

PENGALAMAN PERAWAT MELAKUKAN TRIASE LIMA LEVEL PADA PASIEN DENGAN NYERI DADA

Zulmah Astuti
Indah Winarni
Ali Haedar

Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
Email: zulmahastuti@yahoo.com

Abstract: *The experience of nurses implement the five level of triage to the patient with chest pain. This aims of this Study is to explore the experience of nurses doing the five-level of triage process to patients with chest pain in the emergency department. This Study used a qualitative design with an interpretive phenomenological approach . Data were collected through interviewed to the six nurses who worked recently in triage room in emergency department of Sanglah Hospital. Data were transcripts and analyzed using Miles & Huberman method. The results showed seven themes, their were the initial assessment of patients, the Act of first aid in patient, the assessment of hemodynamic, the further of examination, the assessment of chest pain, the consideration used in determining the level of urgency of the patient and the duration of triage process for each patient.*

Abstrak: **Pengalaman perawat melakukan triase lima level pada pasien dengan nyeri dada.** Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat melakukan triase lima level pada pasien dengan keluhan nyeri dada di instalasi rawat darurat. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Data dikumpulkan melalui teknik wawancara yang dilakukan kepada enam perawat yang bertugas di ruang triage di Instalasi Rawat Darurat RSUP Sanglah Denpasar. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan metode *Miles & Huberman*. Penelitian menghasilkan tujuh tema yaitu pengkajian awal pasien, tindakan pertolongan pertama pada pasien, penilaian hemodinamik, pemeriksaan lanjutan, pengkajian keluhan nyeri dada, pertimbangan yang digunakan dalam penetapan *level* urgensi pasien serta lama waktu proses triase pada masing masing pasien

Kata kunci : pengalaman perawat, triase, nyeri dada

Instalasi gawat darurat (IGD) yang merupakan salah satu akses masuk pasien ke rumah sakit selalu dihadapkan pada tantangan yaitu jumlah pasien yang cenderung melebihi kapasitas serta dengan kondisi yang tidak dapat diprediksi sebelumnya. Sistem triase hadir untuk menjawab tantangan tersebut yang merupakan suatu proses pengumpulan informasi dari klien serta mengkategorikan dan memprioritaskan kebutuhan masing-masing klien (Schellein, et al, 2008; Emergency Nurses Association (ENA), 2011). Dengan sistem triase ini akan dapat

memastikan bahwa pasien yang memerlukan tindakan segera akan ditangani terlebih dahulu dan pasien dengan prioritas dibawahnya dapat dengan aman menunggu tindakan (Fitzgerald *et al*, 2009).

Sistem triase mengalami banyak perkembangan dalam kurun waktu 20 tahun mulai dari sistem triase dengan 2 kategori pasien sampai dengan saat ini telah diterapkan triase dengan 5 level kategori pasien. Jenis triase ini menempatkan pasien dalam 5 kategori yaitu *Resuscitation, Emergent, Urgent, Nonurgent* dan *Reffered* (Gilboy, *et al*, 2005).

Evaluasi terhadap penerapan sistem triase lima level ini khususnya di Indonesia belum banyak dilakukan. Salah satu Rumah sakit di Indonesia yang saat ini menerapkan triase lima level adalah Rumah sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Bali yang berpedoman pada *The Australian Triage Scale* (ATS) yang sebelumnya menerapkan sistem triase dengan 3 level kategori. Perubahan sistem triase ini tentu berdampak pada performa petugas kesehatan khususnya perawat dalam menetapkan level kegawatan pasien. Sistem triase ini memiliki rentang waktu tunggu untuk pengkajian dan pemberian tindakan bagi pasien pada masing-masing kategori, sehingga jika terjadi ketidaktepatan seperti menempatkan pasien pada kategori terendah (*undertriage*) dalam keakutannya, maka akan menambah waktu tunggu bagi pasien yang dapat meningkatkan resiko terjadinya efek yang tidak baik pada kondisi pasien (Considine, *et al* 2000).

Berdasarkan hasil penelitian salah satu keluhan pasien yang sering mengalami di ketidaktepatan triase yang berupa *undertriage* di instalasi gawat darurat adalah keluhan nyeri dada yaitu lebih dari 15% kasus pasien (Boris, *et al*, 2004; Pits, *et al*, 2006; Sanchis, *et al*, 2010) Pasien nyeri dada antara 2% sampai dengan 6% dipulangkan dari instalasi gawat darurat yang pada akhirnya terbukti mengarah pada sindrom koroner akut (Pope, *et al*, 2000; Pines, *et al*, 2010).

Kondisi ini menjadi bermakna saat petugas menerapkan triase lima level pada pasien dengan nyeri dada, agar dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya *undertriage* pada pasien. Ketepatan petugas dalam melakukan triase dipengaruhi oleh pengetahuan serta pengalaman petugas sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian kualitatif untuk menggali pengalaman perawat dalam melakukan triase lima level khususnya pada pasien dengan nyeri dada.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Penelitian dilakukan di Instalasi rawat darurat RSUP Sanglah Bali. Partisipan yang dipilih dari penelitian ini adalah perawat triase yang mempunyai pengalaman dalam melakukan triase pada pasien nyeri dada dan bersedia untuk menjadi partisipan. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan pertanyaan bersifat semistruktur. Saturasi diperoleh jika dari partisipan tidak ada lagi muncul tema yang baru. Saturasi data didapatkan dari 6 orang partisipan. Hasil penelitian di analisa menggunakan metode *Miles and Huberman* (1994). Sebelum melakukan penelitian peneliti mengajukan uji kelayakan etik di institusi setempat dan dinyatakan laik etik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perawat di instalasi rawat darurat melaksanakan tugas yang kompleks salah satunya adalah menerima pasien yang datang dan melakukan pengkajian untuk menilai kondisi kegawatannya melalui proses triase. Peneliti menggali pengalaman dan pemahaman perawat saat melakukan proses triase pada pasien dengan nyeri dada didapatkan hasil wawancara bahwa proses triase yang dilakukan adalah *pengkajian awal pasien, tindakan pertolongan pertama, penilaian hemodinamik, pemeriksaan lanjutan, pengkajian keluhan nyeri dada, pertimbangan yang digunakan dalam penetapan level urgensi pasien serta lama waktu triase*

Pengkajian awal pasien

Berdasarkan penjelasan partisipan memiliki jawaban yang beragam, namun secara garis besar penilaian tersebut adalah *menilai kondisi kegawatan pasien* yang terdiri dari penilaian terhadap kondisi umum pasien, dan survey primer. Dalam melakukan penilaian kondisi umum pasien, satu partisipan menjelaskan bahwa pertama yang perlu dinilai adalah cara jalan pasien dimana dari sini bisa digambarkan kondisi umum pasien apakah mengalami kelemahan

atau tidak, kutipan pernyataannya di bawah ini :

"...pertama kita liat adalah tentunya kondisi umum pasien kalo pasiennya masih bisa jalan..." (p6:....)

Setelah melakukan penilaian kondisi umum dengan cara inspeksi atau visual triase maka penilaian dilanjutkan untuk melakukan survey primer. Dari pernyataan 3 dari 6 partisipan menggambarkan bahwa penilaian yang dilakukan adalah untuk melihat apakah *airway* (jalan nafas), *breathing* (pernafasan), *circulation* (sirkulasi) terdapat gangguan atau tidak, seperti yang dikutip dari salah satu pernyataan partisipan berikut :

"...nah itu dah airwaynya itukan ya sambil lah liat kalo misalkan udah bebas jalan nafasnya maksudnya langsung ke breathing..." (p2:.)

Berdasarkan pedoman dari ATS bahwa seluruh pasien yang datang ke IGD dilakukan penilaian umum baik status fisiologis maupun psikologisnya. Observasi (*Visual triage*) dilakukan terkait mobilisasi pasien saat pertama kali masuk ruang IGD yaitu apakah terlihat sesuatu yang abnormal. Tahap selanjutnya adalah melakukan pengkajian primer (Primary Survey) yang mengkaji kepatenan *airway* (jalan nafas), *breathing* (Pernapasan) dan *Circulation* dan *Disability* (*Australian Government Departement of Health and Ageing, 2007*).

Tindakan pertolongan pertama.

Kondisi pasien yang menunjukkan kondisi kegawatan akan segera direspon oleh petugas kesehatan khususnya oleh perawat diantaranya jika terdapat keluhan sesak yaitu kondisi sukar bernafas yang dirasakan pasien, maka pernyataan dari 4 partisipan mengungkapkan bahwa tindakan awal dan segera adalah memberikan oksigen kepada pasien, seperti pernyataan berikut :

"itu ada keluhan sesek kalau ada seseknya kasih oksigen" (p1)

Pemberian suplemen oksigen sering diberikan pada pasien dengan penyakit jantung, distress pulmonal dan stroke, pemberiannya untuk mempertahankan $SpO_2 \geq 94\%$ (*American Heart Association, 2012*).

Penilaian kondisi hemodinamik

Setelah melakukan pengkajian pada kondisi umum, kepatenan ABC sebagai penilaian awal kondisi kegawatan pasien maka penilaian dilanjutkan untuk mengkaji kondisi hemodinamik pasien dengan dengan *menilai gangguan hemodinamik*. Kondisi adanya gangguan hemodinamik pada pasien dengan nyeri dada dapat dilihat dari data subyektif dan obyektif yang mengikuti keluhan nyeri dada pasien yaitu adanya keluhan sesak nafas dan keringat dingin, seperti pernyataan berikut :

"...nyeri dada itu ada keluhan sesak...." (p1:...)

"...biasanya bisa kita liat mereka memegang dada keringat dingin.." (p4:.)

Tanda-tanda vital pasien yang diukur adalah tekanan darah dan nadi, seperti pernyataan berikut ini :

"Penilaian saya sih vital sign sih seperti biasa" (p1)

"...dia nyeri dada tensi, vital sign lah dulu biasa..." (p2)

Pemeriksaan hemodinamik didasarkan pada pengukuran tanda vital untuk memperkirakan keakutan pasien. Pemeriksaan ini dilakukan jika waktu memungkinkan bagi pasien sebelum intervensi awal diberikan (*Australian College for Emergency Medicine, 2013*).

Pemeriksaan lanjutan

Pasien dengan keluhan nyeri dada dilakukan pemeriksaan lanjutan yaitu *perekaman EKG* yang dilakukan setelah menunggu instruksi dari dokter. pernyataan ini diungkapkan oleh seluruh partisipan, sebagai berikut:

"...tunggu instruksi dokter.....nanti penunjangnya ya ekg...."(p3)

Pemeriksaan penunjang selain EKG adalah x-ray dan pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Berdasarkan keterangan beberapa partisipan untuk pemeriksaan enzim jantung seperti troponin dan CKMB akan dilakukan berdasarkan instruksi dokter dan pasien nyeri dada juga telah terbukti mengarah pada gangguan organ jantung yang dapat dilihat dari hasil EKG pasien yang abnormal. Pernyataan dari partisipan sebagai berikut :

"...Kalau EKGnya normal ini di Rongthen biasanya kemungkinan sih kardiomegali atau udem paru atau apa..."(p1)

"...nunggu instruksi dokter pemeriksaan lab, nanti penunjangnya ya ekg, mungkin ada cek lab.... kalo sudah datang dari sana dari kardio, oh ini cek DL lengkap..."(p3)

"...tapi untuk triple kardiak marker kita ngga contrenge kardiaknya datang "ya dok ini labnya, mau cek triple kardiomarker gitu" "oh iya, ya bli" cek lah..."(p4)

Pemeriksaan penunjang yang sangat penting adalah perekaman EKG sebagai salah satu faktor dalam menentukan kondisi klinis pasien. pada taraf kognitif partisipan menyadari pentingnya pemeriksaan EKG pada pasien dengan nyeri dada namun pada kenyataannya jika nyeri dada tidak spesifik perekaman EKG belum dipertimbangkan untuk dilakukan. Penelitian menyatakan bahwa keterlambatan dilakukannya perekaman EKG adalah karena kesalahan dalam penempatan kategori pasien di awal, selain itu dapat juga terjadi pada kasus pasien dengan masalah jantung namun tanpa keluhan nyeri dada atau nyeri dada yang tidak spesifik (Sammons, 2012).

Pengkajian keluhan nyeri dada

Proses pengkajian keluhan nyeri diantaranya proses pengkajian keluhan nyeri diantaranya *pengkajian keluhan subyektif pasien, pengkajian obyektif pasien, menilai penyebab nyeri dada, mengkaji riwayat penyakit*

Pada pengkajian tentang subyektif pasien dua partisipan menjelaskan bahwa pasien dengan jelas mengatakan bahwa ia mengalami nyeri dada, seperti pernyataan dibawah ini :

"....dia bilang nyeri dada kiri"(p2)

Seluruh partisipan juga menjelaskan bahwa nyeri dada yang mengarah pada kemungkinan gangguan organ jantung yaitu nyeri menjalar ke lengan kiri dan tembus ke belakang, seperti pernyataan berikut :

"....dia bilang nyeri dada kiri sampe menjalar ke tangan yang sebelumnya nda pernah..." (p2)

Karakteristik nyeri atau gambaran nyeri oleh pasien nyeri dada yaitu seperti tertekan benda berat, tertimpa barang berat, seperti pernyataan berikut ini :

"....menjalar ke tangan dia berat ke bahu trus kebelakang kayak ketekan ketindh beban berat..."(p2)

Penelitian kuantitatif dilakukan oleh Rohacek *et al.* (2012) untuk menemukan cara yang sederhana melalui evaluasi awal dalam memprediksi kemungkinan persentase pasien nyeri dada disertai sesak mengarah pada sindrom koroner akut yaitu jika keluhan nyeri dada disertai sesak menjalar ke leher dan lengan. Persentase pasien mengarah pada kondisi sindrom koroner akut akan semakin tinggi jika usia pasien tersebut diatas 50 tahun yaitu menjadi 91%.

Pengkajian pada pasien nyeri dada juga memperhatikan gestur tangan pasien yang merupakan obyektif pasien saat menggambarkan nyeri dada yang dialaminya

seperti memegang dada kiri dengan telapak tangan, menunjuk dada dengan satu jari, mengepalkan tangan di depan dada, seperti pernyataan berikut ini:

"...kalo pasiennya nyeri dada datang memegang dada kiri" (p2)

"...biasanya pasiennya duduk sudah kayak gini dia(mengepalkan tangan di depan dada kiri)..." (p3)

"mereka megang dada seperti ini loh (Melebarkan tangan di depan dada)..."(p4)

"...dia masih bisa menunjukkan satu jari seperti ini (menunjuk dengan satu jari kebagian tengah dada), disini sakitnya..."(p5)

Pengkajian keluhan utama pasien nyeri dada juga memperhatikan gestur tangan pasien yaitu berupa kepalan tangan di depan dada, memegang dada dengan telapak tangan, dan menunjuk area nyeri di dada dengan satu jari. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Marcus *et al.*(2007) pasien cenderung menunjukkan gestur yang berbeda-beda saat mengungkapkan nyerinya yang digunakan sebagai salah satu faktor prediksi penyebab nyeri dadanya

Partisipan juga mengidentifikasi keluhan nyeri dada yang tidak khas gangguan organ jantung seperti nyeri dirasakan di ulu hati, rasanya menusuk, seperti pernyataan berikut:

"...Biasanya sih dia ngeluh nyeri dada di semuanya... kadang di ulu hatinya"(p1)

".....ada yang nyeri dada kiri menjalar ke kanan.....rasanya menusuk apa rasanya panas...."(p4)

Setelah melakukan pengkajian maka partisipan mulai melakukan penilaian untuk kasus pasien dengan nyeri dada yang tidak spesifik mengarah pada gangguan organ

jantung yang ditandai dengan EKG normal, kemungkinan nyeri dada sebagian besar disebabkan oleh adanya peradangan pada lambung dimana dua partisipan mengungkapkan hal tersebut, seperti pernyataan di bawah ini:

".....Melakukan penilaian di EKG sih juga hasilnya normal, kayaknya sih maag lambungnya sih..."(p1)

"...pokoknya kalo ekgnya normal pasti dia ini pasti punya riwayat gastritis...."(p2)

Pengkajian juga dilengkapi dengan pengkajian terhadap riwayat pasien seperti riwayat penyakit jantung, riwayat penyakit diabetes, seperti pernyataan di bawah ini:

"....ada riwayat jantungnya ngga kalau misalnya ada riwayat jantung EKGnya ini langsung dibawa ke PJT gitu sih...."(p1)

"Riwayat penyakitnya apa? Punya diabetes...."(p2)

Penetapan level triase

Setelah melakukan pengkajian pasien, maka tahapan selanjutnya adalah *penetapan level urgensi pasien* dalam kategori yang sesuai. Dari hasil wawancara partisipan didapatkan bahwa dalam penetapan *level* pasien mempertimbangkan dari *hasil penilaian hemodinamik pasien, penilaian ABC, pemeriksaan penunjang maupun pengkajian faktor resiko.*

".....nyeri dada truss sesek keringat dingin truss tensinya udah ini .kayaknya curiga ke syok gitu langsung dah masuk ke ATS 1.."(p1)

Penjelasan partisipan bahwa pada penilaian kepatenan jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi akan mempengaruhi penetapan *level* pasien dimana jika terdapat gangguan pada ketiga hal ini maka pasien akan ditempatkan minimal di *level 3* dan dapat

menjadi penyebab kenaikan *level* pada triase sekunder seperti pernyataan berikut ini:

"...masih bisa ngomong pasti *airway breathing* sama sirkulasi normal pastinya tensinya bagus pasti sirkulasi baguskan clearkan pasti tiga aja..."(p2)

"....gangguan di ABC nya umpama ada gangguan di *breathingnya* itu langsung kita naikan levelnya jadi level dua...."(p5)

Berdasarkan *American International Health Alliance* (AIHA) tahun 2011 dan petunjuk dari New South Wales Departement of Health pada tahun yang sama mengenai standar minimum untuk evaluasi nyeri dada menyatakan bahwa semua pasien yang datang ke ruang gawat darurat dengan nyeri dada dan dengan gejala iskemik miokard yaitu berkeringat, ortopnoe tiba-tiba, sesak, pingsan, ketidaknyamanan epigastrik, nyeri pada rahang dan nyeri pada lengan dalam waktu 48 jam, harus ditetapkan dalam triase kategori 2 dan dalam waktu 10 menit perekaman EKG 12 lead harus dilakukan dan diinterpretasikan oleh petugas yang berkompeten. Tujuan dari penempatan pasien nyeri dada dengan kategori dua adalah agar pasien mendapatkan pemantauan lebih intensif dan dapat segera di konsultasikan kepada dokter

Lama waktu triase

Triase lima *level* memiliki waktu maksimal dalam pelaksanaan triase pada masing-masing pasien sampai dengan penetapan *level* ATS. Partisipan juga mengungkapkan lama waktu yang digunakan selama pelaksanaan triase pada pasien dengan nyeri dada yang rata-rata kurang dari 5 menit, seperti pernyataan berikut ini :

"...dilakukan pengkajian yang secara singkat cepat langsung mungkin kurang dari semenit kurang dari semenit untuk pasien-pasien yang dengan kesadaran

menurun untuk pasien ini apakah ada gangguan nafas atau obstruksi trus eh hemodinamiknya gimana biasanya udah langsung..."(p3)

SIMPULAN

Pelaksanaan triase pada pasien nyeri dada berdasarkan pengalaman perawat berdasarkan pedoman dari triase lima level ATS. Pemeriksaan penunjang seperti perekaman EKG dilakukan berdasarkan order dari dokter yang bertugas. Pasien dengan nyeri dada yang datang ke IGD belum tentu ditempatkan pada level 2 namun penetapan level dipertimbangkan berdasarkan hasil triase. lama waktu pelaksanaan triase kurang dari 5 menit.

DAFTAR RUJUKAN

- Australian Government Departement of Health and Ageing*, 2007. Emergency Triage Education Kit, Triage Workbook. Canberra
- Australian College for Emergency Medicine (ACEM), (2013) Policy On The Australian Triage Scale. Mealbourne
- American International Health Alliance (AIHA), 2011. Clinical Practice Guideline for Primary Health Care Physicians. USAID
- American Heart Association., 2012. ACLS Provider Manual Suplemmentary Material; 3
- Bhuiya, F.A., Pitts, S.R., McCaig., L.F, 2010. Emergency Department Visits for Chest Pain and Abdominal Pain: United States, 1999–2008. Division of Health Care Statistics (NCHS); 43
- Boris E. Coronado, B, Hector Pope, Griffith, J.,L., Beshansky, J.,R., Selker, H.P, (2004) Clinical Features, *Triage*, And Outcome Of Patients Presenting To The Ed With Suspected Acute Coronary Syndromes But Without Pain: A Multicenter Study; *American Journal Of Emergency Medicine*; 22(7)
- Considine J, Ung L, Thomas S. (2000). *Triage Nurses' Decisions Using The National Triage Scale For Australian Emergency Departments. Accident and Emergency Nursing*

- Emergency Nurses Association, 2011. Triage Qualifications; emergency Nurses Association
- Fitzgerald, Gerald and Jelinek, George and Scott, Deborah A. and Gerdtz, Marie F. 2009. Emergency Department Triage Revisited. *Emergency Medicine Journal*; Queensland, Australia
- Gilboy, N. Tanabe, P. Travers, D.A. Rosenau, A.M. Eitel, D.R. 2005. Emergency Severity Index,: Implementation Handbook. AHRQ; 4(5).
- Karnath, B. Holden, M.D. Hussain. N. 2004. Chest Pain : Differentiating cardiac from Non cardiac Causes. Review of clinical sign. Hospital physician; University of Texas Medical Branch, Galveston
- Marcus, G.M., Cohen, J., Varosy, P.D., Vessey, J., Rose, E., Massie, B.M., *et al* ,2007. The utility of gesture in patient with chest discomfort. Clinical research study. *The American journal of medicine*;120;83-89
- Miles, M.B., & Huberman, A.M., 1994. *Qualitative Data Analysis*, 2nd. Ed, Sage Publications.
- Pitts, S.R. Niska., R.W. Xu, J. Burt, C.W. 2006. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Emergency Department Summary. Natl Health Stat Report
- Pines, J.M, Joshua A. Isserman, J.A, Demian Szyld, D., Dean, A.J, McCusker, C.M, Hollander, J.E, 2010. The Effect Of Physician Risk Tolerance And The Presence Of An Observation Unit On Decision Making For ED Patients With Chest Pain. *American Journal of Emergency Medicine*; 28; 771-779
- Pope, J.H. Aufderheide, T.P, Ruthazer, R. Woolard R.D. Feldmen, J.A. Beshansky J.R. *et al*. 2000. Missed Diagnoses Of Acute Cardiac Ischemia In The Emergency Departement. *N engl J Med*
- Rohacek, M, Berolotti, A, Gr'utzm'uller, N., Simmen, U., Marty, H., Zimmermann, H., Exadatylos, A., Spyridon, 2012. *Clinical Study: The Challenge of Triageing Chest Pain Patients: The Bernese University Hospital Experience. Hindawi Publishing Corporation Emergency Medicine International*; 7
- Sammons, S.S., 2012. Accuracy of Emergency Department Nurse Triage Level Designation and Delay in Care of Patients with Symptoms Suggestive of Acute Myocardial Infarction; *Nursing Dissertations*. Georgia State University; 27
- Sanchis, J, Bodí,V, Núñez, J, Núñez,E, Bosch, E, Pellicer, M, Heras, M, Bardají, A, Marrugat, J, Llácer, A, 2010. Identification of very low risk chest pain using clinical data in the Emergency department. *IJCA-12584*; 4
- Schellein, O. Ludwig-Pistor, F. Bremerich, D.H. 2008. Manchester triage system: Process optimization in the interdisciplinary Emergency department. *Anaesthesist*