

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Role Play

a. Definisi Role Play

Role play telah digunakan dalam berbagai tingkat pendidikan dan dicatat dalam pendidikan kedokteran sejak tahun 1985. *Role play* mempunyai banyak manfaat bagi mahasiswa termasuk melatih keterampilan, merefleksikan kinerja, dan memahami perspektif orang lain melalui cara yang lebih realistis dengan menggunakan skenario latihan (Servey & Wyrick, 2018).

Cara mengimplementasikan *Role play* adalah dengan mendramatisasikan keadaan atau menirukan aktivitas tertentu atau karakter khusus yang dilakukan dengan cara mengarahkan mahasiswa. Dalam pelaksanaannya, dosen menyusun dan memfasilitasi *role*

play. Setelah pelaksanaan *role play*, dosen melakukan evaluasi. Mahasiswa yang tidak terlibat peran diberi tugas mengamati *roleplay*, merangkum pesan di *role play* dan mengevaluasi pelaksanaan *role play* yang sudah diperagakan oleh temannya. Untuk melakukan *Role play* harus dipersiapkan terlebih dahulu (Ridwan, 2016).

Role play membutuhkan perencanaan, fleksibilitas dosen, dan kenyamanan dengan lingkungan belajar. Untuk mencapai pembelajaran mahasiswa secara maksimal, harus diperhatikan prinsip-prinsip yang akan dialami semua mahasiswa dengan memperhatikan elemen-elemen kunci. Pelaksanaan *role play* yang efektif memiliki tujuan yang jelas, batas waktu yang ditentukan, dan pembekalan metode untuk memaksimalkan refleksi dalam pembelajaran (Servey & Wyrick, 2018).

b. Langkah-Langkah Pelaksanaan *Role Play*

Langkah-langkah dalam melaksanakan metode pembelajaran *role play* adalah (Ridwan, 2016; Servey & Wyrick, 2018):

1) Pemilihan masalah

Membagikan satu permasalahan yang diangkat untuk dilakukan *role play* pada setiap mahasiswa. Pemilihan masalah bertujuan untuk menyampaikan masalah yang diangkat dari materi yang dibahas agar mahasiswa dapat merasakan masalah tersebut, sehingga mahasiswa terdorong untuk mempelajarinya.

2) Pemilihan peran

Memilih peran untuk mahasiswa yang sesuai dengan permasalahan yang akan dibahas, menjelaskan karakter masing-masing yang akan diperankan dan apa yang harus dikerjakan oleh para pemain *role play*. Hanya mahasiswa yang mempersiapkan diri dengan baik yang dapat menghayati perannya.

3) Menyusun langkah-langkah bermain peran

Membuat dan menyiapkan skenario yang akan digunakan untuk *role play* dan menjelaskan waktu pelaksanaan *role play*.

4) Pelaksanaan

Mahasiswa mulai memerankan sesuai dengan peran masing-masing yang terdapat pada skenario *role play*.

5) Diskusi dan Evaluasi

Mahasiswa dapat mengajukan pertanyaan yang terkait dengan masalah pada materi yang dibahas. Dan melakukan evaluasi terkait dengan pelaksanaan *role play*

6) Pelaksanaan *role play ulang*

Mahasiswa yang melakukan *role play*, akan melaksanakan *role play ulang* ketika dari hasil evaluasi terdapat beberapa kesalahan saat memainkan peran. Hal ini bertujuan agar mahasiswa dapat merefleksikan dirinya.

7) Pengambilan kesimpulan dari *role play*

Setelah pelaksanaan *role play*, mahasiswa menyimpulkan tentang berbagai pengalaman yang didapatkan dan kesimpulan dari *role play*.

c. **Manfaat Metode Pembelajaran *Role Play***

Pembelajaran pada mahasiswa keperawatan dapat ditingkatkan dengan menggunakan metode *role play* (Vizeshfar et al., 2016). Inovasi ini merupakan strategi yang efektif untuk digunakan dalam pembelajaran di keperawatan (Yu & Kang, 2017). Manfaat pelaksanaan *role play* dalam pendidikan triase yang ditinjau dari beberapa literatur antara lain (Oktavia, L. R. D., & Kusumawati, W., 2019):

1) Meningkatkan komunikasi

Role play dibandingkan dengan metode tradisional dapat membuat mahasiswa lebih banyak berinteraksi dengan pasien, dan pendidik bisa ikut serta berpartisipasi. Pengalaman belajar mahasiswa untuk mengenal pembelajaran yang nyata dalam

melakukan pembelajaran di klinis dapat ditingkatkan melalui *role play* (Delnavaz et al., 2018).

Mahasiswa sering berinteraksi dengan dosen ketika melaksanakan *role play*. Dengan demikian harus dilakukan dalam pembelajaran, karena dapat meningkatkan hasil belajar pendidikan triase pada mahasiswa (Delnavaz et al., 2018). Perkembangan inivasi ini dapat digunakan untuk menampilkan keterampilan klinis mahasiswa dalam komunikasi pada pembelajaran timbang terima keperawatan dan menumbuhkan kompetensi yang komunikatif (Yu & Kang, 2017).

Metode *role play* sangat efektif digunakan dalam melatih komunikasi dan empati dalam pendidikan keperawatan. Komponen empati (*Caring* dan *prespective taking*) dapat meningkat ketika menggunakan metode bermain peran daripada metode tradisional (Burta, 2018). Selain itu, mahasiswa dapat belajar bagaimana cara mendengar

orang lain, bagaimana merespon sesuatu dan bagaimana berdiskusi lebih terbuka (Fossen & Stoeckel, 2016).

2) Meningkatkan pengetahuan

Metode *role play* mempunyai dampak positif pada pengetahuan mahasiswa keperawatan. Metode ini dapat menjadikan sistem kognitif dan psikomotor berintegrasi secara bersamaan, menuju pada pembelajaran yang mendalam di otak dan pengalaman yang diperoleh mahasiswa dapat tersimpan dalam memori lebih lama (Vizeshfar et al., 2016).

Pengetahuan mahasiswa keperawatan lebih meningkat ketika diterapkan metode pembelajaran *role play* dibandingkan dengan metode ceramah (Delnavaz et al., 2018). Ziapour, Mahmoodi and Dehghan (2018) menyatakan terjadi peningkatan pengetahuan tetapi kurang efektif dibandingkan metode *video feedback on learning*, karena pada

metode tersebut secara signifikan lebih tinggi skor kognitifnya daripada metode *role play*.

3) Meningkatkan kemampuan psikomotorik

Role play dapat meningkatkan kemampuan psikomotorik kualifikasi klinis mahasiswa keperawatan (Sato *et al.*, 2017; Ziapour, Mahmoodi and Dehghan, 2018; Delnavaz *et al.*, 2018; Vizeshfar *et al.*, 2016). Menggunakan metode *role play* sangat berguna untuk pendidikan keterampilan klinis yang berhubungan dengan praktik keperawatan seperti pelaksanaan triase. *Role play* dapat meningkatkan berbagai aspek kemampuan skill mahasiswa dalam melaksanakan praktek keperawatan, seperti keefektifan penggunaan metode *role play* untuk pelatihan prediksi bahaya dalam pendidikan (Sato *et al.*, 2017)

4) Memotivasi untuk refleksi diri

Metode *role play* dapat mendorong mahasiswa untuk melaksanakan refleksi diri terkait kemampuan

dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengimplementasi pemberian asuhan keperawatan (Sebold *et al.*, 2018; Fossen and Stoeckel, 2016). Strategi pelaksanaan *role play* dapat memfasilitasi mahasiswa untuk ikut merasakan ketidaknyamanan saat mereka menjadi pasien. Dengan demikian, mahasiswa akan menyadari pentingnya kehadiran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan di saat yang sulit dan bagaimana bersikap *caring* kepada pasien (Sebold *et al.*, 2018).

Selain itu, mahasiswa keperawatan yang belum mempunyai pengalaman berkomunikasi dengan pasien akan mengalami ketakutan, kecemasan dan kesulitan, sehingga dengan penerapan metode *role play* diharapkan dapat mengantisipasi perasaan-perasaan tersebut (Fossen and Stoeckel, 2016).

5) Meningkatkan berpikir kritis

Metode bermain peran dapat meningkatkan berpikir kritis pada mahasiswa keperawatan.

Kemampuan berpikir kritis dapat meningkat pesat pada *role play* yang digabungkan dengan simulasi dibandingkan metode pembelajaran simulasi dengan metode ceramah (Kim, 2018)

Keahlian dalam menghadapi berbagai situasi saat melaksanakan praktek keperawatan kadangkala tidak bisa terjawab hanya dengan penyampaian menggunakan metode ceramah. Dengan menggunakan metode *role play*, rasa ingin tahu mahasiswa dapat terfasilitasi (Kim, 2018)

6) Meningkatkan efikasi diri

Efikasi diri (*Self efficacy*) merupakan keyakinan pada kemampuan diri untuk mengatur, menilai, dan melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas yang diberikan. Metode *role play* dapat meningkatkan efikasi diri. *Self efficacy* dapat meningkat ketika metode *role play* dikombinasi dengan simulasi dibanding metode ceramah dengan simulasi (Fossen & Stoeckel, 2016; Kim, 2018).

Role play memotivasi mahasiswa untuk mengetahui sejauh mana kemampuannya dalam melaksanakan tindakan yang berhubungan dengan keperawatan. Selain itu, *role play* juga mendorong mahasiswa mengetahui lebih dalam sebelum tindakan keperawatan yang nyata dilaksanakan. Dengan demikian, mahasiswa mempunyai tingkat kepercayaan diri lebih tinggi untuk berhasil dalam pelaksanaan praktik klinis dan menggunakan keterampilan klinis secara efektif (Fossen & Stoeckel, 2016; Kim, 2018).

2. Konsep Triase

a. Definisi Triase

Triase adalah proses awal memilah pasien yang masuk sesuai dengan kebutuhan klinis mereka dengan membuat penilaian awal dan penentuan tentang sifat dan keparahan kondisi pasien yang dapat mempengaruhi waktu untuk pengobatan serta hasil medis. Masalah pasien merupakan salah satu data utama yang

dikumpulkan selama triase dan biasanya diidentifikasi melalui anamnesa selama interaksi dengan perawat yang melakukan triase (Lee & Kim, 2015).

Triase adalah sebuah identifikasi ketajaman yang dilakukan melalui penilaian klinis, mengklasifikasikan ketajaman dari cedera atau penyakit dan memprioritaskan ketajaman yang berdasarkan pada pemberian perawatan yang tepat dan perawatan medis yang diperlukan dengan tujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui penggunaan sistem triase coding inovatif, seperti angka, warna, pita, balon atau alfabet untuk menunjukkan prioritas pasien (Arshad et al., 2015).

Triage adalah proses mengidentifikasi dan memprioritaskan seseorang yang digunakan dalam situasi militer, kondisi bencana dan UGD. Triase bertujuan untuk menentukan prioritas pasien berdasarkan urgensi dari kondisi pasien, dan untuk memastikan bahwa perawat dan tim kesehatan lainnya yang berada di

UGD dapat melaksanakan perannya secara optimal. Penilaian triase harus dibuat, dan terdiri dari interpretasi riwayat klinis dan penilaian fisiologis, alokasi kode urgensi, dan disposisi ke area perawatan yang sesuai (Varndell, Hodge, & Fry, 2019).

b. Prinsip Pelaksanaan Triase

Selama insiden besar, ada situasi di mana petugas triase harus mengambil beberapa keputusan yang mungkin sulit dan tidak terbaik untuk beberapa pasien. Di bawah ini adalah prinsip-prinsip triase, yaitu (Paridah et al., 2016):

1) Respek otonomi

Ini adalah hak pertama pasien. Tidak ada intervensi yang harus dilakukan kecuali pasien memahami masalah sepenuhnya dan menerimanya. Persetujuan yang telah di informasikan perlu ditandatangani oleh pasien. Pada saat insiden besar dengan sejumlah pasien yang besar, harus ada

prioritas pasien sesuai dengan sistem yang disepakati oleh rumah sakit.

2) *Beneficence*

Pada tahun 1964, *World Medical Association* (WMA) mengembangkan deklarasi *Helsinki* sebagai seperangkat prinsip etika untuk eksperimen pada manusia. Deklarasi ini sangat menekankan kepada kepedulian terhadap kepentingan subjek harus selalu menang atas kepentingan masyarakat dan pertimbangan etis harus selalu didahulukan dari undang-undang dan peraturan. Prinsip-prinsip itu tidak dapat diterapkan selama kondisi kegawatdaruratan. Manfaat keseluruhan bagi masyarakat harus mengesampingkan manfaat pribadi, dan konsep “manfaat maksimum hingga jumlah maksimum” harus digunakan untuk memaksimalkan manfaat dan kesejahteraan masyarakat.

3) *Non-maleficence*

Non-maleficence berarti tidak melukai. Prinsip ini dilakukan dengan menghilangkan beberapa pasien dari perawatan atau menunda mereka sampai waktu dan perawat tersedia. Dalam hal ini kita tidak boleh mempertimbangkan semua orang. Ketika ada pemberi pelayanan kesehatan dan seorang pasien yang terluka, maka tidak boleh menghitung masing-masing sebagai satu orang, karena ketika memberi perawatan di pelayanan kesehatan, perawat akan membantu menyelamatkan yang lainnya.

4) *Justice*

Dalam keadilan dapat diartikan bahwa setiap pasien harus mengambil apa yang dia butuhkan dan tidak ada yang dirugikan atau dicabut dari perawatan. Bukan memiliki harapan yang tinggi untuk memperlakukan semua pasien sebagai pasien dengan prioritas tertinggi sehingga harus dapat membedakan antara kesetaraan dan keadilan. Setiap pasien akan

membutuhkan waktu dan sumber daya sesuai dengan keparahan kondisinya.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Triase

Pelaksanaan triase di IGD tidak selalu berjalan dengan lancar, akan tetapi banyak faktor-faktor yang mempengaruhi dalam pelaksanaannya, yaitu (Calder et al., 2012; Wolf, 2010; Yurkova & Wolf, 2011):

- 1) Kondisi tubuh, perilaku, keterbatasan fisik, dan ekspresi wajah pasien dapat mempengaruhi ketajaman triase
- 2) Penampilan kebersihan pasien, pendidikan dan kecerdasan pasien mempengaruhi kredibilitas cerita pasien kepada perawat
- 3) Lama penyakit yang diderita pasien juga menjadi faktor yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan perawat
- 4) Munculnya tanda gejala pada pasien selama beberapa hari atau hanya beberapa jam, perawat lebih

cenderung menetapkan peringkat ketajaman yang lebih rendah

5) Keterbatasan waktu karena tekanan yang diberikan kepada perawat akibat terjadi kepadatan pasien di IGD

6) Kondisi lingkungan fisik pelaksanaan triase, komunikasi antar profesional, kepadatan pasien, dan faktor-faktor yang menghambat alur pasien melalui IGD

d. Keadaan Khusus Dalam Triase

Meskipun tidak mengalami cedera terutama pada pasien rawat inap, kondisi mewajibkan perawat untuk memodifikasi pengambilan keputusan triase atau dalam kondisi yang sulit untuk memutuskan kepada siapa prioritas perawatan diberikan. Berikut ini adalah kondisi khusus yang memerlukan perawatan khusus adalah (Paridah et al., 2016):

1) Anak-anak

Berurusan dengan anak-anak tidak hanya sensitif dari sisi emosional tetapi juga dari sisi praktis. Anak-anak memiliki rentang hidup yang lebih diharapkan daripada orang tua, dan pada saat sumber daya yang terbatas karena faktor lain, prioritas harus diberikan kepada anak-anak.

2) Wanita hamil

Dalam berurusan dengan wanita hamil, kita berhadapan dengan dua kehidupan. Oleh karena itu, mereka memiliki kepentingan ganda dan harus diprioritaskan.

3) Personel pelayanan darurat

Semua personel itu tidak boleh dihitung sebagai satu orang, jika kita memberi mereka prioritas dan menyelamatkan mereka, mereka akan membantu menyelamatkan lebih banyak nyawa.

4) Orang-orang dengan keterampilan atau pengetahuan khusus atau dengan kepentingan khusus

Ada beberapa orang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus atau memiliki beberapa kepentingan khusus bagi negara. Mereka juga harus mendapatkan perawatan dan prioritas khusus. Ini akan membutuhkan konfirmasi status dan prioritas mereka dari otoritas lokal atau nasional untuk mengenalinya selama insiden besar.

5) Keadaan sekitar

Jika ada kebutuhan kritis terhadap tenaga kerja seperti dalam kondisi banjir maka petugas triase dapat membuat prioritas tertinggi untuk kasus-kasus sederhana yang dapat ditangani dengan sumber daya dan waktu yang minimal sampai menunggu bantuan pusat, dan truk menjemput. Jika tidak dilakukan maka akan ada yang mati dan terluka di seluruh area dan memiliki hasil yang buruk.

e. Sistem Triase

1) Sistem Triase Komprehensif

Emergency Nurses Association (ENA) di dalam Standar Praktik Keperawatan Gawat Darurat merekomendasikan jenis sistem triase terbaru yaitu triase komprehensif. Triase komprehensif adalah kegiatan triase yang dilakukan oleh perawat gawat darurat dengan cara memilah setiap pasien dan menentukan prioritas dan perawatan berdasarkan kebutuhan fisik, perkembangan dan psikososial serta faktor-faktor yang menjadi pengaruh akses pelayanan kesehatan dan alur pasien melalui sistem perawatan gawat darurat. Perawat darurat yang mempunyai pengalaman dan telah melalui proses orientasi triase berbasis kompetensi merupakan bagian terpenting dari pendekatan ini. Sebuah kebijakan, prosedur dan standar yang digunakan sebagai pedoman dimiliki oleh sistem triase komprehensif (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

Proses pengkajian meliputi pengumpulan data keluhan utama, data subjektif dan objektif yang relevan. Tujuan dari pengkajian triase komprehensif untuk mengumpulkan informasi yang adekuat, untuk mendukung pengambilan keputusan ketika mengkategorikan tingkat keparahan pasien. Temuan awal dalam rekam medis dan pengkajian ulang pasien sesuai dengan kebutuhan individu dan kebijakan rumah sakit didokumentasikan oleh perawat triase. Waktu yang direkomendasikan oleh ENA untuk proses triase adalah tidak lebih dari 5 menit dan paling cepat 2 menit (Tuwo, Rumampuk, & Katuuk, 2019; Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

Manfaat dari sistem triase komprehensif adalah (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018):

- a) Perawat dapat memberi sapaan kepada pasien
- b) Dapat teridentifikasi dengan cepat pasien yang membutuhkan perawatan segera

- c) Pengkajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang professional
- d) Pasien dan keluarga dilakukan pengkajian ulang
- e) Untuk menyelamatkan pasien dengan memberikan pertolongan pertama dan tindakan dilakukan lebih awal
- f) Informasi proses IGD dapat di akses oleh pasien, keluarga dan pengunjung
- g) Perawat mempunyai kesempatan melakukan pendidikan kesehatan selama pengkajian
- h) Area pada IGD yang sesuai dengan kondisi pasien dapat diputuskan oleh perawat gawat darurat
- i) Obat-obatan untuk demam, anti nyeri dan profilaksis tetanus dapat diberikan jika standar sudah tertulis di IGD
- j) Pedoman triase dapat dijadikan sebagai dasar untuk perawat gawat darurat meminta lab dan radiografi

- k) Sesuai dengan kebijakan IGD, pasien yang sedang menunggu dicek kembali
- l) Antara area triase dan tindakan mempunyai jejaring komunikasi yang kuat dan terjaga

2) *Australasian Triage Scale (ATS)*

Australasian Triage Scale (ATS) merupakan skala penilaian triase gawat darurat lima tingkat yang telah dikembangkan di Australia. ATS dapat diterapkan pada orang dewasa dan anak-anak dalam pengambilan keputusan triase oleh perawat (Mirhaghi, Heydari, Mazlom, & Ebrahimi, 2015). *Australasian Triage Scale (ATS)* telah digunakan di semua departemen darurat Australia sejak 1994. Setiap tingkat prioritas memiliki batas waktu yang ditetapkan untuk di lakukan evaluasi oleh dokter. (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010).

Tabel 2.1 *Australasian Triage Scale (ATS)*

LEVEL	WAKTU TUNGGU TINDAKAN	PRESENTASE KINERJA	CONTOH
1. <i>Immediately life threatening</i> (langsung mengancam nyawa)	Segera	100	Henti napas Henti jantung
2. <i>Imminently life threatening</i> (tidak langsung mengancam nyawa)	10 menit	80	Nyeri dada <i>Stridor</i>
3. <i>Potentially life threatening</i> (berpotensi mengancam nyawa)	30 menit	75	Hipertensi berat, penurunan imun dengan demam
4. <i>Potentially serious</i> (berpotensi menjadi lebih parah)	60 menit	70	Nyeri abdomen
5. <i>Less urgent</i> (tidak gawat)	120 menit	70	Luka minor

Sumber : Buku Keperawatan Gawat Darurat Dan Bencana Sheehy (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018)

3) *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

didasarkan pada ATS dan dikembangkan pada 1990-an oleh dokter gawat darurat di New Brunswick, Kanada. Sejak 1997, parameter CTAS telah wajib

didokumentasikan oleh *Canadian Institute of Health Information*. Seperti dalam ATS, waktu dari kedatangan pasien ke evaluasi dicatat oleh dokter (Mirhaghi, Heydari, et al., 2015).

Dalam CTAS daftar lengkap keluhan klinis dan tanda gejala digunakan untuk menentukan tingkat triase. Ini termasuk parameter anamnestik yang terkait dengan risiko tinggi. Triase harus diulang setelah waktu tunggu yang ditentukan atau ketika ada perubahan pada gejala pasien. Validitas dan reliabilitas CTAS luar biasa dan instrumen yang dimodifikasi telah dikembangkan untuk evaluasi.

Tabel 2.2 The *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS)

LEVEL	WARNA	NAMA	WAKTU UNTUK PENGKAJIAN ULANG
1	Biru	<i>Resuscitation</i>	Perawatan terus-menerus
2	Merah	<i>Emergent</i>	15 menit
3	Kuning	<i>Urgent</i>	30 menit
4	Hijau	<i>Less Urgent</i>	60 menit
5	Putih	<i>Nonurgent</i>	120 menit

Sumber : Buku Keperawatan Gawat Darurat Dan Bencana Sheehy (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018)

4) *Manchester Triage Scale (MTS)*

Sekelompok perawat dan dokter gawat darurat yang menciptakan sistem rinci berbasis diagram alur telah mengembangkan *Manchester Triage System (MTS)* di Inggris. Untuk menandai target waktu setiap pasien untuk diperiksa dokter, setiap level triase diberi nama, nomor dan kode warna. MTS mengikuti pendekatan spesifik yang meliputi keluhan utama yang diajukan pasien kemudian dialokasikan ke salah satu dari 52 diagram alur yang berbeda, misalnya pada cedera kepala atau sakit perut (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

Untuk sampai pada keputusan level triase, perawat menanyakan tentang tanda gejala. Kunci tanda gejala didefinisikan untuk masing-masing diagram ini, seperti bahaya bagi kehidupan, rasa sakit, atau keadaan kesadaran. Ketika pasien baru datang ke departemen darurat, perawat triase memaparkan hasil yang ditemukan untuk dilakukan penilaian. Kemudian

menentukan prioritas perawatan dengan memperhitungkan tanda-tanda vital. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menunjukkan keandalan yang memuaskan dari alat ini (Christ et al., 2010; Dong et al., 2007; Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

Tabel 2.3 *Manchester Triage System (MTS)*

NOMOR	NAMA	WARNA	TARGET WAKTU
1	<i>Immediete</i>	Merah	0
2	<i>Very Urgent</i>	Oranye	10 menit
3	<i>Urgent</i>	Kuning	60 menit
4	<i>Standard</i>	Hijau	120 menit
5	<i>Non urgent</i>	Biru	240 menit

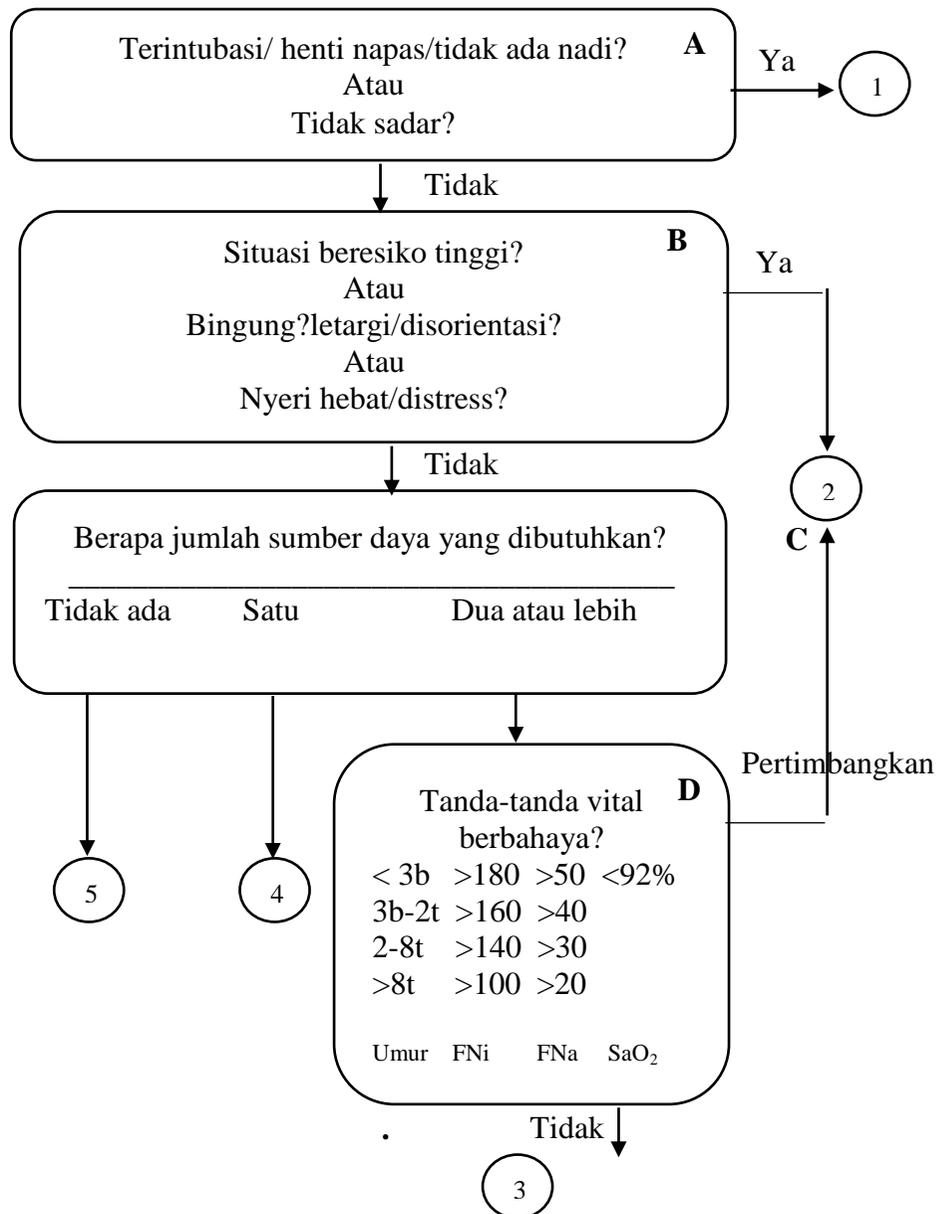
Sumber : Buku Keperawatan Gawat Darurat Dan Bencana Sheehy (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018)

5) *Emergency Severity Index (ESI)*

Emergency Severity Index (ESI) adalah sistem triase yang paling umum digunakan di semua departemen darurat, termasuk di perkotaan, pedesaan dan rumah sakit pendidikan dan puskesmas. ESI merupakan skala triase untuk menentukan prioritas berdasarkan 5 tingkatan dengan mengkategorikan

pasien berdasarkan tingkat kegawatan dan kebutuhan yang diperlukan. Ketidakstabilan fungsi tanda-tanda vital dan potensi yang mengancam jiwa, anggota tubuh atau organ lainnta merupakan bagian dari kegawatan (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

ESI berperan untuk memfasilitasi prioritas pasien dan diakui sebagai sistem yang valid dan akurat (Singer, Infante, Oppenheimer, West, & Siegel, 2012). Skala yang digunakan untuk memprioritaskan pasien dalam lima level lebih efektif dari pada tiga level yang berkenaan dengan validitas dan reliabilitasnya (Christ et al., 2010).



Gambar 2. 1 *Emergency severity index (ESI)*
(Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018).

f. Proses Pelaksanaan Triase

Salah satu keunggulan dari Instalasi gawat darurat (IGD) adalah bahwa pasien dilihat oleh dokter dalam urutan ketajaman, bukan kedatangan. Ketika ada banyak tenaga kesehatan di IGD dan beberapa pasien, triase tidak berlaku. Tetapi ketika ada lebih banyak pasien daripada tenaga kesehatan, diperlukan melakukan triase untuk mencegah pasien yang sakit kritis memburuk di ruang tunggu. Dengan demikian, tujuan pelaksanaan triase adalah kebutuhan kritis ketika tidak ada cukup dokter dan perawat di IGD (Weber, 2018).

Proses pelaksanaan triase adalah (Kurniati, Yanny, & Silwi, 2018; (Peng & Hammad, 2015):

1) Pengkajian Cepat

Ketika perawat triase pertama kali melihat pasien, dimulailah penilaian triase. Yang di amati perawat dengan cermat adalah suara abnormal, identifikasi bau yang keluar dari tubuh pasien atau mulut. Ketika triase dilakukan oleh perawat yang

sudah berpengalaman, perawat hanya melihat keadaan umum pasien saja, kemudian memutuskan tindakan yang diperlukan. Sehingga pelaksanaan triase dianggap sudah selesai dan pasien langsung dibawa ke ruang tindakan.

Tabel 2.4 Penilaian Awal Triase

KOMPONEN	HASIL
Lihat	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kepatenan jalan nafas 2) Frekuensi napas 3) Tanda-tanda perdarahan eksternal 4) Tingkat kesadaran 5) Tanda-tanda nyeri 6) Kondisi dan warna kulit 7) Penyakit kronis 8) Deformatis 9) Berat badan 10) Aktivitas 11) Perilaku umum 12) Adanya balutan 13) Pakaian
Dengar	<ol style="list-style-type: none"> 1) Suara jalan napas 2) Pola bicara 3) Interaksi dengan orang lain
Bau	<ol style="list-style-type: none"> 1) Feses, urine, muntah, keton, alcohol 2) Kebersihan diri kurang, rokok, infeksi kimiawi

2) Wawancara triase

Tujuan dilaksnakannya wawancara triase adalah untuk menentukan keluhan utama, mengetahui tanda gejala pasien dan melakukan pemeriksaan untuk menetapkan level kegawatan pasien. Proses berlangsungnya wawancara sangat singkat. Perawat triase mendapatkan informasi dari pasien atau keluarga pasien bahwa mereka ingin berobat. Kemudian perawat memperkenalkan diri dan menentukan keluhan utama dan riwayat penyakit sekarang. Dari temuan yang didapatkan, perawat melakukan pengkajian dengan berfokus pada masalah dan mengukur tanda-tanda vital pasien. Selanjutnya perawat menentukan level kegawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan. Kemudian alur selanjutnya adalah pasien masuk ke ruang pendaftaran dan menunggu diruang tunggu atau ke ruang perawatan IGD.

3) Dokumentasi triase

Untuk mendukung kriteria level kegawatan, dokumentasi triase harus jelas dan ringkas. Kebijakan triase yang mencakup persyaratan dokumentasi harus dimiliki oleh rumah sakit. Saat ini sudah banyak IGD yang menggunakan sistem dokumentasi memakai komputer. Penilaian tentang hambatan belajar, kebutuhan gizi, kekerasan dalam berumah tangga perlu diputuskan untuk setiap IGD yang akan melakukan pada proses pelaksanaan triase atau saat pasien masuk area perawatan.

3. Konsep Pengetahuan

a. Definisi Pengetahuan

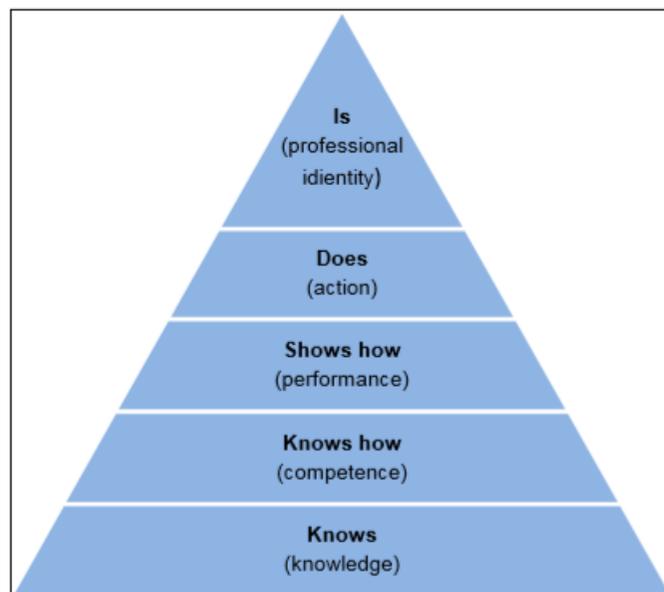
Pengetahuan merupakan sebuah keyakinan yang dibenarkan yang didasarkan pada kebenaran. Sintesis pengetahuan dalam keperawatan didorong oleh persepsi individu. Cara-cara mengetahui dapat dilihat dari segi empiris, estetika, etika, dan pribadi. Mengetahui dalam keperawatan adalah proses yang dinamis dan seumur

hidup. Menjadi seorang praktisi yang baik melibatkan pengetahuan eksplisit atau empiris (Greenshields, 2018; Newham, Curzio, Carr, & Terry, 2014).

b. Tingkatan Pengetahuan

Dasar dari piramida Miller merupakan perubahan dari kompetensi “mengetahui” yang berarti memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk bertindak mencapai hasil klinis yang diinginkan. Hasil yang diinginkan dalam praktik keperawatan nantinya adalah kemampuan mahasiswa keperawatan untuk mengenali dan merespons penurunan kondisi pasien. Setelah mahasiswa mendapatkan pengetahuan, piramida menunjukkan bahwa penting untuk dapat tahu bagaimana mencapai hasil klinis yang diinginkan, sehingga mahasiswa melihat dan mencari tahu bagaimana caranya untuk mencapai hasil klinis tersebut. Setelah mahasiswa sudah mengetahuinya, mahasiswa dapat melaksanakan praktik klinis sesuai dengan prosedur yang sudah mereka lihat.

Selanjutnya, untuk mengetahui bagaimana piramida berhubungan dengan kemampuan mahasiswa menjadi professional kesehatan adalah dengan cara mengumpulkan informasi melalui pengamatan klinis yang bertujuan untuk menganalisis informasi, menemukan hubungan antara fakta dan menafsirkan informasi untuk menciptakan makna menggunakan proses penalaran kognitif (Cruess, Cruess, & Steinert, 2016).



Gambar 2.2 Piramida Miller (Cruess et al., 2016)

c. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Untuk memberikan pengetahuan pendidikan keperawatan kepada mahasiswa dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain (Aranzábal-Alegría *et al.*, 2017; Clark, Draper, & Rogers, 2015; Eslamian, Moeini & Soleimani, 2015; Sajjadnia, Sadeghi, Kavosi, Zamaru, & Ravangard, 2015) :

1) Instansi pendidikan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan, mencakup tentang persepsi dan dukungan instansi pendidikan dalam menggunakan dan memantau pengetahuan yang diberikan kepada mahasiswa keperawatan. Sumber daya manusia, sumber daya keuangan untuk mendukung program pendidikan, beban kerja dosen, fasilitas yang mendukung, evaluasi yang tidak sempurna dan lingkungan belajar merupakan faktor yang mempengaruhi dalam memberikan pengetahuan.

2) Karakteristik individu

Motivasi, minat, komitmen, dan kepuasan pribadi mahasiswa untuk berpartisipasi mendapatkan pengetahuan dalam pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi karakteristik mahasiswa. Faktor ini membuat mahasiswa harus mempunyai motivasi dan tertarik untuk berpartisipasi dalam pendidikan secara terampil, sehingga mahasiswa mendapatkan hasil positif dari pendidikan keperawatan

3) Sikap profesional

Faktor ini mencakup kerja tim yang buruk, resistensi mahasiswa, kecenderungan untuk melakukan pekerjaan rutin, dan kurangnya kemandirian. Faktor individu dan profesional merupakan dua faktor penting yang dapat memotivasi mahasiswa keperawatan untuk berpartisipasi dalam mengikuti pembelajaran.

4) Budaya

Instansi pendidikan sering dipengaruhi oleh budaya organisasi yang mempengaruhi dampak pembelajaran. Budaya dapat menentukan norma dan karakter setiap individu. Budaya organisasi dapat bertindak sebagai penghalang untuk pertumbuhan pengetahuan dan kepercayaan diri mahasiswa keperawatan. Budaya dapat disintesis sebagai cara hidup yang meresap dengan keyakinan didalam diri individu sehingga dapat mempengaruhi perilaku. Meskipun ada tantangan, diharapkan instansi pendidikan dapat mengembangkan budaya belajar. Bidang yang menghambat perubahan pengetahuan pendidikan keperawatan adalah model dan metode pembelajaran yang disediakan.

5) Program pendidikan

Faktor ini termasuk proses, kualitas dan penerapan pendidikan keperawatan di dalam instansi pendidikan. Permasalahan yang terjadi pada

pendidikan keperawatan mencakup kurangnya dosen, ketidaktepatan metode pembelajaran yang diberikan, kurangnya inovasi pembelajaran dan tidak ada pelatihan yang diberikan kepada mahasiswa keperawatan.

d. Cara Meningkatkan Pengetahuan

Pendidikan merupakan sebuah cara untuk membantu mahasiswa keperawatan mendapatkan pengetahuan (Pool, Poell, Berings, & ten Cate, 2016). Dalam pendidikan keperawatan terdapat tiga jenis kesenjangan yang diidentifikasi yaitu pengetahuan, keterampilan klinis, dan praktik keperawatan. Jenis kesenjangan dapat menjadi sebuah desain pendidikan untuk mengetahui perkembangan hasil yang diinginkan, metode pembelajaran dan evaluasi (Binti Ida Umayu, 2017). Supaya pengetahuan pada mahasiswa keperawatan dapat meningkat, maka instansi pendidikan diharapkan melaksanakan berbagai cara yang mendukung untuk

meningkatkan pengetahuan. Adapun cara-cara untuk meningkatkan pengetahuan adalah :

1) Menerapkan metode pembelajaran yang efektif

Menggunakan metode pembelajaran yang efektif dapat mengurangi hambatan yang terjadi dalam pembelajaran. Dengan kesenjangan pengetahuan yang sudah diketahui, berbagai metode pembelajaran mungkin efektif digunakan untuk mendesain pembelajaran. Adapun contoh metode pembelajaran yang digunakan adalah seperti *small group discussiom*, studi kasus, permainan dan bermain peran (*role play*). Pendidikan dapat memberikan informasi baru untuk mengingat kembali tentang pembelajaran yang di dapatkan sebelumnya (Chilemba & Bruce, 2015; Tarnow, Gambino, & Ford, 2013)

2) Melakukan refleksi

Refleksi adalah kemampuan yang dilakukan secara sengaja dan kritis untuk mempertimbangkan pengalaman, sikap, pengetahuan dan mungkin

mengambil tindakan sebagai hasilnya. Refleksi merupakan keterampilan penting yang dikembangkan di pendidikan keperawatan, karena bertujuan untuk memastikan pengetahuan yang sudah didapatkan. Hambatan untuk melaksanakan refleksi adalah waktu dan sikap negatif terhadap keterampilan atau potensi untuk melakukan yang tidak sesuai dengan yang diajarkan. Dengan melaksanakan refleksi pada pendidikan keperawatan, mahasiswa dapat menciptakan pengetahuan baru karena refleksi dan pengetahuan terkait erat (Caldwell & Grobbel, 2013).

4. Konsep Keterampilan Klinis

a. Definisi Keterampilan Klinis

Keterampilan klinis adalah bagian sentral dari peran profesional perawat dan hasil klinis yang sukses tergantung pada kinerja kompeten dari prosedur teknis serta tingkat pemahaman yang tepat dan sikap profesional (Francis & O'Brien, 2019).

Yang bertanggung jawab memberikan keterampilan klinis kepada mahasiswa keperawatan adalah pendidik perawat atau dosen di instansi pendidikan. Hal ini dikarenakan untuk menunjukkan keunggulan dalam pengajaran, penelitian dan menjaga kredibilitas klinis. Dosen tidak perlu melakukan praktik klinis rutin untuk menunjukkan kredibilitas profesional dalam lingkungan pengajaran (Leonard, McCutcheon, & Rogers, 2016).

Dalam praktiknya, untuk memperoleh keterampilan klinis dapat dilaksanakan dengan melakukan suatu keterampilan dengan benar dan telah memperoleh pemahaman yang diperlukan sebelum berlatih kepada pasien (Leonard et al., 2016; Staykova, Stewart, & Staykov, 2017). Untuk mengurangi risiko dan mempertahankan standar tinggi dalam memberikan perawatan yang aman, pengajaran keterampilan klinis harus dilakukan, setidaknya sebagian dalam lingkungan yang aman dan dilakukan pembelajaran di laboratorium ketrampilan klinis terlebih dahulu menggunakan

simulasi atau role play (Gonzalez & Kardong-Edgren, 2017).

b. Cara Meningkatkan Keterampilan Klinis

1) Model Pendekatan Keterampilan Klinis

Pendekatan untuk mengajarkan keterampilan klinis dapat menggunakan model empat langkah peyton. Model ini dilakukan dengan cara mengambil pendekatan sistematis untuk pengajaran yang memungkinkan mahasiswa menjadi lebih akrab dengan keterampilan melalui pengamatan, kemudian mendengarkan, diikuti dengan berbicara melalui langkah-langkah dan akhirnya melalui latihan. Umumnya digunakan dalam pengajaran dasar (Nikendei et al., 2014).

Langkah-langkah dalam melaksanakan model peyton adalah (Munster *et al.*, 2016):

a) *Real life demonstration* (Peragaan nyata)

Dosen mendemonstrasikan keterampilan secara keseluruhan dalam waktu nyata tanpa komentar.

Ini memungkinkan mahasiswa untuk mengamati penguasaan keterampilan

b) *Trainer talk-through* (Pembicaraan melalui dosen)

Dosen mengulangi prosedur sambil menjelaskan setiap langkah, menjawab pertanyaan peserta pelatihan dan mengklarifikasi poin apa pun

c) *Learner talk-through* (Pembicaraan melalui mahasiswa)

Mahasiswa mengarahkan dosen, memberikan instruksi kepada dosen pada setiap langkah saat dosen melakukan keterampilan

d) *Learner does* (Mahasiswa melakukan)

Mahasiswa melakukan keterampilan di bawah pengawasan ketat, memberikan komentar pada setiap tindakan sebelum dilakukan.

Model empat langkah peyton lebih unggul dari instruksi standar karena berhubungan dengan keterampilan psikomotorik dan profesionalisme mahasiswa keperawatan. Dengan menerapkan model

ini, mahasiswa dapat memperoleh keterampilan lebih cepat (Krautter et al., 2011). Pendekatan ini juga bermanfaat untuk dosen yang kurang percaya diri dan memberikan lebih banyak penjelasan serta peluang bagi mahasiswa untuk terlibat dalam pengajaran ketrampilan klinis (Nikendei *et al.*, 2014; Munster *et al.*, 2016).

2) Menonton video prosedur ketrampilan

Menonton video prosedur keterampilan dapat menjadi bagian dari proses untuk meningkatkan ketrampilan klinis mahasiswa. Mahasiswa dapat mempunyai gambaran untuk di aplikasikan ketika praktik nyata. Dengan mahasiswa menonton video prosedur ketrampilan, dosen dapat menghabiskan sebagian waktu mengajar dengan menunjukkan keterampilan melalui video prosedur ketrampilan (Rutt, 2017).

3) Bermain peran (*role play*) atau simulasi

Berlatih keterampilan klinis dengan dikombinasikan latihan fisik dapat meningkatkan kepercayaan diri, ketrampilan klinis dan konsistensi dari mahasiswa yang melakukannya (Francis & O'Brien, 2019). Dengan melakukan eksplorasi cara-cara lain untuk mempelajari keterampilan, dapat menggunakan bermain peran (*role play*) atau simulasi untuk menambah konteks, termasuk video dan manekin serta *virtual reality* untuk mendukung pengembangan keterampilan klinis mahasiswa. Bermain peran (*role play*) atau simulasi lebih unggul dilakukan daripada pembelajaran dengan metode ceramah (Bloomfield & Jones, 2013; Sherwood & Francis, 2018).

Semakin banyak ketrampilan klinis yang diberikan kepada mahasiswa, maka kompetensi klinis biasanya lebih cepat dicapai (Krautter *et al.*, 2011; Francis and O'Brien, 2019). Peluang untuk

mempraktikkan keterampilan dalam iklim klinis saat ini dapat bersifat sementara dan terburu-buru, dan kadang-kadang kurang konsisten (Ewertsson et al., 2015).

Penggunaan simulasi untuk mendukung kinerja keterampilan dalam berbagai kondisi dan situasi real-time adalah aspek penting dari strategi pengajaran dan pembelajaran saat ini (Sherwood & Francis, 2018). Simulasi juga dapat membantu mendukung pembelajaran keterampilan klinis dengan membongkar faktor manusia misalnya kurangnya kepercayaan diri peserta didik atau memberikan lebih banyak waktu bagi peserta didik yang lebih lemah atau lebih lambat dan keterampilan nonteknis, yang penting dalam kolaborasi yang efektif, komunikasi dan peningkatan perawatan (Ewertsson et al., 2015; Staykova et al., 2017).

Teknologi yang digunakan dalam pembelajaran bergantung bagaimana teknologi itu digunakan dalam

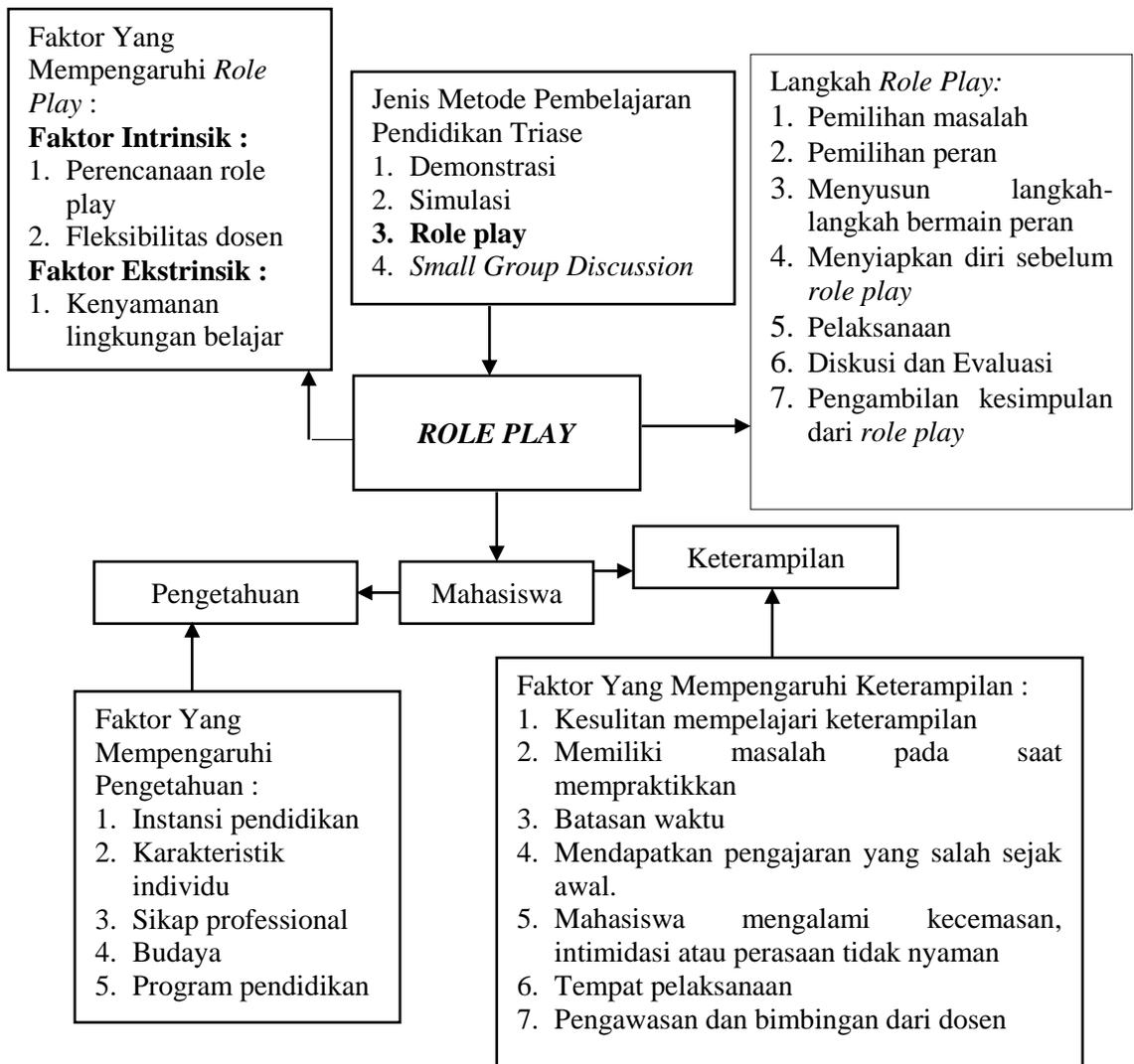
konteks yang lebih luas serta dapat berkontribusi untuk mencapai hasil pembelajaran (Doolen et al., 2016). Untuk mencapai hasil pembelajaran, harus memperhatikan faktor penting lainnya yang meliputi lingkungan pembelajaran laboratorium yang aman dan tidak mengancam. Sehingga keterampilan, pengetahuan, dan sikap profesional mahasiswa dapat dikembangkan untuk meningkatkan kompetensi tertentu sebelum terpapar dengan pasien dan menerima umpan balik terstruktur (Doolen et al., 2016; Durham & Baker, 2014).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Ketrampilan Klinis

Peran dosen adalah untuk memastikan pengajaran yang diberikan memadai dan dapat mengidentifikasi semua elemen tugas. Namun, pelaksanaan ketrampilan klinis pada mahasiswa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya, antara lain (Ewertsson, Allvin, Holmström, & Blomberg, 2015; Haraldseid, Friberg, & Aase, 2015; Rutt, 2017; Harmon et al, 2016):

- 1) Kesulitan mempelajari keterampilan klinis karena tidak memiliki kemampuan fisik untuk melakukan tugas
- 2) Memiliki masalah pada saat mempraktikkan prosedur ketrampilan yang diberikan dosen
- 3) Batasan waktu untuk melakukan ketrampilan klinis.
- 4) Mahasiswa mendapatkan pengajaran atau belajar keterampilan yang salah sejak awal.
- 5) Mahasiswa mengalami kecemasan, intimidasi atau perasaan tidak nyaman
- 6) Tempat pelaksanaan ketrampilan klinis,
- 7) Pengawasan dan bimbingan dari dosen

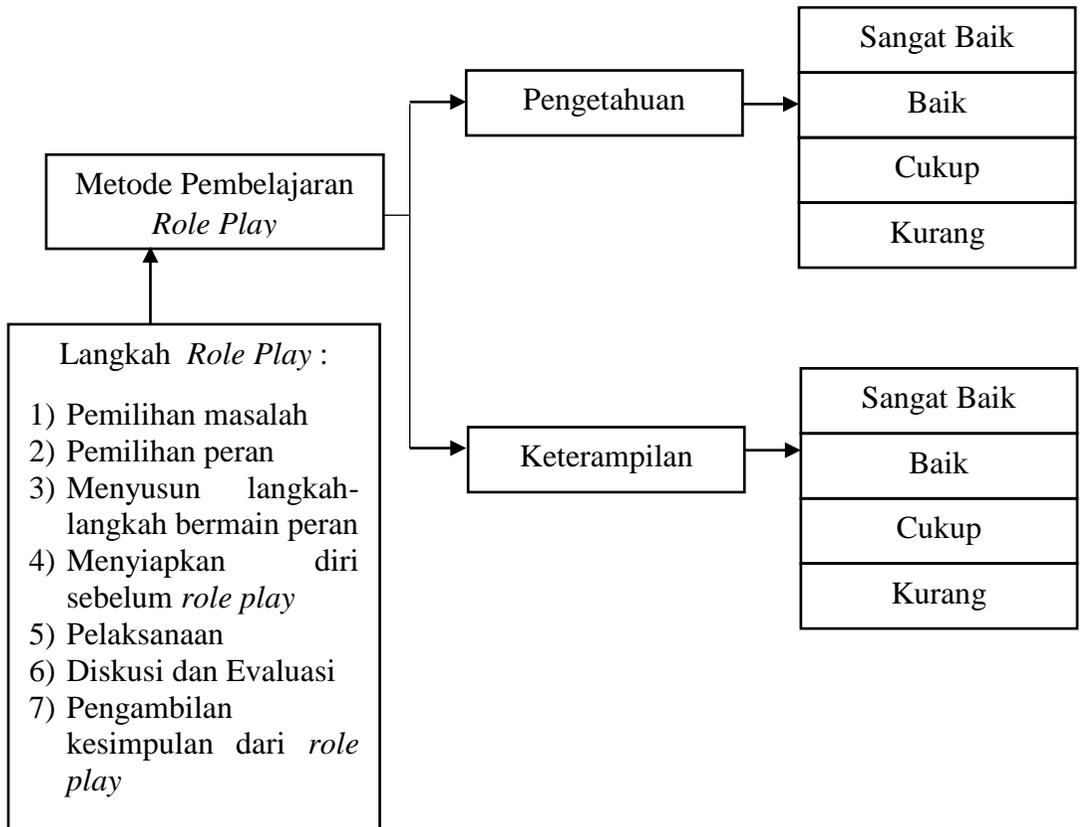
B. Kerangka Teori



Sumber : (Sevrey & Wyrick, 2018; AL-Dossary, 2017; Clark, Draper, & Rogers, 2015; Eslamian, Moeini, & Soleimani, 2015; Sajjadnia, Sadeghi, Kavosi, Zamaru, & Ravangard, 2015)

C. Kerangka Konsep

Berikut kerangka konsep penelitian ini :



Gambar 2.4 Kerangka konsep

Keterangan :

- _____ : Diteliti
 - - - - - : Tidak diteliti
 → : Mempengaruhi

D. Hipotesis

H_1 : Ada pengaruh metode pembelajaran bermain peran (*role play*) terhadap pengetahuan dan ketrampilan klinis pada pendidikan triase mahasiswa keperawatan

H_0 : Tidak terdapat pengaruh metode pembelajaran bermain peran (*role play*) terhadap pengetahuan dan ketrampilan klinis pada pendidikan triase mahasiswa keperawatan