

KARYA TULIS ILMIAH

***LITERATURE REVIEW* : PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PENILAIAN TRIASE TERHADAP PENANGANAN PASIEN GAGAL
JANTUNG TAHUN 2020**



RENI BASARIA OMPUSUNGGU

P07520117093

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III

2020

KARYA TULIS ILMIAH
***LITERATURE REVIEW* : PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PENILAIAN TRIASE TERHADAP PENANGANAN PASIEN GAGAL
JANTUNG**

TAHUN 2020

Sebagai syarat menyelesaikan pendidikan program studi

Diploma III Keperawatan



RENI BASARIA OMPUSUNGGU

P07520117093

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : *LITERATURE REVIEW* : PENGETAHUAN PERAWAT
TENTANG PENILAIAN TRIASE TERHADAP PENANGANAN
PASIEN GAGAL JANTUNG

NAMA : RENI BASARIA OMPUSUNGGU

NIM : P07520117093

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan dihadapan Penguji

Medan, 27 JUNI 2020

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

(Ida Suryani Hsb, S.kep., Ns., M. Kep)
NIP. 19770312200212002

(Tinah, SKM, M.Kes)
NIP.1974051420021200301

Ketua Penguji

(Lestari, S. Kep., Ns., M. Kep)
NIP. 198008292002122002

**Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik
Kementerian Kesehatan Medan**

(Hj. Johani Dewita Nasution, SKM., M. Kes)
NIP.196505121999032001

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENILAIAN TRIASE
TERHADAP PENANGANAN PASIEN GAGAL JANTUNG**

**NAMA : RENI BASARIA OMPUSUNGGU
NIM : P07520117093**

Program Studi : D III Jurusan Keperawatan

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan dihadapan Penguji

Medan, 27 JUNI 2020

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

**(Ida Suryani Hsb, S.kep., Ns., M. Kep)
NIP. 19770312200212002**

**(Tinah,SKM, M.Kes)
NIP.1974051420021200301**

Ketua Penguji

**(Lestari, S. Kep., Ns., M. Kep)
NIP. 198008292002122002**

**Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik
Kementerian Kesehatan Medan**

**(Hj. Johani Dewita Nasution, SKM., M. Kes)
NIP.196505121999032001**

ABSTRACT

Background. Triage is to sort out patients who come to the emergency department based on the help needs of the patients. The aim of triage is to get the best results possible according to the patient's condition and facilities available in the hospital or in the emergency room, so it is necessary to prioritize the patient to reduce the morbidity, mortality, and disability. In order to assess the initial condition of the emergency patient quickly and accurately a brief history and systematic examination of the airway (A), breathing (b), circulation (C), disability (D), and environment (E) need to be carried out. The aim of the study was to analyze the relationship of nurses about to label triage and to take action on nurses based on the triage label in the emergency room. Triage applies to sorting patients both in the field and in the hospital. **Method.** This research uses Literature review which searches the library using an internet journal database search engine. The database used in this study is Google Scholar and DOA. **Result.** Of the ten articles on nurses 'knowledge of triage assessment, there are two journals saying that nurses' knowledge of triage is good, two journals say that nurses 'knowledge of categorized triage is quite good, and one journal about nurses' knowledge of triage assessment is categorized very well. **CONCLUSION.** Of the ten articles on the description of nurses 'knowledge about triage assessment, it was concluded that in Indonesia nurses' knowledge still lacks knowledge of triage.

Key Words : nurse knowledge, triage assessment

ABSTRAK

Latar Belakang. Triage adalah untuk melakukan pemilahan pasien yang datang ke unit gawat darurat berdasarkan kebutuhan pertolongan para pasien. Tujuan triase adalah untuk mendapatkan hasil sebaik mungkin sesuai kondisi pasien dan sarana yang tersedia di rumah sakit atau di ruangan gawat darurat, sehingga perlu di prioritaskan pasien untuk menekan angka morbiditas, mortalitas, dan kecacatan. agar dapat menilai kondisi awal pasien gawat darurat secara cepat dan tepat perlu dilakukan anamnesis singkat dan pemeriksaan secara sistematis terhadap adanya airway (A), breathing (b), circulation (C), disability (D), dan environment (E). Tujuan dari penelitian adalah untuk menganalisis hubungan perawat tentang pemberian label triase dan melakukan tindakan perawat berdasarkan label triase di IGD. Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik dilapangan maupun dirumah sakit (Meggy S. Dkk, 2017). **Metode.** Penelitian ini menggunakan Literature review (tinjauan literatur) yang melakukan pencarian perpustakaan menggunakan mesin pencari basis data jurnal internet. Basis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Google Cendekia dan DOAJ. **Hasil.** Dari sepuluh artikel tentang pengetahuan perawat tentang penilaian triase didapatkan dua jurnal yang menyatakan bahwa pengetahuan perawat baik dalam melakukan triase, dua jurnal mengatakan bahwa pengetahuan perawat tentang penilaian triase terkategori cukup baik, dan satu jurnal mengenai pengetahuan perawat tentang penilaian triase dikategorikan sangat baik. **Kesimpulan.** Dari sepuluh artikel tentang deskripsi pengetahuan perawat tentang penilaian triase disimpulkan bahwa di Indonesia pengetahuan perawat masih saja kurang mengetahui pengetahuan tentang triase.

Kata Kunci : Pengetahuan Perawat, Penilaian Triase.

KATA PENGANTAR

Puji syukur Peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Proposal yang berjudul “**LITERATURE REVIEW : PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENILAIAN TRIASE TERHADAP PASIEN GAGAL JANTUNG**” Pada kesempatan ini Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Ibu **Lestari S.Kep.,Ns, M.Kep.** Yang telah banyak memberikan bimbingan, dukungan, dan arahan kepada Peneliti sehingga Proposal ini dapat diselesaikan. Dan tidak lupa peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu Dra.Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
2. Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan.
3. Ibu Ida Suryani Hasibuan S.Kep.,Ns, M.Kep selaku ketua penguji I sekaligus ketua penguji
4. Ibu Tinah, SKM, M.Kes selaku penguji II.
5. Teristimewa buat Orangtua tercinta Bapak M. Ompusunggu (Mangatur Ompusunggu) dan Mama D. Saragih (Dermina Saragih), serta Kakak saya Juni Ompusunggu dan ketiga adik saya Magdalena, Roma , dan Jones terimakasih atas doa dan semua semangat yang sudah diberikan pada saya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Proposal ini banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, baik dari segi penulisan maupun dari tata bahasanya. Maka dengan segala kerendahan hati Penulis mengharapkan saran dan kritik serta masukan dari semua pihak demi kesempurnaan Proposal ini.

Semoga segenap bantuan, bimbingan dan arahan yang telah diberikan kepada Penulis mendapat balasan dari Tuhan. Harapan Penulis, Proposal ini dapat bermanfaat bagi peningkatan dan pengembangan profesi Keperawatan

Medan, 27 JUNI 2020

Peneliti,

RENI BASARIA OMPUSUNGGU

DAFTAR TABEL

Tabel 1. IsiJurnal.....	33
Tabel 2. Penilaian Kesesuaian antara Tujuan dan Hasil.....	40
Tabel 3. Persamaan dan Perbandingan Penelitian.....	44
Tabel 4. Kelebihan dan Kekurangan.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi Bimbingan.....	52
--	----

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRACK	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II	6
TINJAUAN PUSTAKA.....	6
BAB III	24
METODE PENELITIAN.....	24
BAB IV	25
HASIL DAN PEMBAHASAN	25
A. Hasil Jurnal.....	25
B. PEMBAHASAN.....	31
BAB V	32
KESIMPULAN DAN SARAN	32
A. KESIMPULAN.....	32
B. SARAN.....	32
DAFTAR PUSTAKA.....	1

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Infark miokard merupakan sindrom klinis kompleks yang ditandai oleh berkurangnya kemampuan jantung untuk memompa darah sehingga output yang dihasilkan jantung tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolic (Savarese & Lund, 2017). Gagal jantung (IMA) adalah kumpulan gejala yang kompleks dimana seorang pasien harus memiliki tampilan berupa gejala gagal jantung (nafas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktifitas disertai/ tidak kelelahan), tanda retensi cairan (kongseti paru atau edema pergelangan kaki) adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (PERKI,2015). Menurut penelitian Mozaffarian (2015), menyatakan bahwa diperkirakan prevalansi gagal jantung akan terus meningkat hingga 46% pada 2030 yaitu mencapai >8 juta kasus pada penduduk berusia ≥ 18 tahun. Di Indonesia, usia pasien gagal jantung relative lebih muda dibanding Eropa dan Amerika disertai dengan tampilan klinis yang lebih berat (PERKI, 2015).

Infark miokard merupakan gangguan pada jantung dan pembuluh darah, termasuk penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, dan penyakit jantung lainnya (Mozaffarian, 2016). Penyakit *infark miokard* merupakan gangguan aliran darah ke jantung yang menyebabkan sel otot jantung mati. Aliran pembuluh darah terhenti setelah terjadi sumbatan koroner akut, kecuali sejumlah kecil aliran *kolateral* dari pembuluh darah disekitarnya. Daerah otot disekitarnya yang sama sekali tidak mendapat aliran darah atau alirannya sangat sedikit sehingga tidak dapat mempertahankan fungsi otot jantung, dikatakan mengalami *infark*. *Infark miokard* atau yang lebih dikenal dengan serangan jantung merupakan suatu keadaan dimana suplai darah pada suatu bagian jantung terhenti sehingga otot jantung mengalami kematian. *Infark miokard* sangat mencemaskan karena sering berupa serangan mendadak, umumnya pada pria usia 35-55 tahun, tanpa ada keluhan sebelumnya (Guyton, 2015).

Menurut data WHO tahun 2017, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, yakni sebesar 17,7 juta kematian dan mencakup 31% dari total kematian di dunia dengan 6 juta kematian dikarenakan *infark miokard*. Diprediksi pada tahun 2030, akan ada lebih dari 25,6 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Penyakit *infark miokard* ini termasuk bagian dari penyakit kardiovaskuler yang paling umum terjadi. Penyakit kardiovaskuler

merupakan gangguan dari jantung dan pembuluh darah termasuk stroke, penyakit jantung reumatik dan kondisi lainnya (WHO, 2017).

Penyakit jantung cenderung meningkat sebagai penyebab kematian di Indonesia. Menurut survey *Sample Registration System* angka kematian penyakit infark miokard 13% dari seluruh kematian. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2015) sebesar 0,5% sedangkan berdasarkan diagnosis dokter atau gejalanya sebesar 1,5% dari 300.000 rumah tangga yang disensus, sedangkan prevalensi di ibukota DKI Jakarta 1,6% dari 4684 rumah tangga disensus. Di Sumatera Utara prevalensi penyakit *infark miokard* sebesar 1,1% dari 18.963 rumah tangga disensus. Hasil RISKESDAS menunjukkan penyakit *infark miokard* berada pada posisi ketujuh tertinggi penyakit tidak menular di Indonesia.

Total kematian global yang diakibatkan penyakit kardiovaskuler mencapai 16,7 juta dan 2 juta kematian diantaranya disebabkan oleh PJK (Mackay & Mensah, 2015). Kasus PJK juga merupakan pembunuh no satu di Amerika Serikat (AS) dan seluruh dunia, sekitar 38% orang yang mengalami kejadian coroner akut akan meninggal pada tahun yang sama. Prevalensi PJK terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Tierney, 2018). PJK menyumbang lebih dari 450.000 kematian di AS pada tahun 2015. Dari hasil penelitian, kejadian PJK terbanyak pada usia 35-74 tahun (Koenig et al, 2018).

IMA merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan gagal jantung dapat memberikan dampak yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar, adanya perubahan citra tubuh, kurangnya perawatan diri, perilaku, dan aktivitas sehari-hari, kelelahan kronis, disfungsi seksual, dan kekhawatiran tentang masa depan ketidakmampuan pada klien gagal jantung untuk beradaptasi terhadap penyakitnya, termasuk didalamnya mengenal secara dini dari gejala penyakit (seperti sesak napas, intoleransi aktivitas, dan kelelahan) yang akan memengaruhi kehidupan yang dijalannya setiap hari (Pudiarifanti, Pramantara dan Ikawati, 2015).

Pada banyak kejadian penderita IMA yang justru meninggal atau mengalami kecacatan yang diakibatkan oleh kesalahan dalam melakukan pertolongan (kesalahan petugas). Peran perawat tentang tindakan kegawatdaruratan di IGD pada pasien IMA memegang porsi besar dalam menentukan keberhasilan pertolongan pertama. Di samping itu dibutuhkan juga sikap yang benar dalam memberikan tindakan kegawatdaruratan pada pasien IMA (Setiono, 2015).

UGD merupakan layanan yang disediakan untuk melayani pasien gawat darurat dengan penanganan yang cepat dan sesuai standart. Standart utama yang perlu dipahami oleh perawat dalam pemberi pelayanan di UGD yaitu terkait Triage. Sehingga keterampilan perawat dalam menerapkan

konsep Triage sangatlah diperlukan. Keterampilan seseorang perawat dalam menerapkan triage dipengaruhi oleh pengetahuan dan juga persepsi.

Ruang instalasi gawat darurat merupakan tempat atau unit di rumah sakit yang memiliki tim kerja dengan kemampuan khusus dan peralatan yang digunakan untuk memberikan pelayanan pasien gawatdarurat. Perawat harus bertindak cepat dalam melakukan pengkajian dan penanganan pasien. Oleh karena itu, perawat harus memiliki skill dan pengetahuan yang baik saat merawat pasien trauma (Alzghoul, 2016). Perawat di ruangan gawat darurat juga harus memiliki keperdulian yang lebih terhadap kondisi pasien yang berbahaya dan mengancam kehidupan. Pada kondisi ini diperlukan caring perawat ketika memberikan perawatan kepada pasien karena mereka memerlukan perawatan total. Oleh sebab itu, perawat harus mampu memberikan perawatan secara menyeluruh kepada pasien untuk mencapai kehidupan yang berkualitas (Jones & Bartlett, 2015).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat. Gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan pertama medis yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan nyawa pasien (Depkes RI, 2016). Seorang petugas kesehatan IGD harus mampu dalam penanganan semua kasus Gawatdarurat. Petugas kesehatan IGD berupaya mungkin untuk menyelamatkan pasien sebanyak-banyaknya dalam waktu sesingkat-singkatnya. Keterampilan petugas dari IGD sangatlah dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam pemilihan saat triage sehingga dalam penanganan pasien bisa optimal dan terarah (Oman, 2016).

Menurut Kementerian Kesehatan RI Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan yang didirikan oleh rumah sakit untuk memberikan pelayanan gawat darurat. Pasien yang datang ke IGD merupakan pasien yang membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat sesuai dengan kondisi klinis yang didalamnya. Menurut Musliha (2015), di ruang IGD perawat adalah sumber daya manusia di rumah sakit yang harus mampu memberikan pelayanan atau tindakan keperawatan secara professional sehingga tingkat kepercayaan pasien dan keluarga terus meningkat terhadap perawat (Dewi Ratna Sari, dkk, 2017).

Triage diambil dari bahasa Perancis yaitu Trier yang artinya mengelompokkan atau memilih. Triage adalah untuk melakukan pemilahan pasien yang datang ke unit gawat darurat berdasarkan kebutuhan pertolongan para pasien. Tujuan triase adalah untuk mendapatkan hasil sebaik mungkin sesuai kondisi pasien dan sarana yang tersedia di rumah sakit atau di ruangan gawat darurat, sehingga perlu di prioritaskan pasien untuk menekan angka morbiditas, mortalitas, dan kecacatan. agar dapat menilai kondisi awal pasien gawatdarurat secara cepat dan tepat perlu dilakukan anamnesis singkat dan pemeriksaan secara sistematis terhadap adanya airway (A), breathing (b), circulation (C), disability (D), dan

environment (E). Tujuan dari penelitian adalah untuk menganalisis hubungan perawat tentang untuk pemberian label triase dan melakukan tindakan perawat berdasarkan label triase di IGD. Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik dilapangan maupun dirumah sakit (Meggy S. Dkk, 2017).

Salah satu kegiatan terpenting sebelum melakukan tindakan di ruang IGD disebut dengan triase. Menurut Musliha Triase merupakan cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (Airway, dengan cervical spine control, Breathing dan Circulation dengan control perdarahan). Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit (Meggy S. Dkk, 2017).

Pengetahuan merupakan factor dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Proses pembelajaran sendiri dipengaruhi oleh kondisi subyek belajar yaitu intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi dan sebagainya. Maka dari itu pengetahuan perawat sangat penting tentang tentang penilaian triase.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah Bagaimana pengetahuan perawat tentang penilaian triase terhadap pasien gagal jantung.

1.3. Tujuan Penelitian

1. Gambaran Pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.
2. Pengetahuan perawat dalam penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng.
3. Pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember.
4. Pengetahuan perawat tentang penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang
5. Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD RSUD Dr. Soetomo terhadap triase

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan informasi atau pengetahuan perawat dapat bermanfaat bagi:

1.4.1. Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat penelitian ini untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan perawat tentang penilaian triase terhadap penanganan pasien IMA.

1.4.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan refrensi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jurusan Keperawatan Medan, penelitian ini dapat digunakan untuk

meningkatkan pengetahuan peserta didik khususnya pada gambaran pengetahuan perawat tentang penilaian triase terhadap penanganan pasi

1.4.3. Manfaat Bagi PenelitiLain

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi ilmiah penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar IMA

2.1.1 Pengertian Infar Miokard Akut

Penyakit *infark miokard* adalah penyakit dimana pembuluh darah yang menyuplai makanan dan oksigen untuk otot jantung mengalami sumbatan. Sumbatan paling sering terjadi diakibatkan karena adanya penumpukan kolesterol disbanding pembuluh darah koroner. Penyakit *Infark miokard* disebabkan oleh adanya penyempitan pada arteri koroner, sehingga aliran darah ke otot jantung terganggu (Nurahmani, 2016). *Infark miokard* adalah sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan adanya nekrosis sel *mikarokardium* akibat suatu iskemi yang berkepanjangan. Biasanya, *infark miokard* sering dikaitkan dengan penyakit *atherosclerosis* (WHO, 2017).

2.1.2 Etiologi

Selama kejadian iskemia, terjadi beragam abnormalitas metabolisme, fungsi dan struktur sel. *Infark Miokard* normal metabolisme asam lemak dan glukosa menjadi karbondioksida dan air. Akibat kadar oksigen yang berkurang, asam lemak tidak dapat dioksidasi, glukosa diubah menjadi asam laktat dan pH intrasel menurun (Selwyn, 2015). Ketika aliran darah menurun tiba-tiba akibat oklusi trombus di arteri koroner, maka terjadi *infark miokard* tipe elevasi segmen ST (STEMI). Perkembangan perlahan dari stenosis koroner tidak menimbulkan STEMI karena dalam rentang waktu tersebut dapat terbentuk pembuluh darah kolateral. Dengan kata lain STEMI hanya terjadi jika arteri koroner tersumbat cepat. *Non STEMI* merupakan tipe *infark miokard* tanpa elevasi segmen ST yang disebabkan oleh obstruksi koroner akibat *erosi* dan *rupture plak*. *Erosi* dan *ruptur plak atheroma* produksi *vasokonstriktor*, dan *angiotensin* yang berperan dalam migrasi dan pertumbuhan (Baradero M, 2015).

Ada beberapa penyebab lain terjadi *infark miokard* akut menurut Selwyn, yaitu:

- a) Sindroma klasik: sumbatan total yang terjadi secara tiba-tiba pada arteri
- b) Koronaria besar oleh thrombosis
- c) Hiperkolesterolemia atau meningkatnya kadar kolesterol pembuluh darah.

2.1.3 Faktor resiko infark miokard akut

Faktor resiko biologis infark miokard yang tidak dapat di ubah yaitu usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga, sedangkan faktor resiko yang masih dapat diubah, sehingga berpotensi dapat memperlambat proses arterogenik, antara lain kadar serum lipid, hipertentensi, merokok, gangguan toleransi glukosa, dan diet yang tinggi lemak jenuh, kolestrol, serta kalori (santoso, 2015). Secara garis besar terdapat dua jenis factor resiko bagi setiap orang untuk terkena *infark miokard* menurut Kasron (2015) yaitu factor resiko yang bisa dimodifikasi dan factor resiko yang tidak bisa dimodifikasi.

1. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

Merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan sehingga dengan intervensi tertentu maka bisa dihilangkan. Yang termasuk dalam kelompok menurut Kasron (2015) yaitu:

- a) Merokok
- b) Konsumsi alkohol
- c) Infeksi
- d) Hipertensi sistemik
- e) Obesitas
- f) Kurang olahraga
- g) Penyakit diabetes

2. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

Merupakan faktor yang tidak bisa diubah atau dikendalikan menurut Kasron (2015) yaitu diantaranya:

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Riwayat keluarga

2.1.4 KLASIFIKASI INFARK MIOKARD

Infark miokard di klasifikasikan berdasarkan EKG 12 sandapan dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Infark miokard akut ST-elevasi (STEMI)

Oklusi total dari arteri koroner yang menyebabkan area *infark* yang lebih luas meliputi seluruh ketebalan miokardium. Keluhan nyeri terjadi secara mendadak dan terus menerus tidak mereda. Biasanya diatas region sternal bawah dan abdomen bagian atas. Yang ditandai dengan adanya elevasi segmen ST pada EKG. Perubahan enzim CPKMB, LDH, AST (Heatherd k k, 2012).

2. Infark miokard akut non ST-elevasi (NSTEMI)

Oklusi sebagian dari arteri koroner tanpa melibatkan seluruh ketebalan mikrokardium, sehingga tidak ada *elevasi segmen ST* pada EKG. Perubahan enzim CKMB. *Infark miokard akut unstable angina pectoris (UAP)*, keadaan klinis diantara angina pectoris stabil dan infark miokardium. Nyeri dada angina biasanya berlokasi dibawah sternum (retrosternal) dan kadang menjalar ke leher, rahang, bahu dan kadang lengan kiri atau keduanya. Angina pectoris ditandai dengan nyeri dada yang berakhir 5-15 menit. Perubahan EKG (gelombang T terbalik $>0,2\text{mV}$ dan atau depresi segmen ST $>0,05$). Perubahan enzim terjadi kenaikan kas pada CKMB. Protein troponin T dan I dan myoglobin (Heatherd k k , 2012)

Menurut rendy dan Margareth (2016), jenis jenis infark miokard terbagi menjadi 2 menurut lokasi yaitu:

a. *Miokard infark subendokardial daerah subendokardial* merupakan daerah *miokard* yang amat peka terhadap iskemia dan *infark*. *Miokard infark subendokardial* terjadi akibat aliran darah *subendokardial* yang relatif menurun dalam waktu lama sebagai akibat perubahan derajat penyempitan arteri koroner atau dicetuskan oleh kondisi-kondisi seperti hipotensi, perdarahan, hipoksia.

b. *Miokard infark transmural* pada lebih dari 90% pasien *miokard infark transmural* berkaitan dengan thrombosis koroner. Thrombosis sering terjadi di daerah yang mengalami penyempitan *arteriosklerotik* dengan *hematom intramural*, spasme yang umumnya terjadi ditempat arteroklerotik yang emboli koroner.

2.1.5 GEJALA DAN TANDA INFARK MIOKARD

Gambaran klinis infark miokard umumnya berupa nyeri dada *substernum* yang terasa berat, menekan, seperti siremas-remas dan terkadang menjalar ke leher, rahang epigastrium, bahu, atau lengan kiri, atau hanya rasa tidak enak di dada. IMA sering serangan angina pectoris pada sekitar 50% pasien. Namun, nyeri pada IMA biasanya berlangsungnya beberapa jam sampai hari, jarang ada hubungannya dengan aktifitas fisik dan biasanya cepat dan lemah, pasien juga sering mengalami *diaphoresis* (Heather, 2012).

2.1.6 PENYEBAB INFARK MIOKARD

Factor penyebab menurut (Nuraruf dan Kusuma 2015):

1. **Suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh factor**
 - a) Faktor pembuluh darah: Arteriosklerosis, Spasme, Arteritis

- b) Faktor sirkulasi: Hipotesis, Stenosis, AortaInsufisiensi
- c) Faktor darah: Anemia, Hipoksekmia, Polisitema

2. Curah jantung yang meningkat:

- a) Aktifitas berlebihan
- b) Emosi
- c) Makan terlalu banyak
- d) Hypertiroidisme

3. Kebutuhan oksigen miokard meningkat pada:

- a) Kerusakan miokard
- b) Hypertropimiokard
- c) Hypertensi diastolic

2.2 KONSEP PENGETAHUAN

2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap objekter jadi melalui panca indramanusia 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 (Notoatmojo, 2016).

Menurut Mandey (2015), pengetahuan mencakup segala apa yang kita ketahui. Tujuan akhir dari pengetahuan adalah suatu pemahaman tentang suatu objek dengan memadukan intuisi dan konsep. Dari pengertian diatas tentang pengetahuan maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pengetahuan adalah segala sesuatu tentang suatu objek melalui penginderaan yang tergantung dari proses belajar. Bloom (1956) dikutip dari Hoozer, V, etal (1987) mengatakan dalam proses belajar diperlukan tiga unsur ranah, yaitu:

- a. Kognitif, yakni dipelajari melalui fakta, membuat keputusan, membuat kesimpulan atau berpendapat.
- b. Afektif yang dikaitkan dengan emosi atau perasaan dan perilaku atau nilai-nilai sensitivitas dan suasana emosional mempengaruhi semua tipe pembelajaran tetapi yang paling penting berpengaruh pada domain afektif.
- c. Psikomotor, berkaitan dengan pergerakan otot yang dihasilkan dari beberapa pengetahuan yang menjadi dasar diperolehnya keterampilan baru. Domain psikomotor mudah diukur karena dapat didemonstrasikan secara fisik.

Menurut (Notoatmojo, 2016) Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu dan pengalaman seseorang dalam melakukan pengindraan terhadap suatu rangsangan tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat dalam membentuk tindakan seseorang. Belum menjabarkan bahwa ada enam tingkat pengetahuan yang termasuk dalam domain pengetahuan:

1. Tahu (*Know*)

Tahu adalah tingkat pengetahuan dengan level yang paling rendah. Tahu dapat diartikan sebagai diingatnya suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya hal yang termasuk dalam pengetahuan tingkat tahu adalah mengingat kembali seluruh hal yang pernah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Pengukuran tahu dapat dilakukan dengan menggunakan kata kerja menyebutkan, menguraikan, dan mendefinisikan.

2. Memahami (*Comprehension*)

Pemahaman adalah kemampuan seseorang untuk memahami materi yang telah dipelajari dan mampu mempelajari dan menginterpretasikan secara baik dan benar materi tersebut. Hasil yang dapat dilihat dari seseorang yang telah memahami materi yang telah dipelajari sebelumnya adalah ia dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan materi, dan meramalkan kejadian yang mungkin terjadi.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang nyata. Seseorang yang telah mencapai tahap aplikasi akan mengaplikasikan kaidah menggunakan teori-teori, metode, dan prinsip yang telah dipelajarinya kedalam kehidupan yang sebenarnya.

4. Analisa (*Analysis*)

Analisis berarti mampu mengaitkan ide yang satu dengan ide yang lain yang masih saling berhubungan dengan benar. Kemampuan menganalisis dapat diukur dengan penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, dan memisahkan.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian materi yang terpisah yang telah dipelajari kedalam bentuk keseluruhan yang baru atau dapat membuat teori atau rumusan yang baru dari teori-teori atau rumusan-rumusan yang telah ada sebelumnya. Kriteria hasil dari kemampuan sintesis seseorang adalah seseorang mampu meringkas, menyusun, menyesuaikan sesuatu terhadap teori atau rumusan yang telah ada sebelumnya.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek yang dipelajari. Penilaian

terhadap materi atau objek tersebut dalam berdasarkan standar penilaian atau pun yang telah ada sebelumnya.

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Erfandi (2014), menyebutkan bahwa ada beberapa factor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang,yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar,makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi,maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dipendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal.

2. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya,individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan social serta lebih banyak melakukan persiapan demi sukses nyaupaya menyesuaikan diri menuju usia tua,selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hamper tidak ada penurunan pada usia ini.

3. Pengalaman Bekerja

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

2.2.3 Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Monday's (2015), untuk memenuhi rasa ingin tahunya manusia menggunakan berbagai cara untuk memperoleh kebenaran, yang dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

1) Cara tradisional untuk memperoleh pengetahuan

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau

metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara-cara pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi:

a. Cara coba salah (*Trial&Error*)

Cara ini merupakan cara yang paling tradisional, yaitu upaya pemecahannya dilakukan dengan cara coba-coba, bila satu cara tidak berhasil maka dicoba cara lain.

b. Cara kekuasaan (*otoritas*)

Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas/kekuasaan, baik tradisi otoritas pemerintah, otoritas pembimbing agama, maupun ahli pengetahuan.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan, hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh.

d. Melalui jalan pikiran

Kebenaran pengetahuan dapat diperoleh manusia dengan menggunakan jalan pikirannya, baik melalui indikasi maupun deduksi yang merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan dan dicarhubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan (Notoatmojo, 2016).

2) Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan yang sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau metode penelitian (Notoatmodjo, 2016).

2.2.4 Manfaat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2016) manfaat dari pengetahuan:

1. Meningkatkan tingkat pendidikan seseorang
2. Meningkatkan drajat seseorang
3. Menjadi pegangan bagi orang yang mempunyainya
4. Menjadi kebanggaan tersendiri
5. Bisa menciptakan kepuasan tersendiri.

2.3 Konsep Perawat

2.3.1 Definisi perawat

Keperawatan merupakan suatu bentuk layanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan keperawatan. Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang di tujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang

mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Berdasarkan konsep keperawatan diatas, dapat ditarik beberapa hal yang merupakan hakekat/prinsip dari keperawatan, fungsi utama perawat adalah membantu klien (dari level individu hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan. Layanan keperawatan di berikan karena adanya kelemahan fisik, mental, dan keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan untuk dapat melaksanakan kegiatan kehidupan sehari-hari secara mandiri (Asmadi, 2017).

2.3.2 PERAN PERAWAT

Peran perawat menurut Hasyim, M.JokoPrasetyoetall (2014) yaitu:

- a) Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan yang melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.
- b) Peran sebagai advokat pasien dilakukan perawat dalam membantu pasien dan keluarganya dalam menginterpretasikan sebagai informasi dari pemberian pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas *informasi tentang* penyakitnya dan hak atas privasi.
- c) Peran educator dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.
- d) Peran koordinator dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien.
- e) Peran kolaborator perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi, dll dengan upaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

2.3.3 TUGAS PERAWAT

Tugas dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan. Tugas peran perawat ini yang berdasarkan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan menurut Makhfudli (2016) yaitu:

1. Mengkaji kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Mengumpulkan data, menganalisa dan menginterpretasikan data.
2. Merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan, mengembangkan rencana tindakan keperawatan
3. Melaksanakan rencana keperawatan yang meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyakit, penyembuhan, pemenuhan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan klien dan keadaan terminal.
4. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan, menentukan kriteria yang dapat diukur dalam menilai rencana keperawatan, menilai tingkat pencapaian tujuan, mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan.
5. Mendokumentasikan proses keperawatan, mengevaluasi data permasalahan keperawatan, mencatat data dalam proses keperawatan, menggunakan catatan klien untuk memonitor asuhan keperawatan.

2.3.4 Hak dan Kewajiban perawat

Menurut Hasyim,et.al.(2014) mengungkapkan hak dan kewajiban perawat sebagai berikut:

1. Hak Perawat
 - a. Perawat berhak mendapatkan perlindungan hukum dan profesi sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi dan standar Operasional Prosedur (SOP). Ini merupakan salah satu perawat dibidang hukum sertamen yang kutaspek legal atas dasar peraturan perundang-undangan dari pusat maupun daerah.
 - b. Perawat berhak untuk memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan atau keluarganya agar mencapai tujuan keperawata nyang maksimal. Jadi perawat berhak mengakses segala informasi mengenai kesehatan klien, karena yang berhadapan langsung dengan klien tidak lain adalah perawat itu sendiri.
 - c. Perawat berhak melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan otonomi profesi. Ini dimaksudkan agar perawat dapat melaksanakan tugasnyahan yayang sesuai dengan ilmu pengetahuan yang didapat berdasarkan jenjang pendidikan dimana profesi lain tidak dapat melakukan jenis kompetensi ini.
 - d. Perawat berhak mendapatkan penghargaan sesuaidengan prestasi, dedikasi yang luar biasa dan atau bertugas didaerah terpencil dan rawan.
 - e. Perawat berhak memperoleh jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya. DiIndonesia biasanya kita kenal dengan Asuransi kesehatan (ASKES). Bagi pegawai negeri sipil (PNS) berhak

memiliki ASKES tersebut tak terkecuali perawat yang bertugas PNS, sebagai jaminan kesehatan selama menjalankan tugas hingga masa pensiun nantinya. Perawat berhak menerima imbalan jasa profesi yang proporsional sesuai dengan ketentuan/peraturan yang berlaku.

2. Kewajiban Perawat

- a. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat berkewajiban untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar profesi, standar praktek keperawatan, kode etik, dan SOP serta kebutuhan klien atau pasien dimana standar profesi, standar praktek dan kode etik tersebut ditetapkan oleh organisasi profesi dan merupakan pedoman yang harus diikuti oleh setiap tenaga keperawatan.
- b. Perawat yang melaksanakan tugasnya diwajibkan untuk menunjukan klien dan atau pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau tindakan.
- c. Perawat wajib untuk merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien dan atau pasien, kecuali untuk kepentingan hukum. Hal ini menyangkut privasi klien yang berada dalam asuhan keperawatan karena disisi lain perawat juga wajib menghormati hak-hak klien dan atau pasien dan profesi lain sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.
- d. Perawat wajib melakukan pertolongan darurat atas dasar prike-manusiaan.

2.3.5 Fungsi perawat

Fungsi perawat menurut Widyawati (2015) yaitu sebagai berikut:

1. Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara mandiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan untuk memenuhi KDM.

2. Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerjasama tim dalam pemberian

pelayanan. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya.

2.4 Triase

2.4.1 Defenisi Triase

Triase adalah usaha pemilahan korban sebelum ditangani. Pemilihan tersebut dilandaskan pada proses khusus pasien berdasarkan berat tidaknya penyakit pasien (Wijaya, 2010). Triage juga diartikan sebagai istilah untuk menyortir atau menggolongkan pasien berdasarkan berat cedera dan untuk menentukan jenis perawatan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma, penyakit, dan cedera (Pusponegoro, 2010).

2.4.2 Tujuan triage

Tujuan triage dibagi menjadi 4 bagian (Dewi Kartiwati, 2011) :

- a. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa
- b. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya
- c. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
- d. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

2.4.3 Pelaksanaan Triase

Pelaksanaan triase adalah pengumpulan data dan keterangan sesuai kondisi pasien dengan cepat tepat dan waktu, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani.

Menurut Oman (2008) penilaian triase terdiri dari :

a. Primary Survey

1. Airway-breathing

Jika pasien bernafas, maka diperlukan pemeriksaan respirasi-rale. Pasien dengan pernafasan lebih dari 30 kali per menit, diberikan label merah (immediate). Jika pasien bernafas dan laju pernafasan kurang dari 30 kali per menit, pemeriksaan akan dilanjutkan dengan pemeriksaan sirkulasi dan mental status pasien untuk dilakukan pemeriksaan secara lengkap dalam 30 detik. Jika pasien tidak bernafas, secara cepat bersihkan mulut dari kemungkinan benda asing. Gunakan teknik head tilt chin lift untuk membuka jalan nafas. Peralatan bantu jalan nafas (airway) sederhana seperti orofaring airway dapat digunakan selama mengamankan jalan nafas harus dilindungi servikal terutama pada pasien dengan multiple trauma. Buka jalan nafas, jika pasien dapat bernafas, pasangkan pasien dengan label merah (immediate).

Pasien yang membutuhkan jalan nafas dipertahankan dipasangkan label merah. Jika pasien tidak bernafas dan tidak mulai bernafas jika dilakukan pembebasan jalan nafas dengan airway maneuver sederhana, maka pasien di beri label hitam (Dead).

2. Circulation

Langkah selanjutnya yaitu dengan menilai sirkulasi dari pasien. Metode terbaik pada pemeriksaan sirkulasi yaitu dengan meraba pergelangan tangan dan merasakan pulsasi dari arteri radialis. Pengecekan dilakukan dalam 5-10 detik. Jika pulsasi arteri radialis tidak dijumpai, maka pasien diberi label merah (immediate). Jika pulsasi arteri radialis dijumpai, maka dilanjutkan pemeriksaan akhir dengan menilai status pasien. Pemeriksaan cepat dilakukan dengan cara lain yaitu dengan blanch test (menilai capillary refill time), jika didapatkan hasil lebih dari 2 detik, maka pasien diberi label merah.

b. Secondary Survey

1. Head to Toe

Pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh perawat pelaksana dari ujung kepala sampai ujung kaki pasien. Pemeriksaan fisik ini merupakan salah satu proses dari memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. Hal ini akan membantu dalam penegakan diagnosis dan perencanaan perawatan pasien.

c. Monitoring Korban

Monitoring korban akan kemungkinan terjadinya perubahan-perubahan pada (ABC) derajat kesadaran dan tanda vital.

d. Mental Status

Akhir dari pemeriksaan adalah dengan menilai status mental pasien. Observasi ini dilakukan pada pasien dengan pernafasan dan sirkulasi yang adekuat. Tes mental status yaitu dengan meminta pasien untuk mengikuti perintah yang sederhana. Seperti meminta pasien membuka mata, tutup mata, dan genggam tangan perawat. Pasien yang dapat mengikuti perintah sederhana diberikan label kuning (Delayed), sedangkan pasien yang tidak responsive terhadap perintah sederhana diberikan label merah.

e. Assesment (Diagnosa Keperawatan)

Dinyatakan apakah masalah termasuk ke dalam kondisi Emergency (mengancam kehidupan, anggota badan atau kecacatan). Urgen (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecacatan) atau Nonurgen. Diagnose juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien untuk mencari keperawatan (Mila G, dkk 2018).

2.4.4 Sistem Triase

Menurut Ida Mardalena (2016) sistem triase digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yakni pasien yang apabila tidak mendapatkan triase segera, dapat menimbulkan trauma. Berikut empat system triase yang sering digunakan.

a. Spot Check

Spot Check adalah system yang digunakan untuk sikan dan mengkaji pasien dalam waktu dua sampai tiga menit. Hampir 25% UGD menggunakan system ini untuk mengidentifikasi pasien dengan segera.

b. Triase Komprehensif

Sistem Triase Komprehensif adalah standar dasar yang telah didukung oleh Emergency Nurse Association (ENA). Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep ABC ketika menghadapi pasien gawat darurat. Adapun indikasi atau penyebab napas berhenti, bisa disebabkan karena stroke, inhalasi asap, tenggelam, syok listrik, trauma, tercekik, koma dan tersambar petir. Keadaan darurat tersebut dapat ditangani dengan memberikan resusitasi jantung paru. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, triage komprehensif menekankan pada konsep ABC. Namun demikian, penanganan yang sering digunakan dilapangan adalah penanganan ABC.

1. Airway Control

Airway Control atau penanganan melalui jalan nafas. Perolongan pertama dapat dilakukan dengan memposisikan pasien telentang dan mengangkat dagu pasien. Perawat bisa membuka jalan nafas dengan ekstensi kepala dalam posisi dagu terangkat. Jika pasien muntah, perawat bisa membersihkannya dengan cara manual.

2. Breathing Support

Breathing support atau memberi bantuan nafas. Mengetahui pasien masih bernafas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat, merasakan, dan mendengar bunyi nafas. Jika dalam kondisi pingsan, pasien diposisikan secara stabil lateral untuk membebaskan jalan nafas. Kemudian, perawat bisa memberi nafas buatan dengan cara meniup melalui mulut sebanyak 2 kali sembari menutup hidung pasien (posisi kepala ekstensi). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa melanjutkan pemberian nafas buatan 10 sampai 12 kali per menit tanpa kompresi dada.

3. Circulation Support

Bantuan sirkulasi ini dapat dilakukan apabila denyut nadi besar teraba. Perawat bisa memberikan nafas buatan 10 sampai 12 kali per menit. Bagaimana jika nadi tidak teraba? Tindakan yang harus dilakukan adalah kompresi jantung paru (RJP).

c. Triase Two-tier

Triase Two-tier merupakan tindakan pertolongan pertama pada pasien yang melibatkan dua orang petugas, untuk dilakukan pengkajian telah rinci. Selain triase two-tier, ada juga triase bedside. Pasien yang datang langsung ditangani oleh perawat tanpa menunggu petugas lainnya.

2.4.5 Prinsip Triase

Dalam 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 SDM dan alat terbatas (Ida Mardalena, 2016).

Prinsip Triage (Dewi Kartiwati, 2011).

- a. Triage harus dilakukan dengan cara segera dan singkat
- b. Kemampuan untuk menilai dan merespon dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
- c. Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat
- d. Kekuatan dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian
- e. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian
- f. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang adekuat dan akurat
- g. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan passion.
- h. Tanggung jawab yang paling utama dari proses triage yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan prioritas pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostic.
- i. Tercapainya kepuasan pasien yaitu :
 1. Perawat triage harus menjalankan triage secara simultan, cepat dan langsung sesuai keluhan pasien.
 2. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis.
 3. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.
- j. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar.

2.4.6 Klasifikasi Triase

A. Klasifikasi kegawatan triase

Menurut Ida Mardalena (2016) klasifikasi triage dibagi menjadi tiga prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah emergency, urgent dan nonurgent. Berikut klasifikasi pasien dalam system triase.

1. Gawat Darurat (Prioritas 1:P1)

Gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberi tindakan, pasien akan mengalami kecacatan. Kemungkinan paling fatal, dapat menyebabkan kematian (Wijaya, 2010).

Kondisi gawat darurat dapat disebabkan adanya gangguan ABC atau mengalami beberapa gangguan lainnya. Gangguan ABC meliputi jalan napas, pernapasan dan sirkulasi. Adapun kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal, seperti gangguan cardiac arrest, trauma mayor dengan pendarahan, dan mengalami penurunan kesadaran.

2. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2:P2)

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

3. 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 ditindak lanjuti ke poliklinik. Pasien dapat diberi terapi definitive, laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan sejenisnya.

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

Klasifikasi triage ini adalah yang paling ringan diantara triase lainnya. Pasien yang masuk ke kategori P4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit P4 adalah penyakit ringan misalnya, penyakit paru, batuk pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

B. Klasifikasi Tingkat Prioritas

Menurut Ida Mardalena (2016) klasifikasi triase dan tingkat keutamaan atau prioritas dibagi menjadi 4 kategori warna. Tanda warna tersebut mayoritas digunakan untuk menentukan pengambilan keputusan dan tindakan.

Prioritas pemberian warna juga dilakukan untuk memberikan penilaian dan intervensi penyelamatan nyawa. Intervensi biasa digunakan untuk mengidentifikasi injury. Mengetahui tindakan yang dilakukan dengan cepat dan tetap memberikan dampak dengan intervensi live saving umumnya digunakan dalam praktik lingkup responden dan harus disertai persiapan alat alat yang dibutuhkan. Warna yang sering digunakan untuk triase yaitu :

1. 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 triase 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 nyawanya. Yang termasuk ke prioritas pertama warna merah diantaranya henti jantung, pendarahan besar, henti napas, dan pasien tidak sadarkan diri.

2. 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 yang mengalami luka bakar tingkat II dan tingkat III kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan ;aserasi luas.

Adapun yang termasuk prioritas kedua, diantaranya terjadi luka bakar pada daerah vital, seperti kemaluan dan airway. Selain itu, terjadinya luka di kepala atau subdural hematoma yang ditandai dengan muntah. Pendarahan juga bisa terjadi dibagian tertentu, seperti ditelinga, mulut dan hidung. Penderita subdural hematoma memiliki kecepatan nadi kurang dari 60 kali per menit, napas tidak teratur, lemah, reflek, dan kurang menerima rangsangan.

3. Hijau

Warna hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam artian, pasien tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang diberi prioritas 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 juga termasuk prioritas ini.

4. 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 prioritas warna hitam antara lain pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, spinal injury, dan pasien multiple injury.

C. Klasifikasi berdasarkan tingkat kegawatdaruratan triase

Klasifikasi berdasarkan tingkat kegawatdaruratan triase memiliki arti penting sebagai proses mengkomunikasikan kegawatdaruratan di UGD. Perawat melakukan kajian dan mengumpulkan data secara akurat dan konsisten. Ada dua cara yang dilakukan. Pertama, secara validitas. Validitas merupakan, tingkat akurasi system kedaruratan. Validitas dilakukan untuk mengetahui tingkatan triase dan membedakan tingkatan 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 UGD (Ida Mardalena, 2016).

D. Klasifikasi berdasarkan tingkat keakutan

Menurut Ida Mardalena (2014) klasifikasi berdasarkan tingkat keakutan dibagi menjadi 5 kelas, yaitu.

1. Kelas I

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

2. Kelas II

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

3. Kelas III

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

4. Kelas IV

Adapun pasien yang tidak mampu menahan kurang dari dua jam dikategorikan pasien kelas empat. Pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindak lanjuti. Pasien kelas empat ini termasuk urgen dan mendasar misalnya pasien menderita asma, fraktur panggul, laserasi berat.

5. Kelas V

Pasien yang berada di kelas lima adalah pasien gawat darurat. Apabila pasien diobati terlambat, dapat menyebabkan kematian. Yang termasuk kelas lima adalah syok, henti jantung, dan gagal jantung.

d. Klasifikasi berdasarkan lokasi kejadian

1. Triage Pre-Hospital

Menurut Ida Mardalena (2016), triase pre-hospital atau pra-rumah sakit merupakan tindakan penyelamatan pasien yang telah mengalami gangguan medical atau trauma. Triage Pre-Hospital sangat penting untuk pasien karena setidaknya pasien memiliki kesempatan memperoleh perawatan dan fasilitas medis terdekat.

Triage Pre-Hospital digunakan sebagai upaya awal perawat untuk menggali data pasien. Terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara triase pre-hospital dan in-hospital. Triage pre-hospital memiliki keterbatasan staf medis. Misalnya, dalam satu ambulans, hanya terdapat dua perawat. Kondisi pasien bisa saja membutuhkan banyak alat dan obat-obatan yang lebih lengkap. Tindakan cepat perawat dengan keterbatasan alat dan obat selama di ambulans inilah yang disebut dengan istilah pre-hospital.

Perawat yang fokus ke pre-hospital care harus memiliki kemampuan khusus dibidang emergency. Salah satu melahirkan perawat yang memiliki kemampuan PPGD yang professional adalah dengan diberikan pelatihan khusus. Selama proses pelatihan, calon perawat tidak hanya diberi pengetahuan teori, tetapi juga praktik simulasi memberikan pertolongan pada pasien sebelum dan ketika ada dalam ambulans. Pemberian label berfungsi memudahkan perawat dalam menangani pasien.

2. Triage In-Hospital

a. Traffic Director

Traffic Director disebut juga dengan triage non nurse. Perawat bukanlah bagian staf berlisensi. Selama dilapangan perawat bertugas melakukan kajian visual secara cepat dan tepat. Hal tersebut dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien. Tipe ini dilakukan tidak berdasarkan standart dan tidak memakai dokumentasi.

b. Spot Check-Triage

Spot Check-Triage atau disebut dengan advanced triage merupakan kebalikan dari tipe pertama. Perawat dan dokter harus sudah memiliki lisensi untuk melakukan pengkajian. Pengkajian dilakukan dengan cepat, meliputi pengkajian latar belakang dan evaluasi yang berifat subjektif ataupun objektif.

c. Comprehensive Triage

Comprehensive Triage merupakan tipe yang menggunakan sistem advanced namun diterapkan bagi perawat yang tidak memiliki lisensi. Perawat nantinya akan diberikan pelatihan dan pengalaman triage. Dalam pelatihan tersebut, perawat juga diberi bekal tentang tes diagnostic, dokumentasi, evaluasi ulang dan pasien, dan penatalaksanaan spesifik.

BAB III

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan Literature review (kajian pustaka) yaitu melakukan penelusuran pustaka menggunakan mesin pencarian data base jurnal internet. Data base yang digunakan dalam penelitian adalah Google scholar dan DOAJ. Pencarian menggunakan kata kunci (*Key words*) “Kolesterol total dan *infark miokard*. Jika artikel yang diperoleh tidak sesuai maka kata kunci ditulis lebih lengkap “gambaran kolesterol total pada penderita *infark miokard*”.

Adapun kriteria inklusi sumber artikel penelitian adalah : 1) berdasarkan sumber ; yaitu utama (*Primary sources*) yaitu artikel ilmiah yang terbit di jurnal terindeks di Google Scholar dan DOAJ. Sumber kedua (*secondary sources*) seperti buku teks, Prosiding yang diterbitkan oleh Publisher Nasional dan sumber yang ketiga (*tertiary sources*) seperti Majalah Populer, Blog, Bahan Seminar Ilmiah, dll. 2) Berdasarkan tahun terbit yaitu jurnal dipublikasikan dari tahun 2010 hingga 2020 dan 3) Penulis berasal dari lembaga pendidikan yang diakui pemerintah. Untuk menyajikan data hasil penelusuran pustaka dilakukan beberapa tahapan, Pertama melakukan ringkasan (*summary*) dimana ringkasan sepuluh artikel disajikan dalam Tabel meliputi Judul dan Peneliti, Nama Jurnal, Tahun Terbit dan Indeks, Metode Penelitian, Lokasi dan Hasil. Kemudian tahapan kedua adalah menilai kesesuaian antara tujuan dan hasil. Pada tabel ini penulis merujuk pada tujuan yang ditetapkan oleh peneliti kemudian membandingkan dengan hasil. Tahap ketiga melakukan penilaian tentang kesamaan dan juga menilai perbedaan dan tahap ke empat memberikan kritik atau pendapat terhadap masing-masing artikel, sehingga pada bab hasil penelitian disajikan empat tabel.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Jurnal

Table 1. Ringkasan Isi Jurnal

No	Judul Artikel/ Penulis	Jurnal/Terbit/ Indeks	Metode Penelitian/ Lokasi	Tujuan Dan Sample	Hasil
1	Gambaran Pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. (Vicky Setiarini, et.al. 2018)	Jurnal : JOM FKP, Vol 5 No.2 (juli-desember 2018) Indeks : Google Scholar, DOAJ	Metode: Observasional deskriptif dengan rancangan cross sectional.	Tujuan : Untuk mengidentifikasi pengetahuan perawat di ruang gawat darurat tentang triage Sampel : 31 orang.	Hasil menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden tentang pengetahuan perawat tentang triage sebagian besar berpengetahuan baik yaitu berjumlah 16 orang (51,6%) dan pengetahuan perawat yang kurang baik berjumlah 15 orang (48,4%).
2	Pengetahuan perawat dalam penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Fadli,et.al 2019).	JURNAL ILMIAH KESEHATAN VOLUME 6 NOMOR 1 BULAN JULI TAHUN 2107 Indeks : Google Scholar, DOAJ	Metode: Observasional deskriptif dengan rancangan cross sectional.	Tujuan : Untuk melihat gambaran pengetahuan perawat dalam penilaian triase Sampel : 26 orang	Hasil menunjukkan seluruh perawat di IGD berpengetahuan perawat 100% cukup baik.

3	<p>Pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember (Bayu Anggara, et.al. 2019).</p>	<p>Skripsi : Program studi ilmu keperawatan universitas jember 2019.</p> <p>Indeks : Google Scholar, DOAJ</p>	<p>Metode: Observasional deskriptif dengan rancangan cross sectional</p>	<p>Tujuan : Untuk mengetahui gambaran pengetahuan penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember</p> <p>Sampel : 54 orang</p>	<p>Hasil penelitian dilakukan terhadap 54 perawat di ruang IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember, didapatkan tingkat pengetahuan yang baik sebanyak 43 (79,6%) dan sisanya sebanyak 11 (28,6%) memiliki pengetahuan yang cukup, tidak terdapat perawat dengan pengetahuan kurang.</p>
4	<p>Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD RSUD Dr. Soetomo terhadap triase (Fariza, et.al. 2019).</p>	<p>Skripsi : Fakultas kedokteran universitas airangga Surabaya 2019</p> <p>Indeks : Google Scholar, DOAJ</p>	<p>Metode : metode bersifat deskriptif kualitatif menggunakan instrumen kuesioner.</p>	<p>Tujuan : Gambaran tingkat pengetahuan perawat di IGD terhadap triase</p> <p>Sampel : 32 orang</p>	<p>Hasil dari penelitian ini didapatkan dari total 32 perawat IGD RSUD dr Soetomo tahun 2019 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Subjek penelitian mayoritas berjenis kelamin perempuan (52%). Perawat IGD RSUD dr Soetomo mayoritas berusia 26-35 tahun(</p>

					46%) dan didominasi oleh lulusan D3 (61%). Mayoritas perawat telah bekerja >15 tahun (46%) di IGD RSUD dr Soetomo. Pelatihan terbanyak yang diikuti oleh subjek penelitian adalah pelatihan PPGD (33%). Hasil penilaian pengetahuan perawat IGD RSUD dr Soetomo terhadap triase mayoritas masuk kedalam kategori cukup (61%).
5	Pengetahuan perawat tentang penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Andi Sastria, et. al 2019).	JURNAL ILMIAH KESEHATAN VOLUME 6 NOMOR 1 BULAN JULI TAHUN 2107 Indeks : Google Scholar, DOAJ	Metode: Observasional deskriptif dengan rancangan cross sectional	Tujuan : Untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang penilaian triase Sampel : 26 orang	Hasil : menunjukkan bahwa seluruh perawat yang berjumlah 26 orang semuanya dikatakan baik. Karena nilai jawaban benar responden >30 responden.

Tabel 1 Menjelaskan bahwa terdapat sepuluh artikel tentang Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang *Penilaian Triase* yang terbit pada jurnal nasional mulai dari tahun 2013 hingga tahun 2019 dengan rincian sbb; lima Skripsi

Sarjana, dan lima artikel penelitian desain potong lintang (*cross sectional*) bersifat deskriptif analitik kuantitatif. Analisa data analisa sederhana (*deskriptif*). Sepuluh artikel diterbitkan pada jurnal terindeks seperti Google Scholar, dan DOAJ. Nama-nama jurnal yaitu : E-Jurnal Medika, Indonesian journal for health sciences, Jurnal e-Clinic (eCI), dan Kieraha medical jurnal.

Table 2. Penilaian Kesesuaian antara Tujuan dan Hasil

Judul	Tujuan	Hasil	Penilaian kesesuaian
Gambaran Pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (Vicky Setiarini, et.al. 2018)	Tujuan : Untuk mengidentifikasi pengetahuan perawat di ruang gawat darurat tentang triage	Hasil menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden tentang pengetahuan perawat tentang triage sebagian besar berpengetahuan baik yaitu berjumlah 16 orang (51,6%) dan pengetahuan perawat yang kurang baik berjumlah 15 orang (48,4%).	Penulis telah menjawab tujuan penelitiannya dengan menjelaskan bahwa pengetahuan perawat dalam penilaian triage adalah sangat cukup baik dalam melakukan triage.
Pengetahuan perawat dalam penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Fadli,et.al)	Tujuan : Untuk melihat gambaran pengetahuan perawat dalam penilaian triase	Hasil menunjukkan seluruh perawat di IGD berpengetahuan perawat 100% cukup baik	Penulis telah menjawab pengetahuan perawat dalam penilaian triase dikatakan pengetahuannya cukup baik.
Pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember (Bayu Anggara, et.al. 2019).	Tujuan : Untuk mengetahui gambaran pengetahuan penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember	Hasil penelitian dilakukan terhadap 54 perawat di ruang IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember, didapatkan tingkat pengetahuan yang baik sebanyak 43 (79,6%) dan	Penulis telah menjawab tujuan penelitiannya dengan menjelaskan bahwa pengetahuan perawat tentang penilaian triage di igd Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember adalah pengetahuan perawatnya dapat dikatakan cukup baik dan tidak ada terdapat perawat

		sisanya sebanyak 11 (28,6%) memiliki pengetahuan yang cukup, tidak terdapat perawat dengan pengetahuan kurang.	dengan pengetahuannya kurang.
Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD RSUD Dr. Soetomo terhadap triase. (Fariza, et.al. 2019).	Tujuan : Gambaran tingkat pengetahuan perawat di IGD terhadap triase	Hasil dari penelitian ini didapatkan dari total 32 perawat IGD RSUD dr Soetomo tahun 2019 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Subjek penelitian mayoritas berjenis kelamin perempuan (52%). Perawat IGD RSUD dr Soetomo mayoritas berusia 26-35 tahun (46%) dan didominasi oleh lulusan D3 (61%). Mayoritas perawat telah bekerja >15 tahun (46%) di IGD RSUD dr Soetomo. Pelatihan terbanyak yang diikuti oleh subjek penelitian adalah pelatihan PPGD (33%). Hasil penilaian pengetahuan perawat IGD RSUD dr Soetomo terhadap triase mayoritas masuk kedalam kategori cukup (61%).	Penulis telah menjawab tujuan penelitiannya dengan menjelaskan bahwa gambaran tingkat pengetahuan perawat terhadap triase bahwa perawat yang berusia 26-35 tahun sebanyak 46% lulusan D3. Dan perawat bekerja di IGD paling lama >15 tahun.
Pengetahuan perawat tentang	Tujuan : Untuk mengetahui	Hasil menunjukkan	Penulis telah menjawab bahwa

penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Andi Sastria,et.al 2019	pengetahuan perawat tentang penilaian triase	bahwa seluruh perawat yang berjumlah 26 orang semuanya dikatakan baik. Karena nilai jawaban benar responden >30 responden	pengetahuan perawat tentang penilaian triase perawat berjumlah 26 orang, tetapi di hasil tidak dicantumkan umur, lama bekerja, dan pendidikan perawat.
---	--	---	--

Table 2 Mengambarkan tentang penilaian kesesuaian (*consistency*) antara tujuan (*Objective*) dengan hasil (*Results*). Pada umumnya tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan perawat total dan karakteristik pada pengetahuan perawat tentang triage. Dari sepuluh artikel, Sembilan puluh persen (90%) artikel telah menyajikan hasilnya sesuai tujuan. Hasil penelitian umumnya melaporkan prevalensi perawat total dan *pengetahuan perawat tentang penilaian triage* diikuti dengan karakteristik yang terjadi pada *pengetahuan perawat pada penilaian triage*.

Table 3. Persamaan dan Perbandingan Penelitian

Persamaan (<i>Comparing</i>)	Perbedaan (<i>Contrasting</i>)
<p>Terdapat empat penelitian yang memiliki persamaan dalam hal tujuan pada pengetahuan perawat tentang penilaian triase dan metodologi yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran Pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. 2. Pengetahuan perawat dalam penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng. 3. Pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember. 4. Pengetahuan perawat tentang penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang 	<p>Terdapat satu penelitian dengan perbedaan kontras yang memiliki sample penelitian sebanyak 32 dengan metode bersifat deskriptif kualitatif menggunakan instrumen kuesioner yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD RSUD Dr. Soetomo terhadap triase

Table 4. Kelebihan atau Kekurangan

Judul	Kelebihan
Gambaran Pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. (Vicky Setiarini, et.al. 2018)	Penelitian ini sangat baik karena kita bisa mengetahui apa saja yang menjadi gambaran pengetahuan perawat tentang triage memiliki pengetahuan yang baik.
Pengetahuan perawat dalam penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Fadli,et.al 2019).	Penelitian ini mengatakan baik karena pengetahuan perawat tentang penilaian triase cukup baik.
Pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember (Bayu Anggara, et.al. 2019).	Penelitian ini mengatakan bahwa pengetahuan perawat tentang penilaian triase dikategorikan cukup baik.
Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD RSUD Dr. Soetomo terhadap triase (Fariza, et.al. 2019).	Gambaran pengetahuan perawat terhadap triase mengatakan bahwa pengetahuana perawatnya termasuk cukup.
Pengetahuan perawat tentang penilaian triase RSUD Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang (Andi Sastria,et.al 2019).	Penelitian ini mengatakan baik karena pengetahuan perawat tentang penilaian triase cukup baik

B. PEMBAHASAN

Dari kelima artikel tentang pengetahuan perawat tentang penilaian triase terhadap pasien gagal jantung, menyimpulkan bahwa di Indonesia pengetahuan perawat tentang penilaian triase masih saja kurang mengetahui penilaian triase. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden yang berusia 21-34 tahun yakni 19 responden (61,3%) hal ini mempengaruhi hasil dari tingkat pengetahuan responden dan dibuktikan pada tabel tabulasi silang bahwa ada 10 responden (32.3%) dari usia dewasa awal yang memiliki pengetahuan baik. Notoatmodjo (2010) menyebutkan usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa awal petugas kesehatan yang sudah memahami tentang triage karena usia dewasa adalah waktu pada saat seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya (King, 2010). Hasil menunjukkan seluruh perawat di IGD berpengatahuan perawat 100% cukup baik. Ditemukan bahwa perawat IGD dominan lebih banyak daripada perempuan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari lima artikel tentang pengetahuan perawat tentang penilaian triase terhadap pasien gagal jantung menyimpulkan bahwa di Indonesia pengetahuan perawat masih saja kurang terhadap penilaian triase dengan berbagai karakteristiknya. Terbukti dari hasil literature review :

1. Hasil penelitian yang didapat bahwa perawat IGD RSUD Arifin Achamd sebagian besar memiliki pengetahuan baik tentang triage sebanyak 16 responden (51,6%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat 15 responden (48,4%) yang harus meningkatkan lagi pengetahuan tentang triage.
2. Hasil menunjukkan seluruh perawat di IGD berpengetahuan perawat 100% cukup baik.
3. Perawat di ruang IGD Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember sebagian besar memiliki pengetahuan baik 43 perawat dan sedan 11 perawat.
4. Berdasarkan kelompok usia, didapatkan perawat IGD RSUD dr Soetomo didominasi oleh perawat dengan kelompok usia 26- 35 tahun (46%). Berdasarkan tingkat pendidikan terakhir, didapatkan perawat IGD RSUD dr Soetomo didominasi oleh perawat lulusan D3 (61%). Berdasarkan distribusi data lama kerja di RSUD dr Soetomo, didapatkan perawat IGD RSUD dr Soetomo didominasi oleh perawat dengan lama kerja lebih dari 15 tahun (46%). Berdasarkan distribusi pelatihan yang didapat, didapatkan perawat IGD RSUD dr Soetomo paling banyak mendapatkan pelatihan BLS (35%).

B. SARAN

Petugas kesehatan yang tidak patuh dan tidak baik untuk mendapatkan pembinaan dan secara umum seluruh petugas mendapatkan sosialisasi triase secara berkala. Selain itu, hendaknya dapat melaksanakan semua prosedur tetap dalam melaksanakan penerapan triase terhadap pasien di IGD agar dalam penanganan pasien lebih tepat dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiyani,V.M., Andri, M. T., & Eko, R. (2015). *Analisis peran perawat triage terhadap waiting time dan length of stay pada ruangan triage di instansi gawat darurat rumah sakit dr Saiful Anwar Malang.*
- Akhmad, Zulmah dkk. (2016). *Gambaran pengetahuan dan penerapan triage oleh perawat di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum dr. Soedirman Kebumen. Jurnal, Magister Keperawatan, Universitas Brawijaya, 2016.*
- Andi Sastria,et.al.2019 *Pengetahuan perawat tentang penilaian triage*
- Bayu Anggara,et.al, 2019 *pengetahuan perawat tentang penilaian triage di IGD.*
- Dewi Kartiwati,2011, *Prinsip triage*
- Fadli,et.al. 2017, *pengetahuan dan pengalaman perawat dalam penilaian triage di IGD.*
- Fariza,et.al. 2019 *Gambaran tingkat pengetahuan perawat IGD terhadap triase.*
- Gurning, Y ., Karim,D.,&Misrawati. (2014). *Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas.*
- Ida Mardalena, 2016 *Metode Triage.*
- Ikhsan, K. 2014, *Pemahaman perawat dalam penerapan triage di igd rs sakinah mojkerto 2014.*
- Miranda Zuarna. (2012) *Gambaran pengetahuan perawat dalam melaksanakan Triase di IGD Rumah Sakit Pringadi medan, Medan. USU.*
- Misrawati, Karim D, Gurning Y. (2013). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Petugas Kesehatan IGD Terhadap.*
- Pradana,A.P.K.A.,Setyawan&Rahmawati,I.,2016. *Gambaran Pengetahuan Perawat Dalam Melakukan Triase Di Ugd Rsud Kota Surakarta. Stikes Kusuma Husada.*
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif).*

Vicky Setiarini,et.al. 2018, *Gambar pengetahuan perawat gawat darurat tentang triage.*

Lampiran 1. Lembar Konsultasi Bimbingan

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH**

JUDUL KTI : PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENILAIAN TRIASE TERHADAP PASIEN GAGAL JANTUNG DI IGD RDSUD Dr. PIRNGADI MEDAN.

Nama Mahasiswa : Reni Basaria Ompusunggu

Nim : P07520117093

Nama Pembimbing : Lestari, S.Kep, Ns, M.Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	PARAF	
			Mahasiswa	Dosen
1.	11/12/2019	Konsultasi Judul KTI		
2.	12/12/2019	Konsultasi Judul KTI		
3.	16/12/2019	Acc Judul KTI		
4.	14/01/2019	Konsultasi BAB 1		
5.	02/02/2020	Revisi BAB 1		
6.	22/03/2020	Konsultasi BAB 1, BAB II, dan BAB III		

7.	10/04/2020	Konsultasi BAB 1, BAB II, dan BAB III		
8.	14/05/2020	Konsultasi BAB 1, BAB II, BAB III, dan Kuesioner		
9.	21/05/2020	ACC Proposal		
10.	22/05/2020	Revisi Proposal		
11.	25/06/2020	ACC Revisi Proposal		
12.	25/06/20	Konsultasi Literatur		
13.	26/06/20	Revisi Literatur		
14.	26/06/20	Acc Literature		
15.	26/06/20	Konsul PPT		
16.	27/06/2020	Revisi Literature		
17.	14/07/2020	Konsultasi Literature		