua cara yang biasa dilakukan. Pertama, secara validitas. Validitas merupakan tingkat akurasi sistem kedaruratan. Validitas dilakukan untuk mengetahui tingkatan triage dan membedakan tingkat kedaruratan sesuai standar. Kedua, reliabilitas, perawat yang menangani pasien sama

dan menentukan tingkat kedaruratan yang sama pula. Kedua cara tersebut sering digunakan untuk menganalisis dan menentukan kebijakan untuk pasien yang dirawat di IGD.

4. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Klasifikasi triage berdasarkan tingkat keakutan dibagi kelima tingkatan, sebagai berikut.

a. Kelas I

Kelas satu meliputi pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa. Misalnya, pasien mengalami memar minor.

b. Kelas II

Pasien termasuk kelas dua adalah penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien. Misalkan flu, demam biasa, atau sakit gigi.

c. Kelas III

Pasien yang berada di kelas tiga, pasien berada dalam kondisi semi mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya mampu menunggu kurang lebih selama dua jam sebelum pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.

d. Kelas IV

Adapun pasien yang tidak mampu menahan kurang dari dua jam dikategorikan pasien kelas IV. Pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindak lanjuti. Pasien kelas IV ini termasuk *urgent* dan mendasar. Misalnya pasien penderita asma, fraktur panggul, laserasi berat.

e. Kelas V

Pasien yang berada dikelas V adalah pasien gawat darurat. Apabila pasien diobati terlambat, dapat menyebabkan

kematian. Yang termasuk kelas lima adalah syok, henti jantung, dan gagal jantung.

Triage dibagi menjadi beberapa bentuk (Kartikawati, 2014 dalam Mardalena., 2016):

a. Triage dua tingkat.

Pasien dikategorikan sakit atau tidak sakit. Pasien yang sakit membutuhkan perawatan darurat dengan kondisi membahayakan nyawa, tubuh, atau organ. Sementara itu, pasien yang tidak sakit ialah pasien yang tidak menunjukkan tanda-tanda serius, bisa menunggu jika perawatn sedikit tertunda.

b. Triage tiga tingkat.

Sistem ini banyak digunakan di Amerika Serikat. Pengategorian dapat ditentukan berdasarkan warna (merah, kuning, hijau) atau pemberian nomer (kategori 1, 2, 3), tetapi pada dasarnya kategori tersebut merujuk pada kondisi, gawat darurat yakni pasien membutuhkan tindakan cepat. Keluhan utama adalah berdasarkan pada ancaman serius terhadap nyawa, tubuh, atau organ, misalnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas. Respons pasien harus diperhatikan dan perlu dilakukan observasi secara terus-menerus.

Darurat, pasien membutuhkan tindakan segera, tetapi pasien masih memungkinkan menunggu beberapa jam jika mampu. Misalnya: nyeri abdomen, fraktur, dan batu ginjal. Disarankan untuk melakukan observasi setiap 30 menit. Biasa, Setelah pasien dilakukan pengkajian, karena kondisi pasien tidak kritis, maka pasien dapat menunggu.

Biasanya pasien berada di ruang *ambulatory care*, misalnya: konjungtivitis, gangguan di tenggorokan, kulit, dan sebagainya. Dilakukan observasi setiap 1 sampai 2 jam.

c. Triage empat tingkat

Sitem ini dilakukan dengan menambahkan status *life threatening* (ancaman nyawa) selain status gawat darurat, darurat, dan biasa.

d. Triage lima tingkat

Skala triage lima tingkat banyak digunakan di seluruh IGD rumah sakit di Amerika dan berdasarkan kebijakan yang disepakati antara American College of Emergency Physicians (ACEP) dan ENA pada tahun 2003. Pada skala ini ada penambahan level yaitu tingkat 1 yang berarti gawat darurat tertinggi dan tingkat 5 untuk pasien dengan kondisi yang paling ringan.

e. Skala *Triage* Australia

Perhitungan waktu pada skala ini dimulai dari pasien pertama kali tiba di IGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan *triage*. Selain itu, proses *triage* meliputi pemeriksaan kondisi kegawatdaruratan pasien secara menyeluruh.

Tabel 2.3 *Triage* Australia dan skala akuitasnya

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

f. Skala *Triage* Kanada

Pada skala ini, setiap tingkat triage mewakili beberapa keluhan dari pasien. Pada *trriage* tingkat 1, contoh kasusnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas akut, dan lain-lain. Sementara itu, triage tingkat 5, contohnya pasien terkilir, luka ringan, dan sebagainya.

Triage yang dilakukan oleh perawat harus berdasarkan ilmu dan pengalaman tentang proses pemilihan pasien berdasarkan tingkat kedaruratannya.

Dalam melakukan proses *trriage*, perawat mengambil keputusan tentang: seberapa lama pasien dapat menunggu tindakan sebelum perawat melakukan pengkajian secara komprehensif dan seberapa lama pasien dapat menunggu untuk selanjutnya diperiksa dokter yang akan merawatnya.

Adapun waktu dalam penggunaan *Triage* Kanada sesuai tingkatnya sebagai berikut.

Tabel 2.4 *Triage* Kanada dan skala akuitasnya

Tingkat	Waktu untuk perawat	Waktu untuk dokter	Respons langsung
Resusitasi	Langsung	Langsung	98%
Gawat Darurat	Langsung	<15 menit	95%
Darurat	<30 menit	<30 menit	90%
Biasa	<60 menit	<60 menit	85%
Tidak Gawat	<120 menit	<120 menit	80%

g. Skala *Triage* Manchester

Skala ini dikembangkan di Inggris. Setiap tingkatan pada *triage* ini diberi nama, nomor, dan warna sebagai pedoman perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien. Perawat menanyakan tanda dan gejala pada pasien, jawaban iya dari pasien menunjukkan tingkat kedaruratan pasien.

Tabel 2.5 *Triage* Manchester dan skala akuitasnya

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

5. Klasifikasi Berdasarkan Lokasi Kejadian

Selain tingkat kegawatdaruratan pasien, *triage* digunakan dalam rumah sakit meliputi beberapa poin sebagai berikut (Mardalena., 2016).

a. *Triage* Pre-Hospital

Triage Pre-Hospital atau pra-rumah sakit merupakan tindakan penyelamatan pasien yang tengah mengalami gangguan medikal ataupun trauma. *Triage* pre-hospital sangat penting untuk pasien karena setidaknya pasien memiliki kesempatan memperoleh perawatan dan fasilitas medis terdekat. Tidak hanya itu, pasien pre-hospital juga mampu meminimalisasi risiko terhadap cedera atau luka yang lebih serius. Tindakan cepat tanggap perawat dengan keterbatasan alat dan obat selama di ambulans inilah yang disebut dengan istilah *pre-hospital care*.

Bencana alam adalah salah satu contoh kondisi membuat perawat harus melakukan *pre-hospital care*. Umumnya, bencana besar menimbulkan banyak korban, sedangkan jumlah dokter atau perawat yang ada dilokasi kejadian terbatas. Perawat yang melakukan *pre-hospital care* harus memiliki kemampuan khusus dibidang emergensi dengan mengikuti pelatihan dan praktik simulasi.

Pada triage pre-hospital atau bencana digunakan sistem START dengan melakukan pemilihan korban berdasarkan pengkajian awal terhadap penderita dengan menilai *airway*, *breathing*, dan *circulation*. Penolong pertama melakukan penilaian cepat tanpa menggunakan alat atau melakukan tindakan medis. Panggil penderita yang dapat berjalan dan kumpulkan di area pengumpulan/ *collecting area*. Nilai penderita yang tidak dapat berjalan, mulai dari posisi yang terdekat dengan penolong.

Langkah 1: *Respiration (breathing)*: Tidak bernafas, buka jalan nafas, jika tetap tidak bernafas: hitam. Pernafasan > 30 kali/menit atau <10 kali/menit: merah. Pernafasan 10-30 kali/menit: tahap berikutnya.

Langkah 2: cek perfusi (*radial pulse*) atau *capillary refill test* (kuku atau bibir kebiruan): Bila > 2 detik: merah. Bila < 2 detik: tahap berikutnya. Bila pencahayaannya kurang, cek nadi radialis, bila tidak teraba/lemah: merah. Bila nadi radialis teraba: tahap berikutnya.

Langkah 3: mental status. Berikan perintah sederhana kepada penderita, jika dapat mengikuti: kuning. Bila tidak dapat mengikuti perintah: merah

Tindakan yang harus cepat dilakukan: Buka jalan nafas, bebaskan benda asing atau darah (obstruksi jalan nafas). Berikan nafas buatan segera jika korban tidak bernafas. Balut tekan dan tinggikan jika ada luka terbuka/perdarahan.

b. *Triage* in-Hospital

Menurut *Emergency Nurse Association* (ENA), tenaga keperawatan dalam pelaksanaan *triage* dapat diklasifikasikan menjadi tenaga non perawat, yakni memiliki tugas sebagai penyedia layanan kesehatan, menyambut pasien, mencatat keluhan yang dirasakan pasien dan membuat keputusan berdasarkan anamnesis. Dari hasil anamnesis, pasien akan memperoleh jawaban apakah ia sakit atau tidak. Pasien yang sakit akan dirawat dan dilakukn pemeriksaan oleh dokter.

Perawat berpengalaman, disebut juga dengan *registered nurse* (RN) merupakan perawat yang memiliki keterampilan menangani pasien. Perawat langsung memberikan pertolongan pada pasien di ruang *triage*. Sekalipun, data yang diperoleh pada keluhan utama terbatas, baik itu subjektif dan objektif. Tindakan yang dilakukn oleh perawat profesional inilah yang nantinya akan menentukan pasien masuk tingkat gawat darurat, darurat atau biasa.

Triage komprehensif merupakan sistem yang sesuai standar ENA, khusus untuk praktik keperawatan darurat. Perawat yang bertugas di IGD melakukan pengolongan pasien berdasarkan

tingkat kegawatan. Perawat yang melakukan *triage* komprehensif hanyalah perawat yang berlisensi, oleh sebab itu, perawat tipe ini harus memahami dan mengikuti kebijakan, prosedur, serta standar pedoman tindakan keperawatan darurat. *Triage* komprehensif bertujuan untuk mengumpulkan keterangan penting yang digunakan untuk penentuan prioritas kegawatan.

2.5.6 SOP *Triage* IGD RSUD Ulin Banjarmasin

- 2.5.6.1 Klien masuk keruang triage diterima oleh perawat jaga triase
- 2.5.6.2 Menentukan tingkat kegawat daruratan klien berdasarkan masalah ABCD
- 2.5.6.3 Apabila klien dalam kondisi gawat darurat, klien dikategorikan dengan warna merah (prioritas 1) dan dilakukan tindakan menjaga kepatenan jalan nafas, perawat mengisi status triase dan klien dimasukkan keruang resusitasi.
- 2.5.6.4 Apabila klien dalam kondisi gawat tidak darurat atau darurat tidak gawat, klien dikategorikan dengan warna kuning (prioritas 2), perawat mengisi status triase dan klien dimasukkan keruang IGD sesuai kasus.
- 2.5.6.5 Apabila klien dalam kondisi tidak gawat tidak darurat, klien dikategorikan warna hijau (prioritas 3), perawat mengisi status triase dan memberitahu dokter jaga, klien mendapat terapi dari dokter jaga dan dipulangkan apabila kondisi membaik.
- 2.5.6.6 Apabila klien sudah dalam kondisi meninggal pada saat datang (DOA), klien dikategorikan warna hitam (prioritas 0) dan dinyatakan sudah meninggal oleh dokter

jaga, klien ditempatkan sementara di ruang triase sambil menunggu petugas kamar jenazah.

2.6 STROKE

2.6.1 Pengertian stroke

Stroke menurut *World Health Organization (WHO)* adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global), dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Munir., 2015).

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian (Munir., 2015).

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak (serebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral). Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak. Hal ini menyebabkan pasokan darah dan oksigen menuju ke otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak (Arum., 2015).

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (stroke hemoragik). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena

aterosklerotik atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis. Sedangkan pada stroke pendarahan (hemoragik), pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Stroke akut baik iskemik maupun hemoragik merupakan kedaruratan medis yang memerlukan penanganan segera karena dapat menimbulkan kecacatan permanen atau kematian (Junaidi., 2012).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan fungsi otak akibat penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak. Sehingga suplai darah dan oksigen ke otak berkurang atau terhenti, yang apabila dibiarkan akan terjadi kematian otak serta membuat penderita mengalami kecacatan atau bahkan kematian.

2.6.2 **Stroke Perdarahan**

Stroke perdarahan disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis yang disebut hemoragi. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk kedalam jaringan otak , sehingga terjadi hematoma. Hematoma ini menyebabkan timbulnya tekanan tinggi intrakranial (TTIK). Keadaan tersebut terjadi pada perdarahan intrakranial. Pada hemoragi darah arteri dari sistem pembuluh darah dapat masuk ke dalam rongga subarakhnoid yang disebut perdarahan subarakhnoid sekunder bila sumber perdarahan berasal dari rongga subarakhnoid maka disebut perdarahan subarakhnoid primer. Perdarahan dapat disebabkan oleh aneurisma arteri besar (berry), malformasi arteri vena, lesi arterosklerotik, infeksi (mikrosis), hipertensi (aneurisma arteri kecil/arteriol), angioma/tumor otak, dan trauma kepala. Karena rongga kranium tertutup rapat, keluarnya darah arteri segera

menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, akibatnya terjadi iskemia global.

Hemoragi juga menyebabkan kerusakan otak dengan cara darah dan jaringan otak biasanya dipisahkan oleh sawar darah otak dan sawar darah cairan serebrospinal. Terdapatnya darah di jaringan saraf dapat berakibat gangguan fungsi sel yang berat bahkan nekrosis sel saraf. Selain kerusakan jaringan saraf, hemoragi juga menyebabkan gangguan aliran darah di arteri yang terkena. Kerusakan dinding menyebabkan pembuluh darah berkonstriksi dan daerah yang disuplainya menjadi terhambat sehingga terjadi iskemik.

Stroke perdarahan dibagi menjadi 2, sebagai berikut.

2.6.2.1 Perdarahan intraserebral (PIS), intraparenkim atau intraventrikel.

Perdarahan intraserebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk kedalam jaringan otak. Bila perdarahannya luas dan secara mendadak sehingga daerah otak yang rusak cukup luas maka keadaan ini biasa disebut ensepaloragia.

Pada perdarahan intraserebral akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada struktur otak dan pembuluh darah otak secara menyeluruh. Kemudian hal ini menyebabkan penurunan aliran darah otak timbul hipoksia, iskemia global, yang kemudian diikuti dengan infus ion kalsium yang berlebihan kedalam sel saraf (neuron). Akibat lebih lanjutnya adalah terjadinya disfungsi membran sel, dan akhirnya terjadi kematian sel saraf sehingga timbul gejala klinis defisit neurologis. Penyebab PIS biasanya

karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stres fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60% - 75% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lain adalah deformitas pembuluh darah bawaan, tumor otak yang kaya akan pembuluh darah, kelainan koagulasi. Bahkan 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif).

Gejala klinis :

- a. Sakit kepala, muntah, pusing (vertigo), gangguan kesadaran.
- b. Gangguan fungsi tubuh (defisit neurologis), tergantung lokasi perdarahan.
- c. Bila perdarahan ke kapsula interna (perdarahan kapsuler), maka ditemukan: hemiparese kontralateral, hemiplegia, koma (bila perdarahan luas).
- d. Perdarahan luas / masif k otak kecil/sebelum (perdarahan selebeler) maka akan ditemukan ataksia serebelum (gangguan koordinasi), nyeri kepala di oksipital, vertigo, nistagmus, dan disartri.
- e. Perdarahan terjadi di pons (batang otak), maka akan ditemukan:
 - 1) Biasanya kuadriplegik dan flaksid, kadang dijumpai deserebasi,
 - 2) Pupil kecil (pin point) dan reaksi cahaya minimal,
 - 3) Depresi pernafasan atau cheyne strokes,
 - 4) Hipertensi (reaktif),
 - 5) Panas (febris),
 - 6) Penurunan kesadaran, dengan cepattanpa didahului sakit kepala, vertigo, mual/muntah.

f. Perdarahan di talamus

- 1) Defisit hemisensorik,
- 2) Hemiparesis, hemiplegi kontralateral,
- 3) Afasia, anomia, dan mutisme, bila mengenai hemisfer dominan.

g. Perdarahan putamen (area striata), daerah yang tersering terkena PIS

- 1) Hemiparesis, hemiplegi kontralateral,
- 2) Defisit hemisensorik dan mungkin disertai hemianopsia homonim,
- 3) Afasia, bila mengenai hemisfer dominan.

h. Perdarahan di lobus

Perdarahan terdapat di substansia alba supratentorial:

- 1) Frontalis : hemiparesis kontralateral dengan lengan lebih nyata disertai sakit kepala bifrontal, deviasi konjue ke arah lesi.
- 2) Parietalis: defisit persepsi sensorik kontralateral dengan hemiparesis ringan.
- 3) Oksipitalis: hemianopsia dengan atau tanpa hemiparesis minimal pada sisi ipsilateral dengan hemianopsia.
- 4) Temporalis: afasia sensorik, bila area Wernicke hemisfer dominan terkena, hemianopsia atau kuadranopsia karena massa darah mengganggu radiasio optika.

Gambaran Anatomi-pisiologis:

- a. Terdorong atau tergesernya massa otak.
Invasi sekunder ke ventrikel di ruang subarakhnoid (tergantung lokasi dan beratnya perdarahan).
- b. Kompresi ventrikel.
- c. Edema perifokal, karena tekanan hematoma dan dapat terjadi nekrosis sel saraf.
- d. Masa kritisnya adalah 4-5 hari sesudah edema otak.

- e. Peningkatan tekanan intrakranial, konstriksi foramen medula oblongata, tentorium meesensefalon, diensefalon; jadi rusaknya pusat vital (sindrom inkarserata).
- f. Dapat pulih: massa difagosit makrofag dan diganti sel glia sehingga terjadi jaringan parut kistik.

Adapun perbedaan antara perdarahan intraserebral (PIS) dan perdarahan subarakhnoid (PSA/SAH) jika dilihat dari gejala dan tandanya.

Tabel 2.6 Perbedaan perdarahan intraserebral (PIS) dan perdarahan subarakhnoid (PSA/SAH)

Gejala dan tanda	PIS	PSA/SAH
Kelainan/defisit	Hebat	Ringan
Sakit kepala	Hebat	Sangat hebat
Kaku kuduk	Jarang	Biasanya ada
Kesadaran	Terganggu	Terganggu sebentar
Hipertensi	Selalu ada	Biasanya tak ada
Lemah sebelah tubuh	Ada sejak awal	Awalnya tak ada
LCS	Eritrosit > 5000/mm ³	Eritrosit > 25.000/mm ³
Angiografi	Shift ada	Shift tidak ada
CT-scan	Area putih	Kadang normal

2.6.2.2 Perdarahan subarakhnoid (PSA). Darah yang masuk ke selaput otak.

Perdarahan subarakhnoid adalah masuknya darah ke ruang subarakhnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan dari rongga subarakhnoid itu sendiri (perdarahan subarakhnoid primer).

Penyebab paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler kongenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatrogenik/obat anti koagulan), kelainan hematologik (misalnya trombositopenia, leukimia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, TBC), idiopatik, atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala.

Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti: mengangkat beban, menekuk, batuk, atau bersin yang terlalu keras, mengejan, dan hubungan intim (koitus) kadang biasa jadi penyebab.

Pada perdarahan subarakhnoid, perdarahan yang terjadi akan direspon oleh tubuh. Untuk menghentikan perdarahan, dilakukan dengan cara kontraksi pembuluh darah (vasokonstriksi atau vasospasme) yang dirangsang oleh zat-zat yang bersifat vasokonstriktor seperti: serotonin, prostaglandin, dan produk pecahan darah lainnya. Keadaan ini akan memicu ion kalsium untuk masuk ke dalam sel otot polos pembuluh darah. Akibatnya kontraksi atau spasme akan semakin hebat dan lambat laun, yaitu sekitar hari ke-5 setelah perdarahan kontraksi akan mencapai puncaknya sehingga terjadi penutupan lumen atau saluran pembuluh darah secara total dan darah tidak dapat mengalir lagi ke sel saraf yang bersangkutan. Akhirnya terjadi kematian pada sel saraf.

Gejala klinis perdarahan subarakhnoid (PSA)

- a. Sakit kepala mendadak dan hebat dimulai dari leher.
- b. Nausea dan vomiting (mual dan muntah)

- c. Fotofobia (mudah silau).
- d. Paresis saraf okulomotorius, pupil anisokor, perdarahan retina pada funduskopi.
- e. Gangguan otonom (suhu tubuh dan tekanan darah naik).
- f. Kaku leher/kuduk (meningismus), bila pasien masih sadar.
- g. Gangguan kesadaran berupa rasa kantuk (somnia) sampai kesadaran hilang (koma).

Gejala PSA yang disertai dengan hematoma intraserebral. Gejala tersebut merupakan gejala-gejala PSA ditambah dengan:

- a. Lumpuh satu sisi (hemiparesis)
- b. Gangguan bicara (afasia)
- c. Kelumpuhan otot mata (paresis okulomotorius)
- d. Lapang pandang menyempit (hemianopsia)
- e. Kejang epileptik.

Gambaran anatomi-patologis

- a. Terdapat darah di ruang subarakhnoid.
- b. Bila kasus berat, darah dapat menutupi seluruh rongga (tamponade) sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan menghambat sirkulasi cairan serebrospinal.
- c. Bila darah menembus jaringan atau rongga dan masuk:
- d. Ke jaringan otak: PSA + hematoma intraserebri,
- e. Ke ruang subdural: PSA + hematoma subdural,
- f. Ke ventrikel otak: PSA + perdarahan ventrikuler.
- g. Trombosis spontan dari aneurisma dan vasokonstriksi.
- h. Bekuan darah di ruang subarakhnoid dapat diserap beberapa minggu kemudian.

- i. Perlengketan antara arakhnoid dan piameter dapat terus berlanjut.

2.6.3 **Stroke non perdarahan (iskemik/infark)**

Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera, berakhir dengan kematian bagian otak tersebut. Stroke iskemik terjadi bila suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Walaupun berat otak hanya sekitar 1400 gram, namun menuntut suplai darah yang relatif sangat besar yaitu sekitar 20% dari seluruh curah jantung. Kegagalan dalam memasok darah akan menyebabkan gangguan fungsi bagian otak atau yang terserang atau terjadi kematian sel saraf (nekrosis) dan kejadian inilah yang lazimnya disebut stroke.

Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut.

- a. Transient ischemic Attack (TIA): serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Reversible Ischemic Neurologis Deficit (RIND): gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- c. Progressing stroke atau stroke in evolution: kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- d. Stroke komplit atau completed stroke: kelainan neurologis sesudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya:

- a. Aterotrombotik: penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri.

- b. Kardioemboli: sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.
- c. Lakuner: sumbatan plak pada pembuluh darah yang membentuk lubang.
- d. Penyebab lain: semua hal yang mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi).

Adapun gambaran klinis dilihat dari perbedaan nyeri kepala, gangguan kesadaran serta defisit fokal dari setiap jenis stroke.

Tabel 2.7 Gambaran klinis untuk menentukan jenis stroke

Jenis Stroke	Nyeri Kepala	Gangguan Kesadaran	Defisit Fokal/Kelumpuhan
Stroke iskemik/infark	Tidak ada/ringan	Tidak ada/ringan	Berat
Stroke perdarahan (PIS)	Berat	Berat	Berat
Stroke perdarahan (PSA)	Sedang-berat	Sedang	Ringan/tidak ada

Perbedaan diantara stroke perdarahan dan stroke iskemik dapat dilihat dari gejala dan tanda mulai dari perbedaan saat kejadian hingga kernig, brudzinski yang membedakan diantara keduanya dan memudahkan membedakan jenis stroke yang terjadi pada seseorang.

Tabel 2.8 Perbedaan stroke perdarahan dan iskemik

Gejala dan tanda	Stroke perdarahan	Stroke iskemik
1	2	3
Saat kejadian/onset	Sedang aktif	Saat istirahat
Peringatan TIA	Tidak ada	Ada
Nyeri kepala	Hebat	Ringan/sangat ringan
Kejang	Ada	Tidak ada
Muntah	Ada	Tidak ada

1	2	3
Gejala dan tanda	Stroke perdarahan	Stroke iskemik
Penurunan kesadaran	Sangat nyata	Ringan/ sangat ringan
Nadi bradikardi/lambat	++ (sejak awal)	+/- (hari ke-4)
Edema papil mata	+ (sering)	-
Kaku kuduk	+	-
Kernig, brudzinski	++	-

2.6.4 Skrining stroke

Untuk mengetahui lebih awal stroke dapat dilakukan dengan melakukan skrining sederhana pada pasien yang dicurigai stroke. Tanda atau gejala salah satu keadaan di bawah ini yang patut diduga stroke adalah (Junaidi., 2012).

2.6.4.1 Mulut mencong (facial drop).

Caranya dengan meminta penderita memperlihatkan giginya atau tersenyum.

Normal : kedua sisi muka bergerak simetris.

Abnormal: salah satu sisi muka tertinggal/tidak bereaksi.

2.6.4.2 Gangguan bicara dan bahasa.

Penderita diminta mengucapkan kata atau kalimat tertentu.

Normal: dapat mengucapkan kata/kalimat dengan benar dan jelas.

Abnormal: tidak mampu/bicara rero/pelo/cadel, kalimat salah.

2.6.4.3 Lengan lemah (arm drift).

Menahan kedua lengannya lurus kedepan sekitar 10 detik, dengan mata menutup.

Normal: kedua lengan dapat bergerak bersamaan dan sejajar.

Abnormal: salah satu lengan bergerak turun/tidak sejajar.

2.6.5 Penyebab stroke

Stroke disebabkan oleh dua hal utama yaitu penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak (disebut stroke iskemik/nonperdarahan) atau karena adanya perdarahan di otak disebut stroke perdarahan/hemoragik (Junaidi., 2012)

2.6.5.1 Penyebab stroke iskemik

Stroke iskemik sesuai namanya yakni penyumbatan pembuluh darah otak. Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi trombosis pada dinding arteri yang menyuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang disuplai. Terhalangnya aliran darah yang menuju ke otak dapat disebabkan oleh suatu trombosis atau emboli. Keduanya merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteri dan disebut juga ateroma (Munir., 2015).

a. Ateroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

b. Emboli

Endapan lemak juga biasa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat di dalam sebuah arteri (kecil). Stroke karena sumbatan emboli jarang terjadi.

c. Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat (penyebab rematik gout) yang berlebihan dalam darah.

d. Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke. Fungsi obat-obatan diatas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah banyak karena cedera atau

pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

2.6.5.2 Penyebab stroke perdarahan

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh arteri yang menyuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misal tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau stress psikis yang berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya. Seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi., 2012).

2.6.6 **Stroke Fase Akut**

Stroke fase akut adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa penyebab lain yang jelas selain kelainan vaskular. Fase akut berakhir 48 sampai 72 jam (Smeltzer & Bare., 2010 dalam Dewi., 2017).

Fase akut pada pasien stroke kondisi hemodinamiknya belum stabil, umumnya dilakukan perawatan di rumah sakit yaitu di ruang gawat biasa maupun di unit stroke. Pasien stroke tersebut akan dilakukan rehabilitasi oleh tim medis atau tim kesehatan di rumah sakit pada 2 minggu pasca serangan stroke, biasanya sesudah keadaan mulai stabil yaitu sesudah 24-72 jam sesudah serangan (Purwati & Arina., 2008 dalam Kurniawan., 2017).

Fase akut stroke adalah tahapan kritis yang berlangsung antara 4-7 hari. Objektif petugas kesehatan pada fase ini adalah pasien selamat. Pada stroke akut tindakan yang dilakukan di rumah sakit sangat bergantung pada jenis dan berat ringannya stroke yang dialami. Pasien stroke dapat dimasukkan melalui jalur biasa atau ke bagian gawat darurat, termasuk setelah itu dianjurkan untuk rawat-inap atau rawat-jalan. Perlu diketahui, walaupun dirawat inap bukan berarti stroke akan membahayakan atau membawa kecacatan. Stroke tidak selalu bisa diperkirakan. Diperlukan beberapa hari untuk menentukan gambaran yang jelas terhadap kemungkinan selanjutnya. Untuk itu, para tim rumah sakit yang merawat akan melakukan beberapa langkah untuk memastikan bahwa diagnosis awal memang benar stroke atau penyakit lain yang gejalanya mirip stroke seperti tumor otak, epilepsi, dan migran.

Kematian dini pada stroke akut biasanya karena komplikasi di bidang neurologi, misalnya hernia otak. Komplikasi yang ditakuti ini biasanya terjadi sekitar hari ketiga hingga kelima pascastroke. Sehingga penanganan pasien stroke harus cepat dan tepat dalam penanganannya sebab dapat mempengaruhi kesembuhan pasien dan meminimalkan kecacatannya. Apabila kondisi pasien memerlukan tindakan yang lebih jauh, maka para tim stroke akan berusaha memulihkan kesehatannya semaksimal mungkin dengan melibatkan tim lengkap, terdiri dari dokter, perawat, fisioterapi, psikoterapi, okupasional terapi, ahli bicara sehingga disfungsi seperti kelumpuhan dan gangguan bicara dapat diminimalkan (Junaidi., 2012).

Pasien stroke iskemik akut dengan hipertermi dalam awitan 72 jam awitan memiliki risiko 8 kali lebih besar mengalami perburukan klinis. Peningkatan suhu tubuh menunjukkan pengaruh yang kuat pada derajat keparahan stroke, serta mampu menggambarkan prognosis selama perawatan pasien stroke akut. Peningkatan suhu tubuh pada 72 jam sejak

awitan stroke menggambarkan proses inflamasi yang terjadi dan jika pengukuran dilakukan lebih dari 72 jam dikatakan telah terjadi proses infeksi (Adja *et al.*, 2015).

Pada fase akut (Jaypee., 2012) yang dimulai dari 24 sampai 48 jam, tindakan pertama dan asuhan keperawatannya adalah mengenali faktor utama dengan melihat kondisi pasien agar dapat memberikan hasil yang optimal dalam perawatannya. Pasien mungkin mendapatkan perawatan di intensive care unit (ICU) atau unit khusus perawatan penyakit akut. Selama fase akut, pasien mungkin tidak sadar dan perubahan pada panca indra. Pasien mungkin tidak stabil dalam mempertahankan jalan napasnya karena hilangnya kesadaran, kerusakan jaringan otak dan peningkatan tekanan intra kranial yang menghalangi pusat pernapasan yang berakibat pertukaran oksigen dan karbondioksida yang tidak adekuat.

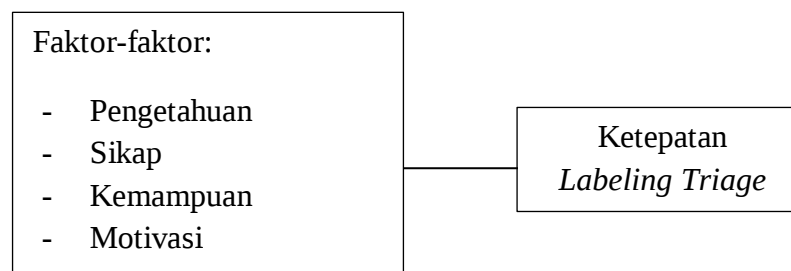
Tindakan yang diperhatikan pada fase akut stroke ini biasanya meliputi:

- 2.6.6.1 Memelihara kebersihan jalan napas untuk keadekuatan pertukaran gas dan menghindari terjadinya hipoksia, tindakan yang biasanya dilakukan adalah pemberian terapi oksigen jika memang pasien memerlukan dan tampak kekeurangan oksigen.
- 2.6.6.2 Mengobservasi dan mencatatat tanda-tanda vital dan status neurologis secara berulang sesuai keperluan. dimulai dari nadi, suhu tubuh, tekanan darah serta tingkat kesadaran pasien, dan juga ukuran pupil mata serta pergerakan anggota tubuh.
- 2.6.6.3 Mengambil darah untuk keperluan pemeriksaan darah seperti hasil gas darah arteri. Perhatikan kepatenan jalan infus. Pasien juga mungkin akan diberikan manitol atau heparin. Untuk pasien yang benar-benar

kehilangan kesadaran atau bahkan koma maka kebutuhan pasien akan sangat bergantung dan perlunya perhatian ekstra dalam perawatannya seperti jalan napasnya yang mungkin terhalang oleh seketet atau terjadinya dekubitus karena terlalu lama berbaring sehingga perawat perlu mengatur posisi pasien untuk menghindari terjadinya dekubitus tersebut.

2.7 Kerangka konsep

Berdasarkan landasan teori diatas dan dengan melihat permasalahan yang ada serta keterbatasan penelitian, maka disusunlah kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



2.8 Hipotesis penelitian

Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah.

- 2.8.1 Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan ketepatan *labeling triage* pada pasien stroke fase akut di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.
- 2.8.2 Ada hubungan antara sikap perawat dengan ketepatan *labeling triage* pada pasien stroke fase akut di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.
- 2.8.3 Ada hubungan antara kemampuan perawat dengan ketepatan *labeling triage* pada pasien stroke fase akut di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.
- 2.8.4 Ada hubungan antara motivasi perawat dengan ketepatan *labeling triage* pada pasien stroke fase akut di IGD RSUD Ulin Banjarmasin.