

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Triage*2.1.1 Pengertian *Triage*

Triage berasal dari bahasa Perancis “Trier” yang artinya mengelompokkan atau memilih (Ignatavicius, 2006 dalam Krisanty, 2009). *Triage* memiliki tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Oman, 2008). *Triage* memiliki fungsi penting di IGD terutama apabila banyak pasien datang pada saat yang bersamaan supaya dapat tertangani berdasarkan keparahannya. *Triage* juga diperlukan untuk penempatan pasien ke area penilaian dan penanganan yang tepat serta membantu untuk menggambarkan keragaman kasus di IGD (Gilboy, 2005).

Triage adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya (Zimmermann & Herr, 2006). *Triage* juga diartikan sebagai suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan *Airway* (A), *Breathing* (B), dan *Circulation* (C) dengan pertimbangan sarana, sumber daya manusia dan probabilitas hidup penderita.

Triage di IGD Rumah sakit harus dapat dilakukan dalam 15-20 detik oleh staf medis atau paramedis (melalui *training*) sesegera mungkin setelah pasien datang begitu tanda kegawat daruratan teridentifikasi, penatalaksanaan dapat segera diberikan untuk menstabilkan kondisi

pasien. Dimana *Triage* dilakukan berdasarkan ABCDE, beratnya cedera, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien (Pusponegoro, 2010)

Sistem klasifikasi *Triage* mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan. Prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia dan situasi terbaru yang ada. Pengkategorian yang sering digunakan antara lain :

Tabel 2.1 Skala *Triage* Australia berdasarkan waktu tunggu

Kategori	Waktu tunggu maksimal	Presentase keberhasilan
ATS 1 (<i>Resuscitation</i>)	Segera	100 %
ATS 2 (<i>Emergency</i>)	10 menit	80 %
ATS 3 (<i>Urgent</i>)	30 menit	75 %
ATS 4 (<i>Semi Urgent</i>)	60 menit	70 %
ATS 5 (<i>Nonurgent</i>)	120 menit	70 %

Sumber : Filtz Gerald et al, 2010, *Emergency Departement Triage Revisited*

2.1.2 Tujuan *Triage*

Menurut Elliot et al (2007) tujuan *triage* adalah menempatkan pasien yang tepat pada tempat yang tepat dan waktu yang tepat. Sedangkan menurut Depkes RI (2009), tujuan *triage* adalah memeriksa dan mengidentifikasi dengan cepat kegawatan yang mengancam nyawa. Secara historis, tujuan *triage* adalah menyelamatkan nyawa dengan membawa kembali tentara di medan perang dalam jumlah yang banyak (Caroline, 2007). Sedangkan Woolwich (2000), membedakan antara *triage* militer dan fungsi perawat *triage* bertujuan untuk mengidentifikasi

dan mengevakuasi korban sedangkan fungsi perawat triage bertujuan memberikan penilaian pasien, serta memprioritaskan dan memberikan pertolongan pertama serta melakukan pengendalian infeksi.

2.1.3 Prinsip Triage

Di rumah sakit, *triage* mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat *triage* menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien-pasien ini mungkin memiliki kesulitan bernafas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pertolongan pertama. Pasien dengan masalah yang mengancam nyawa diberikan pertolongan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Bagus, 2007).

Dalam prinsip secara umum *triage* pada *Australian College for Emergency Medicine* (2014) yaitu :

a. Fungsi *triage*

Triage adalah fungsi penting dalam Departemen kedaruratan, di mana banyak pasien mungkin hadir secara bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien dirawat di urutan urgensi klinis mereka yang mengacu pada kebutuhan untuk dilakukan intervensi.

b. Penilaian *triage*

Triage adalah titik kontak pertama publik dengan IGD tersebut.

Penilaian *triage* umumnya harus mengambil tidak lebih dari dua sampai lima menit dengan tujuan seimbang kecepatan dan ketelitian menjadi esensi. Penilaian *triage* melibatkan kombinasi dari masalah yang diajukan dan penampilan umum pasien, dan dapat dikombinasikan dengan yang bersangkutan pengamatan fisiologis. Tanda-tanda vital hanya harus diukur pada *triage* jika diperlukan untuk memperkirakan urgensi, atau jika waktu izin. Setiap pasien yang diidentifikasi sebagai ATS Kategori 1 atau 2 harus diambil segera menjadi penilaian yang tepat dan daerah perawatan yang sesuai.

c. Keamanan saat melakukan *triage*

Harus ada lingkungan fisik yang aman dan tidak mengancam. Di mana keselamatan staf dan atau pasien lain berada di bawah ancaman, staf dan pasien keselamatan harus menjadi prioritas dan respon keamanan yang sesuai harus dilakukan sebelum penilaian klinis dan pengobatan.

d. Waktu penanganan

Waktu untuk perawatan dijelaskan untuk setiap ATS Kategori mengacu pada waktu maksimum pasien dalam kategori yang harus menunggu untuk penilaian dan pengobatan. Dalam kategori lebih mendesak, penilaian dan pengobatan harus terjadi serentak. Idealnya, pasien harus dilihat dengan baik dalam waktu maksimum yang disarankan.

- e. Kembali memeriksa *triage* yang sudah dilakukan (*Retriage*)

Jika perubahan kondisi pasien sementara satu sedang menunggu pengobatan atau jika informasi tambahan yang relevan menjadi tersedia yang berdampak pada urgensi pasien, pasien harus dilakukan *triage* kembali. Baik *triage* awal dan kategorisasi selanjutnya harus dicatat, dan alasan untuk kembali *triage* didokumentasikan.

2.1.4 Jenis Sistem *Triage*

Jenis sistem *triage* yang sering digunakan menurut Thomson dan Dains (1982) dalam Gilboy et al (2005) :

- a. *Traffic director system*, merupakan sistem yang paling sederhana yang dapat dilakukan petugas nonklinik dengan menarahkan pasien ke area yang perawatan atau ruang tunggu berdasarkan kesan awal pasien. Namun pada tahun 2002 sistem ini sudah tidak lagi digunakan karena tidak efektif.
- b. *Spot-check triage system*, sesuai untuk instalasi gawat darurat dengan kapasitas sedikit. Dilakukan dengan petugas pendaftaran dan perawat *triage* akan menentukan kategori pasien berdasarkan pengkajian *triage*.
- c. *Comprehensif triage system*, merupakan sistem yang paling terbaru yang terus dikembangkan dan didukung standar praktek keperawatan darurat *Emergency Nursing Assosiation (ENA)* yaitu dengan perawat *triage* menentukan prioritas keperawatan yang berdasarkan kebutuhan fisik, perkembangan dan psikososial serta faktor yang mempengaruhi akses ke pelayanan kesehatan. dalam sistem ini *triage*

dilakukan oleh perawat yang sudah berpengalaman dan kompeten dalam melakukan *triage* agar dapat secara tepat dan tepat dalam mengumpulkan informasi yang cukup untuk menentukan kategori *triage* yang harus dilakukan dalam waktu 2-5 menit.

Sistem *triage* ini merupakan *triage* dasar yang standart digunakan, meliputi :

1. *Airway*

Penilaian utama yang sangat penting bahwa jalan nafas tidak terdapat sumbatan

2. *Breathing*

Pernafasan yang adekuat, pernafasan sangat penting untuk menenentukan diagnosa dan mengobati kondisi yang mengancam nyawa, misalnya asma akut berat, edema paru.

3. *Circulation*

Pemberian cairan infus bertujuan untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik yang dapat mengancam nyawa. Cairan infus diberikan pada pasien dengan kondisi perifer yang dingin dan detak jantung yang cepat. Dalam kondisi yang demikian perlu diperhatikan perubahan warna kulit, tanda-tanda vital dan juga CRT

4. *Dissability of Neurity*

Penyebab umum dari ketidaksadaran termasuk hipoksemia yang mendalam, hiperkapnia, hipoperfusi serebral, atau administrasi terbaru dari obat penenang atau obat analgesik. Pengkajian dari neurologi dapat menggunakan AVPU (*Alert, Verbal, Pain, Unrespon*) atau menggunakan *Glasgow Coma Scales*

5. Ekspose

Hal ini penting untuk melihat seluruh pasien, untuk mencari tanda-tanda ruam, trauma atau perut bengkak.

Jenis *triage* yang digunakan di instalasi gawat darurat tergantung dari jumlah pasien, layout departemen dan jumlah serta staf. Menurut Gootschalk (2004), karekteristik dari suatu sistem *triage* yang ideal adalah :

- a. Terutama dapat mengidentifikasi pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa
- b. Membutuhkan pelatihan yang minimal
- c. Mudah digunakan
- d. Dapat dilakukan pada banyak pasien dengan cepat
- e. Memberikan informasi mengenai layanan dan waktu tunggu
- f. Menentukan area penanganan yang tepat di unt gawat darurat
- g. Mengurangi kepadatan di area ruang tunggu
- h. Memberikan kontinuitas antara pelayanan ambulance dan instalasi gawat darurat
- i. Mencakup kasus trauma dan medis

Triage dilakukan oleh perawat *triage* pada semua pasien yang datang ke instalasi gawat darurat. Lokasi *triage* yang ideal adalah area dekat pintu masuk pasien tetapi memungkinkan pasien dan pemeriksa mendapatkan lokasi yang tenang dan juga berdekatan dengan area perawatan akut dan resusitasi. Ruang *triage* dilengkapi oleh peralatan dasar yaitu meja, termometer, sphymomanometer, stetoskop dan

peralatan monitoring lain seperti glukometer dan pulse oximetry (Elliot et al, 2007).

Triage dilakukan di ruang *triage* dan perawat akan melihat ketika pertama kali menilai pasien yang datang dan minimal informasi yang harus dikumpulkan mengenai alasan pasien datang ke instalasi gawat darurat. Pengkajian *triage* yang cepat diperlukan dalam kondisi mengancam nyawa dengan perawat berfokus pada *airway*, *breathing*, *circulation* dan *disability* serta dengan cepat menentukan kategori *triage* untuk mendapatkan penanganan yang dibutuhkan. Beberapa metode yang dapat digunakan untuk mendapatkan data keluhan utama pasien seperti :

1. CIAMPEDS

C = *Chief complain* (Keluhan Utama)

I = *Isolation* (isolasi) ; terkena penyakit atau paparan zat/ bahan berbahaya yang dapat membahayakan lingkungan unti gawat darurat

I = *Immunization* (Imunisasi)

A = *Allergies* (alergi)

M = *Medications* (obat-obatan yang digunakan)

P = *Parents or caregiver* ; kesan tentang pasien

E = *Events surrounding the illness or injurys* (peristiwa seputar penyakit atau cedera)

D = *Diapers or output* (Diaper atau pengeluaran)

S = *Symtoms* (gejala yang berhubungan dengan keluhan utama)

Meskipun alat bantu ini untuk mengumpulkan data pada pasien anak-anak tetapi dengan mudah dapat diadaptasi untuk pasien dewasa (*Emergency Nurses Association, 2004*).

2. MVIT

M = *Mecanism of Injury* (mekanisme injuri / cedera)

V = *Vital Signs* (tanda-tanda vital)

I = *Injury* (injuri / cedera/ luka)

T = *Treatment* (penanganan)

(*Emergency Nurses Association, 2004*)

3. AMPLE atau KOMPAK

A = *Allergies* (alergi)

M = *Medications* (obat yang digunakan)

P = *Past history* (riwayat penyakit)

L = *Last meal* (makan terakhir)

E = *Event* (penyebab terjadinya cedera)

K = Keluhan

O = Obat

M = Makan atau minuman terakhir

P = Penyakit penyerta

A = Alergi

K = Kejadian

(*Emergency Nurse, 2004*)

4. PQRST

P = *provoking or precipitating factors* (faktor pencetus atau penyebab)

Q = *Quality and quantity of the symptoms* (kualitas dan kuantitas dari gejala)

R = *Region / radiation* (lokasi / penyebaran)

S = *Symptoms associated* (gejala terakhir)

T = *Time of onset and duration of episode and treatment* (waktu onset dan durasi dari episode atau serangan dan penanganan)

(Sullivan, 1989)

Pengumpulan data obyektif dapat dilakukan dengan menggunakan pengkajian primer seperti *airway, breathing, circulation, disability*. Pengkajian ini dapat dilengkapi dengan hasil pemeriksaan nadi, tekanan darah, pernafasan, saturasi oksigen, capillary refill, suhu, gula darah, glasgow coma scale (GCS), warna kulit, pengkajian nyeri dan informasi dari profesional kesehatan lainnya seperti surat rujukan dokter.

Triage merupakan salah satu peran yang dilakukan oleh perawat instalasi gawat darurat, yang merupakan peran inti dan otonomi perawat untuk keselamatan pasien serta efisiensi pelayanan perawatan pasien di instalasi gawat darurat. Menurut CENA (College of Emergency Nursing Australasia, 2007) peran perawat *triage* adalah

1. Melakukan pengkajian kepada pasien dan mengategorikan pasien sesuai dengan penilaian survey primer dan penilaian resiko

2. Segera melakukan inervensi dan prosedur organisai untuk meningkatkan keselamatan pasien dan petugas di unut gawat darurat
3. Melakukan penilaian secara terus menerus dan mengelola pasien yang ada di ruang tunggu sesuai dengan kondisi mereka
4. Memberikan pendidikan kepada pasien dan masyarakat untuk memfasilitasi pendidikan dan peningkatan kesehatan serta mencegah cedera
5. Bertindak sebagai penghubung anggota masyarakat dengan petugas kesehatan

Menurut Grossman dalam Oman (2008), perawat *triage* harus memiliki kualifikasi :

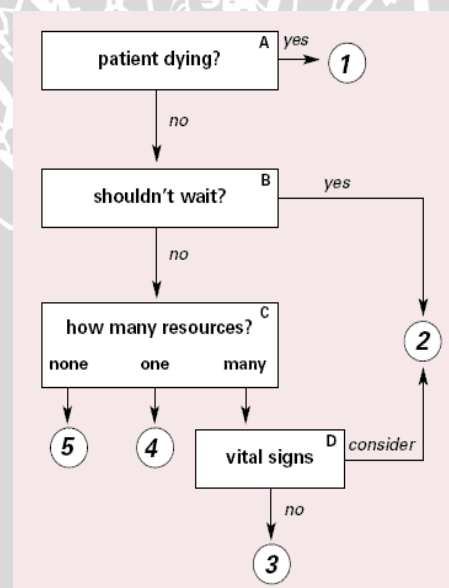
1. Menguasai program orientasi kedaruratan rumah sakit
2. Bersertifikat ACLS (*Advance Cardiac Life Support*), PALS (*Pediatric Advanced Life Support*)
3. Sertifikasi dalam keperawatan gawat darurat (*Certification in Emergency Nursing / CEN*)
4. Lulus ENPC (*Emergency Nurse Pediatric Course*), TNCC (*Trauma Nurse Core Curriculum*)
5. Mengetahui kebijakan intradepartemen
6. Memahami berbagai pelayanan gawat darurat yang tersedia
7. Terampil dalam pengkajian
8. Terampil dalam komunikasi efektif, hubungan interpersonal, penanganan konflik dan pengambilan keputusan

Menurut DepKes RI (2005), perawat yang melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan PPGD (Penanganan Pasien Gawat Darurat) atau BTCLS (*Basic Trauma Cardiac Life Support*)

2.2 Pelaksanaan *Triage* di RSUD Jombang

2.2.1 *Emergency Saverity Index (ESI)*

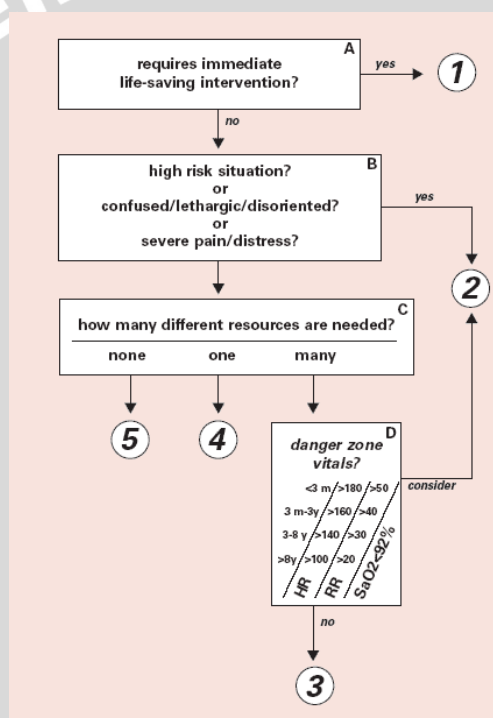
ESI merupakan skala *triage* lima tingkat yang dikembangkan oleh dokter Richard Wuerz dan David Eitel di Amerika (Gillboy et al, 2012). ESI berperan utama untuk memfasilitasi prioritas pasien berdasarkan urgensi pengobatan untuk kondisi pasien.



Gambar 2.1 Pendekatan Pengkategorian *triage Emergency Saverity Index*

Triage ESI berdasar pada empat dasar (Gilboy et al, 2012). Pertama : apakah pasien memerlukan intervensi penyelamatan jiwa? Bila ya, maka pasien masuk dalam ESI 1. Bila tidak, ajukan pertanyaan kedua : apakah pasien tidak bisa menunggu (karena resiko tinggi, perubahan kesadaran akut atau nyari

hebat)? Bila ya, maka pasien masuk dalam ESI 2. Bila tidak, pikirkan pertanyaan ketiga : berapa sumber daya yang diperlukan (seperti pemeriksaan laboratorium), maka pasien masuk dalam kategori ESI 4. Bila lebih dari satu sumber daya yang diperlukan (misal : pemeriksaan laboratorium dan foto thorax), maka pasien masuk kategori ESI 3. Keempat, khusus pada ESI 3, ukurlah tanda vital. Berdasarkan algoritme, pertimbangkan apakah pasien harus masuk pada ESI 2 atau tidak.



Gambar 2.2 Langkah-langkah triage Emergency Saverity Index

Catatan :

- A. Segera intervensi menyelamatkan jiwa diperlukan : saluran napas, obat darurat, atau intervensi hemodinamik lainnya (IV, tambahan O2, memantau, EKG) dan atau salah satu kondisi klinis berikut : intubasi, apnea, tanpa denyut, gangguan pernapasan berat, SpO2, 90, akut logam perubahan status, atau tidak responsif.

Tidak responsif : didefinisikan sebagai pasien yang baik jika :

1. Pasien tidak mengikuti perintah dan tidak dapat merespon atau
2. Membutuhkan stimulus dengan skala (P atau U di AVPU)

B. Situasi berisiko tinggi jika pasien diletakkan ditempat terakhir yang terbuka

Sakit parah / distress ditentukan oleh klinis observasi dengan rentang nyeri pasien lebih besar dari atau sama dengan 7 pada 0-10 skala nyeri

C. Sumber : menghitung jumlah dari berbagai jenis sumber daya, bukan tes individu atau sinar-X (contoh: CBC dan elektrolit sama dengan satu sumber: CBC ditambah dada X-ray sama dengan dua sumber)

Sumber	Non Sumber
- Laboratorium (darah, urine) - EKG, X-Ray - CT-MRI-USG-angiography	- Sejarah & fisik (termasuk panggul) - Titik pengujian perawatan
Cairan IV (hidrasi)	Saline atau Heplock
Obat nebulasi IM atau IV	- Obat PO - Imunisasi tetanus - Pengisian resep
Konsultasi khusus	Panggilan telepon ke PCP
- Prosedur sederhana = 1 (perbaikan lac, Foley kateter) - Kompleks prosedur = 2 (Sadar sedasi)	- Perawatan luka sederhana (dressing, recheck) - Kruk, splints, sling

D. Zona bahaya tanda-tanda vital

Pertimbangkan peningkatan untuk ESI 2 jika ada kriteria tanda vital terlampaui

Pertimbangan demam anak

- 1-28 hari usia: menetapkan setidaknya ESI 2 jika suhu > 38 C (100,4 F)
- 1-3 bulan usia: mempertimbangkan ESI jika temp > 38 C (100,4 F)
- 3 bulan sampai 3 tahun: dipertimbangkan ESI 3 jika: suhu > 39 C (102,2 F) atau imunisasi tidak lengkap

Table 155-3	Emergency Severity Index (ESI)				
	ESI-1	ESI-2	ESI-3	ESI-4	ESI-5
Stability of vital functions (ABCs)	Unstable	Threatened	Stable	Stable	Stable
Life threat or organ threat	Obvious	Reasonably likely	Unlikely (possible)	No	No
Requires resuscitation	Immediately	Sometimes	Seldom	No	No
Severe pain or severe distress	Yes	Yes (sufficient, but not necessary for this category)	No	No	No
Expected resource intensity	Maximum: staff at bedside continuously; mobilization of outside resources	High: multiple, often complex diagnostic studies; frequent consultation; continuous (remote) monitoring	Medium: multiple diagnostic studies; or brief period of observation; or complex procedure	Low: one simple diagnostic study; or one simple procedure	Low: examination only
Physician/staff response	Immediate team effort	Minutes	Up to 1 hr	Could be delayed	Could be delayed
Expected time to disposition	1.5 hr	4 hr	6 hr	2 hr	1 hr
Examples	Cardiac arrest, intubated trauma patient, severe drug overdose	Most chest pain, stable trauma (mechanism concerning), elderly pneumonia patient, altered mental status, behavioral disturbance (potential violence)	Most abdominal pain, dehydration, esophageal food impaction, hip fracture	Closed extremity trauma, simple laceration, cystitis, typical migraine	Sore throat, minor burn, recheck

Sumber : *Pediatric Emergency Medicine Book*

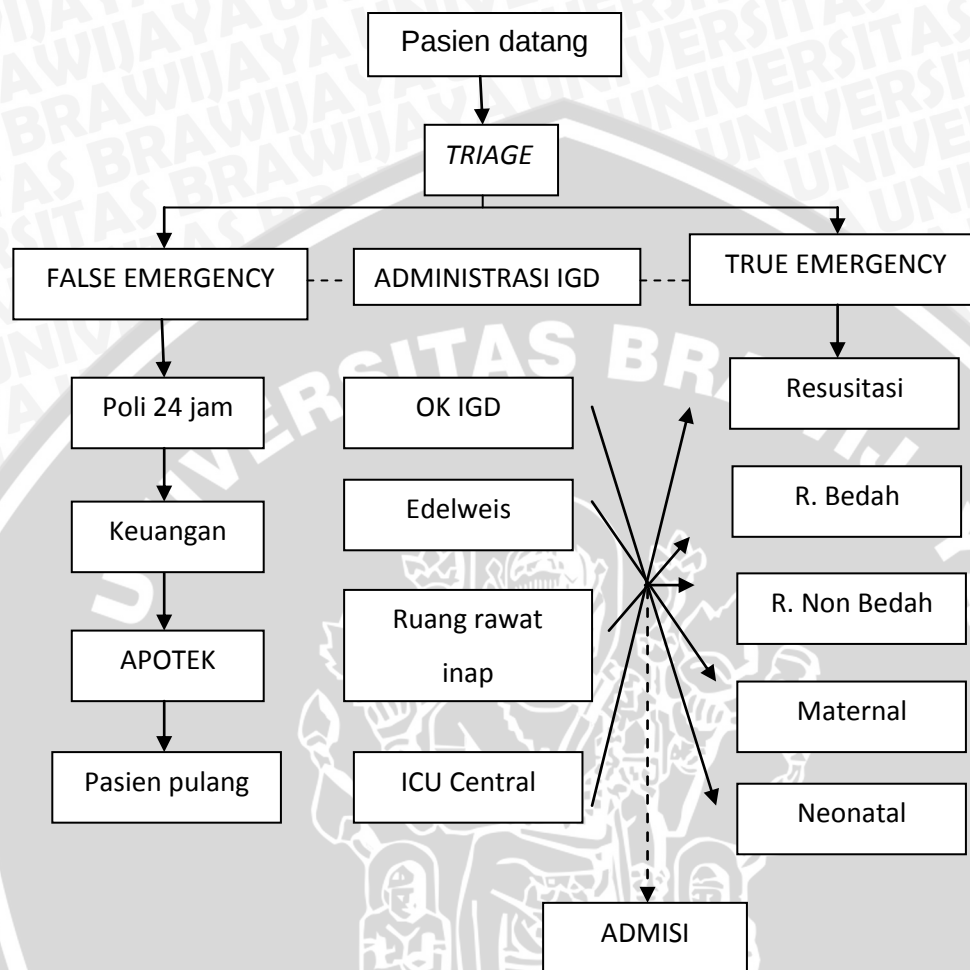
Gambar 2.3 Kategori triage Emergency Saverity Index
IGD RSUD Jombang menggunakan *triage Emergency Saverity Index*

Index, langkah-langkah pelaksanaan *triage* adalah

1. Pemeriksaan pada kontak pertama dengan pasien dilakukan di depan IGD dan di pintu masuk poli rawat jalan

2. Di depan IGD dilakukan oleh security, sedangkan di depan pintu masuk dilakukan oleh petugas skreening di ruang *triage*
3. Pemeriksaan dilakukan dengan visual dan atau menanyakan keluhan pasien, apabila kondisi emergency, maka pasien akan diarahkan ke instalasi gawat darurat untuk mendapatkan pertolongan segera, apabila pasien tidak emergency maka pasien akan diarahkan ke instalasi rawat jalan sesuai dengan kondisi penyakitnya
4. Proses *triage* dilakukan oleh dokter *triage* dibantu oleh perawat
5. Lakukan pengamatan visual, pemeriksaan fisik (bila diperlukan) dan hasil pemeriksaan penunjang sebelumnya (bila ada)
6. Identifikasi tingkat kegawatan, pasien dipilah menjadi resusitasi, emergency, urgent, non urgent atau false emergency dengan menggunakan lembar *triage*
7. Isilah hasil pemeriksaan dalam lembar *triage*
8. Untuk kategori pasien non urgent dan false emergency, selanjutnya pasien dilakukan pemeriksaan di ruang non emergency
9. Untuk kategori pasien resusitasi, emergent dan urgent segera lakukan tindakan life saving sesuai tingkat kegawatannya
10. Lakukan serah terima pasien dengan dokter jaga, dengan menuliskan nama terang dan tanda tangan

Untuk *code blue* di RSUD Jombang diperuntukkan pada orang yang berada di dalam lingkungan rumah sakit dan membutuhkan pertolongan, penanganan dilakukan oleh petugas kesehatan terdekat dan tim IGD dengan pemberitahuan khusus, sudah terdapat petunjuk dan AED didekat ruang Emergency.



Gambar 2.4 Skema Alur Penerimaan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Kabupaten Jombang

Pengkategorian *triage* yang digunakan oleh RSUD Jombang berupa :

a. *True Emergency*

1) Resusitasi

- Adanya sumbatan pada jalan nafas berupa henti nafas, bradipnoe dan sianosis
- Nadi tidak teraba
- Akral dingin

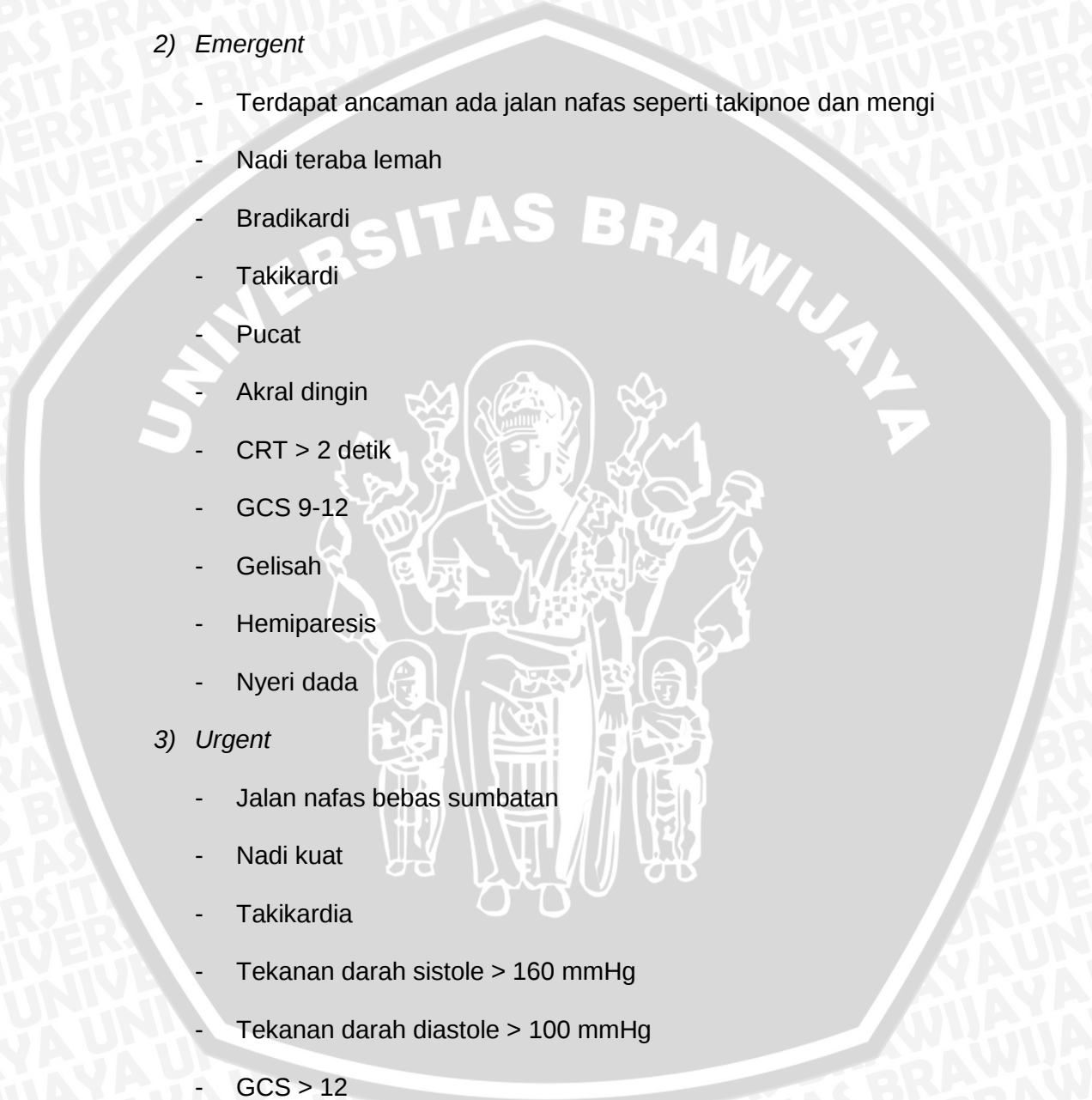
- GCS < 9
- Kejang
- Tidak ada respon

2) *Emergent*

- Terdapat ancaman ada jalan nafas seperti takipnoe dan mengi
- Nadi teraba lemah
- Bradikardi
- Takikardi
- Pucat
- Akral dingin
- CRT > 2 detik
- GCS 9-12
- Gelisah
- Hemiparesis
- Nyeri dada

3) *Urgent*

- Jalan nafas bebas sumbatan
- Nadi kuat
- Takikardia
- Tekanan darah sistole > 160 mmHg
- Tekanan darah diastole > 100 mmHg
- GCS > 12
- Apatis
- Somnolen



b. *False Emergency*

- Jalan nafas bebas sumbatan
- Nadi kuat
- Frekwensi nafas normal
- Tekanan darah sistole 120 mmHg
- Tekanan darah diastole 80 mmHg
- GCS 15

2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage*

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam pelaksanaan *triage* mencakup faktor-faktor :

1. Pengetahuan merupakan hasil mengingat sesuatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2007). Mengingat sesuatu berasal dari penginderaan yang terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan telinga (Notoatmojo, 2003).

Menurut Hasil Penelitian dari Linda Lusiana (2011) di RS Puri Indah Jakarta, pengaruh pengetahuan perawat terhadap *triage* sebesar 0,701 dengan P-Value sebesar 0,005, dengan pengetahuan mempengaruhi pelaksanaan *triage*. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah usia, intelegensi, lingkungan, pendidikan, sosial budaya dan informasi.

2. Pengalaman, menurut Sastrohadiwiry (2002) semakin lama seseorang bekerja maka semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga makin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Lama kerja juga merupakan pengalaman individu yang akan menentukan kenaikan dalam pekerjaan dan jabatan. Kenaikan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seseorang yang memiliki sikap kerja yang bertambah maju kearah positif, memiliki pengetahuan kerja yang baik serta memiliki keterampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas (Rakhmad dalam Harsiwi, 2003).

