

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN
PENANGANAN PASIEN DI RUANG IGD
RS PREMIER SURABAYA**



Oleh :

BAYU SETIAWAN
NIM. 2111031

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
2023**

SKRIPSI

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI RUANG IGD RS PREMIER SURABAYA

Diajukan Kepada STIKES Hang Tuah Surabaya Untuk Memenuhi
Persyaratan mencapai Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.Ns)



Oleh :

BAYU SETIAWAN
NIM. 2111031

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
2023**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bayu Setiawan
NIM : 2111031
Tanggal lahir : 01 Juli 1991
Program studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan Pasien Di Ruang IGD RS Premier Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 22 Februari 2023

Bayu Setiawan
NIM : 2111031

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Bayu Setiawan

NIM : 2111031

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan
Pasien Di Ruang IGD RS Premier Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing

Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP : 03.001

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 22 februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Bayu Setiawan
NIM : 2111031
Program Studi : S-1 Keperawatan
Judul : Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan
Pasien Di Ruang IGD RS Premier Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya,
dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
“SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah
Surabaya.

Penguji Ketua : Dr.Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes (.....)
NIP. 03.003

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)
NIP.03010

Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)
NIP. 03.001

Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.03010

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 22 Februari 2023

ABSTRAK

Triage adalah pengelompokan pasien berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan. Perawat *triage* merupakan orang pertama yang melaksanakan pelaksanaan *triage*. Berbagai faktor yang diduga mempengaruhi perawat saat melaksanakan *triage* adalah faktor usia, Pendidikan, lama bekerja dan jam kerja. Selain itu tindakan pengobatan tanpa dilakukan *triage* juga dapat mengakibatkan penundaan tindakan pada pasien kritis, sehingga berpotensi terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD.

Desain penelitian analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi berjumlah 20 perawat IGD. Teknik sampel menggunakan *Simple Random Sampling* sebanyak 19 responden. Instrumen menggunakan lembar observasi dan kuesioner. Uji *spearman rho* untuk mengetahui hubungan antar variabel dan uji bivariat untuk mengetahui faktor paling dominan yang mempengaruhi ketepatan penanganan pasien di IGD.

Hasil uji *bivariat* menunjukkan adanya faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD ($\alpha=0,05$). Usia menunjukkan $p = 0.141$, Pendidikan menunjukkan nilai $p = 0.658$, Lama kerja menunjukkan nilai $p = 0.005$, Jam kerja menunjukkan nilai $p = 0.434$. faktor yang berhubungan adalah lama kerja perawat.

Peneliti menyarankan agar perawat tetap mempertahankan kualitas pelaksanaan *triage* sesuai dengan SOP pelaksanaan *triage*, karena pelaksanaan *triage* yang berkualitas dapat mencegah kecacatan bahkan kematian pada pasien.

Kata Kunci : *Triage*, Usia, Pendidikan, Shift, Lama Kerja, Response Time, IGD, Ketepatan Penanganan Pasien.

ABSTRACT

Triage is a grouping of patients based on the priority of the severity of the injury. The triage nurse is the first person to carry out the triage. Various factors that are thought to influence nurses when carrying out triage are age, education, length of work and hours of work. In addition, treatment without triage can also result in delays in treatment of critical patients, so that there is a potential for adverse events (Unexpected Events). The purpose of this study was to determine the factors associated with the appropriate handling of patients in the emergency department.

Correlation analytic research design with a cross sectional approach. The population is 20 emergency room nurses. The sample technique used Simple Random Sampling as many as 19 respondents. The instrument uses observation sheets and questionnaires. Spearman rho test to determine the relationship between variables and bivariate test to determine the most dominant factor affecting the accuracy of patient handling in the emergency department.

The results of the bivariate test showed that there were factors related to the accuracy of handling patients in the emergency department ($\alpha = 0.05$). Age shows $p = 0.141$, Education shows p value = 0.658, Length of work shows p value = 0.005, Working hours shows p value = 0.434. The related factor is the nurse's length of service.

Researchers suggest that nurses maintain the quality of triage implementation in accordance with the SOP for triage implementation, because quality triage implementation can prevent disability and even death in patients.

Keywords: Triage, Age, Education, Shift, Length of Work, Response Time, Emergency Room, Accuracy in Patient Handling.

KATA PENGANTAR

Atas berkat rohmat Alloh Yang Maha Kuasa, atas limpahan karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat penyusunan penelitian untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat, dan penghargaan kepada:

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
2. Dr. Hartono Tanto, M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk mengikuti Program Pendidikan Sarjana Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3, STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S-1 Keperawatan.

4. Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Kepala Program Studi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Keperawatan.
5. Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes, sebagai Penguji ketua terima kasih atas segala arahnya dalam pembuatan skripsi ini.
6. Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep , selaku Penguji II terima kasih atas segala arahnya dalam pembuatan skripsi ini.
7. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep , selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan skripsi ini.
8. Nadia Okhtiary, A.md selaku Kepala Perpustakaan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Janny Prihastuti, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Manajer Keperawatan Rumah Sakit Premier Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RS Premier Surabaya.
10. Siti Nurhayati, S.Kep., Ns, selaku Kepala Ruangan IGD yang penuh kesabaran dan perhatian dalam memberikan saran dan masukan dalam penelitian ini.
11. Responden yang telah berkenan meluangkan waktu untuk membatu penelitian.
12. Angkatan B14 STIKES Hang Tuah Surabaya, Sejawat di IGD RS Premier Surabaya dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 22 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Waktu Tanggap (<i>Response Time</i>)	7
2.1.1 Pengertian Waktu Tanggap.....	7
2.1.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi <i>Response Time</i>	8
2.1.3 Penerapan <i>Response Time</i> Berdasarkan Kegawatan.....	9
2.1.4 Prosedur Pengukuran Standart <i>Response Time</i>	10
2.2 Penentuan Prioritas Penanganan (<i>Triage</i>)	11
2.2.1 Pengertian <i>Triage</i>	11
2.2.2 Tujuan <i>Triage</i>	13
2.2.3 Prinsip – Prinsip <i>Triage</i>	13
2.2.4 Sistem <i>Triage</i>	14
2.2.5 Proses <i>Triage</i>	17
2.2.6 Klasifikasi <i>Triage</i>	19
2.3 Konsep Instalasi Gawat Darurat.....	26
2.3.1 Pengertian.....	26
2.3.2 Klasifikasi Unit Gawat Darurat.....	28
2.3.3 Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat.....	30
2.4 Wawancara <i>Triage</i>	33
2.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi <i>Triage</i>	34
2.6 Teori Keperawatan.....	39
2.7 Hubungan Antar Konsep.....	42
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	44
3.1 Kerangka Konsep.....	44
3.2 Hipotesis.....	44

BAB 4 METODE PENELITIAN.....	45
4.1 Desain Penelitian.....	45
4.2 Kerangka Kerja.....	46
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	47
4.5 Identifikasi Variabel.....	49
4.6 Definisi Operasional.....	50
4.7 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisa Data.....	50
4.8 Etika Penelitian.....	54
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
5.1 Hasil Penelitian.....	56
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	56
5.1.2 Data Demografi Perawat.....	59
5.1.3 Variabel Penelitian.....	60
5.3 Pembahasan faktor (Usia, Pendidikan, Jam Kerja Dan Lama Kerja) Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan Pasien Di Igd RS Premier Surabaya.....	63
5.4 Keterbatasan.....	74
BAB 6 PENUTUP.....	75
6.1 Simpulan.....	75
6.2 Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Pengkajian Antar Ruangan.....	18
Tabel 2.	Pengkajian Anak <i>Emergency Nursing Pediatric Course</i> anak.....	18
Tabel 3.	Aplikasi Triase menurut <i>Australian Triage Scale</i>	21
Tabel 4.6	Perumusan definisi operasional.....	50
Tabel 5.1	Data Demografi Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin.....	59
Tabel 5.2	Data Demografi Perawat Berdasarkan Pelatihan 2 Tahun Terakhir..	60
Tabel 5.3	Data Demografi Perawat Berdasarkan Status Kepegawaian.....	60
Tabel 5.4	Faktor Usia.....	61
Tabel 5.5	Faktor Usia.....	61
Tabel 5.6	Faktor Pendidikan	60
Tabel 5.7	Faktor Jam Kerja	61
Tabel 5.8	Faktor Lama Kerja	62
Tabel 5.9	Ketepatan Penanganan	62
Tabel 6.0	Mengidentifikasi Faktor Usia,Pendidikan,jam Kerja dan lama Kerja Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan Pasien di IGD RS Premier Surabaya	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.3.3	Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat RS Premier Surabaya (SOP RS Premier Surabaya Modified.....	32
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.....	42
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Penelitian Kerangka Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum vitae</i>	79
Lampiran 2	Motto dan Persembahan	80
Lampiran 3	Surat Perizinan dari Institusi	81
Lampiran 4	Lembar <i>Informed Consent</i>	85
Lampiran 5	Lembar Observasi	86
Lampiran 6	Lembar SOP IGD RS Premier Surabaya	88
Lampiran 7	Tabel Frekuensi Data Responden	92

DAFTAR SINGKATAN

ACLS	: <i>Advanced Cardiac Life Support</i>
APS	: Atas Permintaan Sendiri
ASCP	: <i>American Society for Clinical Pathology</i>
ATS	: <i>Australasian Triage Scale</i>
ATLS	: <i>Advanced Trauma Life Support</i>
BTLS	: <i>Basic Trauma Life Support</i>
CT	: <i>Computerized Tomography</i>
CAU	: <i>Coronary Angiography Unit</i>
CSSD	: <i>Central Sterile Supply Department</i>
DEPKES	: Departemen Kesehatan
Dst	: Dan seterusnya
F	: Frekuensi
F & B	: <i>Food & Beverage</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HCU	: <i>High Care Unit</i>
HRD	: <i>Human Resources Department</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	: <i>Intensive Cardiology Care Unit</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
JCI	: <i>Joint Commission International</i>
JNC	: <i>Joint National Committee</i>
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
MENKES	: Menteri Kesehatan
MR	: <i>Medical Record</i>
NICU	: <i>Neonatus Intensive Care Unit</i>
OPD	: <i>Out Patient Department</i>
OT	: <i>Ophering Theater</i>
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PPGD	: Pertolongan Pertama pada Gawat Darurat
RS	: Rumah Sakit
SOD	: <i>Supervisor on Duty</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
Std	: Standar
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
&	: Dan
<	: Kurang dari
≤	: Kurang dari atau sama dengan
>	: Lebih dari
≥	: Lebih dari atau sama dengan
±	: Kurang lebih
%	: Persen
=	: Sama dengan

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan mengalami perkembangan dalam upaya menghadapi era globalisasi yang menuntut persaingan yang cukup tinggi di antara rumah sakit baik rumah sakit swasta maupun pemerintah. Pada kondisi persaingan yang tinggi, pelanggan memiliki informasi yang memadai dan mampu untuk memilih diantara beberapa alternatif pelayanan yang ada. Oleh karena itu untuk memenangkan persaingan dalam mendapatkan pelanggan, rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang dapat memberikan kepuasan pada pasien dan keluarga (Basuki, 2015).

Instalasi gawat darurat merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan utama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat. Keadaan gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat untuk menyelamatkan nyawa dan kecatatan lebih lanjut (Depkes RI, 2012). Ketepatan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat harus didukung dengan pelaksanaan *triage* yang benar (Susanti, 2018). *Triage* merupakan suatu kegiatan memilih dan memilah pasien yang akan masuk ke IGD, dari proses memilih dan memilah pasien yang masuk ke IGD akan dikategorikan kedalam pasien *true emergency* dan *false emergency* (Conrad, 2012 dalam Susanti, 2018). Diperlukan kesiapan dan peran tenaga kesehatan termasuk perawat IGD dalam penerapan konsep *triage* untuk menangani kondisi kegawatdaruratan. Pada kegiatan *triage*, perawat bertanggungjawab penuh dalam pengambilan keputusan segera (*decision making*), melakukan pengkajian

resiko, pengkajian sosial, diagnosis, dan menentukan prioritas serta merencanakan tindakan berdasarkan tingkat *urgency* pasien (Susanti, 2018). Filosofi penanganan pasien gawat darurat adalah *Time Saving it's Live Saving*. Artinya adalah seluruh tindakan yang dilakukan di ruang gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien, karena pasien akan kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Surtiningsih dkk. 2016).

Menurut Hartati & Halimuddin (2017), indikator keberhasilan dalam penanganan medik pasien gawat darurat adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan kepada pasien gawat darurat. *Response time* merupakan kecepatan dalam memberikan penanganan kepada pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan oleh tenaga kesehatan (Suhartati dkk. 2011 dalam Tumbuan dkk 2015). Tindak lanjut mengenai pasien gawat darurat yang dilakukan oleh pihak rumah sakit karena alasan administrasi dan pembiayaan. Pasien gawat darurat sering kali harus menunggu proses administrasi selesai baru mendapatkan pelayanan (martino, 2013).

Hasil penelitian federasi Afrika dari 21 rumah sakit di 7 negara berkembang pada tahun 2014 menemukan bahwa *triage* yang buruk pada pasien yang datang dan penyediaan perawatan darurat yang tidak memadai membahayakan kehidupan pasien yang datang, menemukan bukti 131 anak di rawat di RS yang tidak pantas atau tertunda pada 8% kasus, penilaian klinis buruk pada 41% kasus dan berpotensi keterlambatan berbahaya dalam perawatan 19% kasus (Aloyce, dkk, 2014). Beberapa Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Indonesia menunjukkan bahwa kemampuan perawat mengenai *triage* masih kurang. Salah satu hasil penelitian pelaksanaan *triage* oleh

Evie, dkk (2016) di RS tipe C Malang (RSU Karsa Husada Batu, RSI Unisma Malang dan RSUD Lawang) menunjukkan bahwa pelaksanaan *triage* yang terlaksana sebanyak 22,9%, sedangkan sebagian besar tidak terlaksana adalah 77,1%. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nonutu, dkk (2015) di RSUP Prof. Dr. R.D. Kanodou Manado tentang pelaksanaan *triage* menunjukkan pelaksanaan *triage* yang 3 tepat sebanyak 61,0% dan tidak tepat sebanyak 39,0%. Dari beberapa penelitian tentang pelaksanaan *triage* membuktikan masih terdapat masalah pada pelaksanaan *triage*.

Penelitian yang dilakukan di California, Amerika Serikat oleh Benjamin, Rence Robert et all (2013) menyatakan dari 995.379 pasien di IGD beresiko 5% mengalami kematian (CI 95%) pada saat IGD ramai. Dari penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa respon time mengalami penurunan pada saat IGD ramai. Berdasarkan data yang diambil pada bulan januari – juli 2022 di IGD rumah sakit Premier Surabaya waktu tanggap atau respon time mencapai rata-rata yaitu 1.7 menit sedangkan target yang di tentukan yaitu 2 menit, dapat di simpulkan bahwa respon time di rumah sakit Premier Surabaya dalam kategori baik. (Laporan Tahunan RS Premier Surabaya, 2022).

Rumah Sakit Premier Surabaya adalah institusi Kesehatan yang mulai beroperasi pada tanggal 16 maret 1998 dengan Komitmen untuk selalu mengedepankan keselamatan pasien, kepuasan pelanggan serta perbaikan yang berkesinambungan ditunjukkan dengan keberhasilan RS Premier Surabaya meraih 4x Akreditasi Internasional dari JCI (Joint Commision International) yang merupakan badan Akreditasi Internasional dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Indonesia dengan predikat tertinggi yakni Paripurna.

Di era modern ini, kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas dan efisien sangatlah tinggi, terutama dalam bidang pelayanan kesehatan. Persaingan yang terjadi diantara rumah sakit menjadikan kepuasan pasien dan keluarga menjadi prioritas utama, dimana kepuasan pasien akan terpenuhi bila pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan apa yang konsumen harapkan (Utama dkk. 2013). Peneliti memilih Rumah Sakit Premier Surabaya sebagai tempat penelitian dikarenakan rumah sakit ini merupakan rumah sakit yang mengedepankan kualitas mutu pelayanan terbaik bagi pasien. Sebagai mana dalam visi rumah sakit yaitu “*People Caring for People*”.

Belum ada penelitian spesifik yang menjelaskan tentang jumlah kunjungan di instalasi Gawat Darurat dan penelitian tentang *response time triage* di Rumah Sakit Premier, untuk itu peneliti akan melakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab yang sangat besar di rumah sakit, salah satu tugas atau peran perawat IGD adalah melakukan *trriage* pasien yang akan masuk di IGD selain itu kecepatan waktu tanggap dalam memberikan bantuan kepada penderita kegawatdaruratan, “Bagaimana Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh faktor usia perawat dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
2. Mengidentifikasi pengaruh faktor Pendidikan perawat dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
3. Mengidentifikasi pengaruh faktor jam kerja perawat dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
4. Mengidentifikasi pengaruh faktor lama kerja perawat dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk perawat dalam pelaksanaan pelayanan gawat darurat secara cepat, tepat, efisien dan sesuai kompetensi perawat sehingga angka kecacatan, kematian, dan komplikasi dapat menurun.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi perawat

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan ruang untuk melakukan peningkatan pelayanan ruangan IGD sehingga pelayanan di IGD lebih cepat, tepat, dan efisien demi tercapai mutu pelayanan di IGD.

2. Bagi Lahan Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit untuk membuat kebijakan terkait dengan standar operasional prosedur berhubungan dengan lama waktu tanggap yang harus diberikan oleh perawat atau petugas lainnya.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sangat berguna untuk menambah informasi baru bagi ilmu pengetahuan guna menambah pengetahuan dan wawasan tentang Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya. Peneliti selanjutnya diharapkan bisa melakukan penelitian tentang efektifitas penanganan pasien di IGD.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Response Time; 2) Konsep prioritas penanganan kegawatdaruratan (*triage*); 3) Konsep IGD; 4) Model Konsep Teori Keperawatan; 5) Hubungan Antar Konsep.

2.1 Waktu Tanggap (*Response Time*)

2.1.1 Pengertian

Response Time atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke IGD sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami. Kematian pada pasien gawat darurat merupakan suatu hal yang bisa saja di cegah apabila dalam penanganan pasien dilakukan dengan cepat dan efisien, waktu respon petugas kesehatan setidaknya <15 menit (Salvatierra dkk, 2016).

Semua pasien yang datang ke IGD dan mengalami kondisi gawat darurat dengan label *non urgensi* harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan profesional dalam waktu 5 menit dari kedatangannya (Rochana dkk, 2016). Pasien yang tidak mendapatkan pertolongan kegawatdaruratan dengan segera, akan berakibat fatal, sebab bisa berpeluang terjadi kematian, kecacatan atau pun kerusakan organ-organ yang di sebabkan oleh cedera yang dialaminya. Terjadinya kasus pasien meninggal saat dalam kondisi kegawatdaruratan disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan primer (Mohammadi dkk. 2015).

2.1.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Waktu Tanggap (*Response Time*)

Penelitian yang dilakukan oleh Mahrur dkk. (2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap (*response time*) perawat dalam pelayanan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut adalah keterampilan perawat, dan beban kerja perawat. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Setyawan dkk. (2015) menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi *response time* antara lain yaitu usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hartati dan Halimuddin (2017) menunjukkan bahwa pengetahuan dan lama kerja juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*. Penelitian yang dilakukan oleh Said (2018) menunjukkan bahwa beban kerja, latar belakang pendidikan, lama kerja perawat dan usia juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*.

Menurut Karokaro, Tati Murni, dkk (2020) ada beberapa faktor yang mempengaruhi *response time* perawat di ruangan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, masa kerja, beban kerja, dan sarana prasarana rumah sakit tersebut. Menurut Hakim Abdul, Julia Rottie, dan Michael Y. karundeng (2016) faktor faktor yang mempengaruhi *response time* perawat antara lain pendidikan, pengetahuan, lama kerja, dan pelatihan dengan *response time* perawat.

Menurut Yoon et al (2013) mengemukakan bahwa faktor yang memengaruhi keterlambatan penanganan kasus gawat darurat diukur dengan *respon time* pelayanan pasien yaitu karena faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari usia, pendidikan, lama kerja dan keterampilan tenaga medis dan faktor eksternal pengawasan dan beban kerja (overload) lama kerja, beban kerja dan pengawasan dan pendampingan.

Wade, dkk (2012) menjelaskan bahwa faktor – faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di IGD adalah :

1. Ketersediaan stretcher
2. Ketersediaan petugas
3. Pola penempatan staf
4. Tingkat karakteristik pasien
5. Faktor pengetahuan, keterampilan dan pengalaman petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tercapainya indikator standar waktu tanggap (*response time*) dalam memberikan pelayanan kepada pasien di IGD dipengaruhi oleh beberapa faktor.

2.1.3 Penerapan Waktu Tanggap (*response time*) Berdasarkan Kegawatan

Menurut Ratri (2016), ketanggapan (*responsiveness*) pelayanan keperawatan merupakan salah satu pengertian sebagai kecepatan perawat dalam melaksanakan prosedur asuhan sehingga berdampak pada kecepatan perawat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Tindakan pelayanan keperawatan yang cepat dan tanggap sangat diperlukan untuk kualitas kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Dalam pencapaian kepuasan pasien yang maksimal pelaksanaan pelayanan keperawatan harus sesuai kode etik yang ada pada masing-masing rumah sakit dan perlunya peningkatan kualitas pelayanan didalamnya.

Response time perawat adalah kecepatan atau waktu tanggap pelayanan yang cepat (responsif), dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan

pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalansi gawat darurat yang waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai (Karika,2013).

Response time sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan prioritas 1, *response time* yang cepat dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan yang dirasakan oleh keluarga pasien ditunjang juga dengan sikap peduli atau *emphaty* dan kemarahan juga komunikasi yang baik antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan khususnya perawat (Kartika, 2013).

2.1.4 Prosedur Pengukuran Standart Waktu Tanggap (*Response Time*)

Pengukuran untuk tercapainya sebuah standart pelayanan dapat di evaluasi dari waktu ke waktu dan dapat dipakai sebagai tolak ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif terhadap perubahan dari standar atau target yang telah di tetapkan sebelumnya dengan selalu memperhatikan hubungan Kerjasama para pelaksanaan pelayanan dari dokter, tenaga Kesehatan dan tenaga lain yang bekerja di rumah sakit. Kecepatan pelayanan dokter di instalasi gawat darurat merupaka sebuah indicator standar pelayanan rumah sakit pengukuran sebuah *response time* yaitu jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak kedatangan semua pasien yang di layani oleh dokter dengan standar < 5 menit terlayani setelah pasien datang, terselenggaranya pelayanan yang cepat, *responsive* dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat dan untuk memenuhi mutu dengan memperhatikan keselamatan pasien dan keefektifitasan sebuah pelayanan rumah sakit. (MES-RMO-00-026 Rs Premier Surabaya,14 JUNI 2022).

2.2 Penentuan Prioritas Penanganan (*Triage*)

2.2.1 Pengertian.

Triage berasal dari bahasa Prancis yaitu “ *Trier* ” yang berarti membagi ke dalam tiga kelompok (*Department of Emergency Medicine Singapore General Hospital* (DEM SGH), dalam Kartikawati 2012). Sistem ini dikembangkan di medan pertempuran dan digunakan bila terjadi bencana. Klasifikasi ini digunakan oleh militer perang untuk mengidentifikasi dan melakukan penanganan pada tawanan korban perang yang mengalami luka ringan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan penanganan dapat kembali ke medan perang.

Triage juga diterapkan dalam lingkup bencana atau musibah misal dengan tujuan dapat menyelamatkan korban sebanyak mungkin dengan menggunakan teknik *Simple Triage and Rapid Treatment* (START). *Triage* mulai digunakan di unit gawat darurat pada akhir tahun 1950 dan awal tahun 1960. Penggunaan *triage* di unit gawat darurat disebabkan oleh peningkatan jumlah kunjungan ke unit gawat darurat yang dapat mengarah pada lamanya waktu tunggu penderita dan keterlambatan di dalam penanganan kasus-kasus kegawatan (Kartikawati, 2012).

Triase adalah suatu proses khusus dalam memilih pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat yang akan diberikan. Proses triase harus dilakukan oleh petugas pertama yang tiba di tempat kejadian dan tindakan ini harus dinilai berulang kali (BTCLS, 2019).

Nash, Forero & Nugus (2012) mengategorikan ATS (*Australian Triage Scale*) didasarkan pada lamanya waktu klien menerima tindakan. Skala prioritas pada ATS dibagi menjadi 5, yaitu :

1. Skala ATS 1

harus segera ditangani (prosentase prioritas 100%).

2. ATS 2

maksimal *waiting time* 10 menit (prosentase prioritas 80%).

3. ATS 3

maksimal *waiting time* 30 menit (prosentase prioritas 75%).

4. ATS 4 maksimal *waiting time* 60 menit (prosentase prioritas 70%).

5. ATS 5 maksimal *waiting time* 120 menit (prosentase prioritas 70%).

Waiting time yang melebihi 2 jam menunjukkan terjadinya kegagalan akses dan kualitas pelayanan.

Area *triage* harus dilengkapi dengan peralatan darurat, fasilitas kewaspadaan standar seperti fasilitas cuci tangan, sarung tangan, prosedur keamanan (alarm atau akses bantuan keamanan), perangkat komunikasi yang memadai (telepon dan atau intercom dan lain-lain) dan asilitas untuk merekam informasi dan pendokumentasian di *triage* (*Australasian College for Emergency Medicine*, 2012).

Australian Triage Scale (ATS) mulai berlaku sejak tahun 1994, didesain ruang emergency rumah sakit New Zealand Australia dan terus mengalami perbaikan. Saat ini sudah ada kurikulum resmi dari kementerian kesehatan Australia untuk pelatihan ATS sehingga dapat diterapkan sesuai standar oleh perawat triase. Konsep ATS ini kemudian menjadi dasar berkembangnya sistim triase di Inggris dan Kanada (Robertson, 2016).

Farrohknia (2012) menyatakan bahwa triase merupakan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan

tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua klien yang memerlukan pertolongan dan penetapan prioritas penanganannya. Puspongoro (2012) mengartikan triase merupakan turunan dari bahasa perancis *trier* dan bahasa inggris *triage* yang artinya dalam bahasa Indonesia adalah sortir.

2.2.2 Tujuan Triage

Triage memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses penyelamatan pasien (Mardalena,2016).

Langkah - langkah untuk melakukan proses triase sehingga pasien dapat diidentifikasi kebutuhan darurat, mendesak atau segera dan diperiksa oleh dokter untuk mendapat asuhan (kebijakan yanmed RS Premier Surabaya,2022).

Menurut Kartikawati (2012) tujuan *triage*, yaitu :

1. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam jiwa.
2. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya.
3. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
4. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

2.2.3 Prinsip – Prinsip Triage

Adapun prinsip-prinsip *triage* menurut *Australasian College for Emergency Medicine*.(2013) sebagai berikut:

1. *Triage* seharusnya dilakukan segera dan tepat waktu Kemampuan berespon dengan cepat terhadap kemungkinan penyakit yang mengancam kehidupan atau injuri adalah hal yang terpenting di departemen kegawatdaruratan (Santosa, 2016).

2. Pengkajian seharusnya adekuat dan akurat.
3. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.

Perencanaan yang efektif terhadap keselamatan dan perawatan klien didapatkan dari informasi adekuat dengan data akurat (Dadahzadeh *et al*, 2013).

Hal terpenting bagi perawat ketika melakukan *triage* adalah melakukan *response time*. Penelitian dilakukan oleh nurhasim (2015) menyimpulkan bahwa meskipun banyak perawat yang mengerti tentang prinsip *triage* hanya sedikit perawat yang tahu istilah *response time*. *Response time* merupakan waktu tanggap terhadap pasien. Waktu tanggap yang dilakukan seorang perawat terbatas, hanya 10 menit. *Response time* juga dapat diartikan sebagai kecepatan melayani atau melakukan tindakan cepat kepada pasien gawat darurat. *Response time* menuntut perawat mampu melayani pasien sesuai dengan urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara pasien ataupun dengan peralatan yang akan digunakan. Dengan kata lain, perawat selalu dihadapkan pada ketidakmungkinan dan banyak kondisi yang tidak terduga sebelumnya.

2.2.4 Sistem Triage

Sistem *triage* digunakan untuk pasien yang benar-benar membutuhkan pertolongan pertama, yakni pasien yang apabila tidak mendapatkan triage segera, dapat menimbulkan trauma. Berikut empat system triage yang sering digunakan (mardalena, 2019).

1. Pemeriksaan Di Tempat. (*Spot Check*)

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

2. *Triage* Komprehensif

Sistem *triage* komprehensif adalah standar dasar yang telah didukung oleh *Emergency Nurse Association (ENA)*. Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep ABC ketika menghadapi pasien gawat darurat. Penanganan pertama *triage* bertujuan untuk mencegah berhentinya detak jantung dan saluran pernapasan. Adapun indikasi atau penyebab napas berhenti, bisa disebabkan karena stroke, inhalasi asap, tenggelam, syok listrik, trauma, tercekik, koma, tersambar petir. Keadaan darurat tersebut dapat ditangani dengan memberikan resusitasi jantung paru. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, *triage* komprehensif menekankan pada konsep ABC, A (*airway control*: jalan napas), B (*breathing support*: pernapasan), dan C (*circulation support*: sirkulasi). Sebenarnya ada tiga elemen lain selain ABC, yaitu *disability of neurity* (D), *expose* (E), *fullset of vital sign* (F). Namun demikian, penanganan yang sering digunakan di lapangan adalah penanganan ABC.

3. Penanganan Jalan Nafas (*Airway Control*)

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

4. Bantuan Nafas (*Breathing Support*)

Breathing support atau memberi bantuan napas. Mengetahui pasien masih bernapas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat, merasakan, dan mendengar bunyi napas. Jika dalam kondisi pingsan, pasien diposisikan secara stabil lateral

untuk membebaskan jalan napas. Kemudian, perawat bisa memberi napas buatan dengan cara meniup melalui mulut sebanyak dua kali sembari menutup hidung pasien (posisi kepala *ekstensi*). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa melanjutkan pemberian napas buatan 10 sampai 12 kali per menit tanpa kompresi dada.

5. Bantuan Sirkulasi (*Circulation Support*)

Bantuan sirkulasi ini dapat dilakukan apabila denyut nadi besar teraba. Perawat bisa memberikan napas buatan 10 sampai 12 kali per menit. Bagaimana jika nadi tidak teraba? Tindakan yang harus dilakukan adalah kompresi jantung luar. Jika bantuan sirkulasi diperuntukkan untuk bayi dan anak-anak, berikan kompresi sebanyak 100 kali per menit. Melakukan kompresi di sternum, berada di bawah garis antara kedua puting susu $\frac{1}{3}$ bawah. Tindakan ini dilakukan dengan perbandingan 5:1. Untuk neonatus, perawat bisa melakukan kompresi dengan menggunakan 2 jari. Tindakan dilakukan dengan perbandingan 3:1 atau 5:1 menggunakan kedua jempol atau jari telunjuk dan jari tengah.

6. Pemilahan Dengan Dua Petugas (*Triage Two-tier*)

Triage two-tier merupakan tindakan pertolongan pasien yang melibatkan dua orang petugas, untuk dilakukan pengkajian lebih rinci. Selain *triage two-tier*, ada juga *triage bedside*. Pasien yang datang langsung ditangani oleh perawat tanpa menunggu petugas perawat lainnya.

7. Pemilahan Lanjutan (*Triage Expanded*)

Perawat melakukan pertolongan pertama dengan bidai, kompres, atau rawat luka. Penanganan ini disertai dengan pemeriksaan diagnostik dan pemberian obat, jika *penyakit* atau luka parah, penanganan bisa dilakukan dengan tes laboratorium.

2.2.5 Proses *Triage*

Menurut Kartikawati (2014), ada dua hal penting untuk memahami proses *triage*, yaitu :

1. Proses Meremehkan (*Undertriage*)

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

2. Proses Berlebihan (*Uptriage*)

uptriage merupakan proses *overestimating* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. *Uptriage* dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan *triage*. Misalnya, perawat merasa ragu menentukan pasien masuk di prioritas 3 atau 2. Selain itu, *uptriage* juga dilakukan perawat yang ragu menentukan pasien masuk ke prioritas 1 atau 2. Oleh sebab itu, perawat bisa saja mengganti prioritas yang awalnya ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. *Uptriage* digunakan untuk menghindari penurunan kondisi penderita. Dua hal di atas penting dipahami oleh perawat gawat darurat. Dari dua hal tersebut, perawat mampu memutuskan tindakan untuk pasien dengan cepat. Misalnya, apakah segera di bawa ke ruang perawatan atau menunggu. Apabila pasien stabil, proses *triage* dapat dilanjutkan dengan melakukan pengkajian antar ruang (pandangan sekilas) pada pasien yang datang. Hal yang sering diperhatikan dalam proses *triage* antar ruang adalah menjaga kebersihan. Ketika perawat menangani pasien gawat darurat, perawat harus memperhatikan dan mengontrol pasien melalui pemeriksaan fisik yang disebut

dengan istilah *head to toe*. Berikut table pengkajian antar ruang yang diperuntukkan bagi orang dewasa. Kajian antar ruang untuk meminimalisasi penyebaran virus

cara	Hasil temuan
1. melihat	a. Kepatenan jalan napas b. Status pernapasan, penggunaan oksigen c. Tanda-tanda perdarahan eksternal d. Tingkat kesadaran: interaksi dengan perawat, e. tidak sadar, menangis f. Keluhan nyeri: wajah tamak gerimis, tangan g. tampak menggenggam h. Warna dan keadaan kulit i. Penyakit kronis: kanker, penyakit paru j. kronis, dan lain-lain k. Keadaan tubuh: bengkak l. Perilaku umum takut, sedih, marah, biasa m. Adanya alat bantu medis, balutan, dan lain – lain. n. Pakaian kotor atau bersih
2. Mendengar	a. Suara napas abnormal b. Cara berbicara, bahasa intonasi b. Interaksi dengan orang lain
3. Mencium	a. Bau keton, alcohol, urine, sisa muntahan b. 2) Rokok, infeksi, kondisi kurang higienis, obat - obatan

Tabel 1.(Sumber: Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat, 2014)

Pengkajian antar ruang yang diperhatikan untuk umum (dewasa) berbeda dengan perlakuan untuk pasien anak-anak. Berikut panduan *emergency nursing pediatric course*, perawat gawat darurat, khusus untuk anak-anak.

1. Penampilan	a. Keadaan otot b. Pandangan mata b. Tangisan, ucapan
2. Status pernapasan	a. Gangguan pada hidung b. Retraksi <i>intercostae</i> c. Suara napas abnormal d. Posisi kenyamanan e. Perubahan status pernapasan
3. Sirkulasi kulit	a. Pucat b. Sianosis b. Mottling

Tabel 2 Emergency nursing pediatric course pada anak
(Sumber: Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat, 2014)

2.2.6 Klasifikasi *Triage*

Menurut (Mardalena, 2019) klasifikasi triage berdasarkan tingkat keakutan dibagi kedalam lima tingkatan, sebagai berikut:

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 semi mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya mampu menunggu kurang lebih selama dua jam sebelum pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.

4. Kelas IV

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

5. Kelas V

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

Kartikawati (2014) membagi *triage* menjadi beberapa bentuk, sebagai berikut.

1. *Triage* dua tingkat

Pasien yang masuk kategori *triage* dua tingkat adalah pasien yang sakit dan membutuhkan perawatan darurat. Selain itu, pasien yang termasuk kategori ini juga dalam kondisi nyawa dan organ tubuhnya dalam bahaya. Pasien tidak mampu lagi menunda rasa sakit yang dirasakan.

2. *Triage* tiga tingkat

Triage tiga tingkat adalah aktegorisasi yang menggunakan sistem pemberian warna. *Triage* tiga tingkat paling sering digunakan di Amerika Serikat yang merujuk pada tiga kondisi. Ketiga kondisi tersebut antara lain kondisi gawat darurat, kondisi darurat, dan kondisi biasa. Pasien yang berada dalam kondisi gawat darurat merupakan pasien yang segera memperoleh penanganan segera, pasien tidak mampu menunggu lama, dan nyawa pasien dalam keadaan terancam. Pasien dalam kondisi darurat maka pasien segera memperoleh tindakan. Meskipun demikian, pasien masih mampu bertahan selama beberapa jam. Kategori biasa, pasien dalam kondisi tidak mengalami kritis dan membahayakan.

3. *Triage* empat tingkat

Pada kategori *triage* empat tingkat selain menambahkan tiga status biasa, darurat, dan gawat darurat, perawat bisa menambahkan status *life threatening*.

4. *Triage* lima tingkat

Amerika Serikat menerapkan *triage* lima tingkat di rumah sakit. Amerika Serikat menggunakan *triage* ini karena meyakini bahwa dengan *triage* ini kualitas pelayanan pasien akan bertambah, karena menerapkan skala *triage* terstandar dan proses kategori akuitas. Penggunaan *triage* lima tingkat di Amerika dikarenakan

kesepakatan yang telah dibuat sejak tahun 2003 lalu. Isi kesepakatan tersebut melibatkan *American College of Emergency Physicians (ACEP)* dan ENA.

5. Skala *triage* Australia

Jika di Amerika menggunakan *triage* lima tingkat, maka di Australia memiliki *triage* yang berbeda. *Triage* di Australia dimulai sejak pasien datang pertama kali di UGD. Perawat akan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ketika akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan. Berikut adalah skala *triage* Australia dan skala akuitasnya, yang dipaparkan oleh Kartikawati (2014).

6. Skala *triage* Rs Premier Surabaya

Standar skala *triage* yang di gunakan di RS Premier Surabaya adalah ATS yaitu skala *triage* yang berasal dari Australia. Sesuai dengan kebijakan yang berlaku, (dalam SOP pelayanan medis,2022), berikut adalah table :

Kategori ATS	Respon	Indikator kategori	Indikator klinis
ATS 1	Pengkajian dan intervensi pengobatan harus segera dilakukan	1) Segera 2) mengancam kehidupan Kondisi yang mengancam terhadap kehidupan (atau risiko besar akan kerusakan) dan memerlukan intervensi yang segera	1) Gagal jantung 2) Gangguan pernapasan 3) Sumbatan jalan nafas 4) Frekuensi pernapasan <10/min 5) Distress pernapasan berat 6) Tekanan darah <80 (dewasa) atau syok pada anak/bayi 7) Tidak responsif atau hanya respon nyeri (GCS < 9) 8) Berkelanjutan/kejang berkepanjangan 9) IV overdosis dan tidak responsive atau hipoventilasi 10) Gangguan perilaku berat dengan ancaman langsung kekerasan berbahaya
ATS 2	Pengkajian dan intervensi	1) Dapat mengancam	1) Risiko gangguan jalan napas - Stridor parah atau

	<p>pengobatan yang dimulai setelah 10 menit</p>	<p>hidup dalam waktu dekat</p> <p>2) Kondisi klien cukup serius atau memburuk sangat cepat sehingga ada potensi ancaman hidup atau kegagalan sistim organ jika tidak diobati dalam waktu 10 menit dari kedatangan</p> <p>3) Pengobatan dalam waktu kritis</p> <p>4) Potensi untuk pengobatan dalam waktu kritis (misalnya trombolisis, penangkal) untuk membuat dampak yang signifikan terhadap klinis hasilnya tergantung pada pengobatan yang dimulai dalam waktu beberapa menit kedatangan klien di IGD</p> <p>5) Nyeri Hebat, Nyeri yang sangat parah atau nyeri dalam waktu 10 menit yang tidak berkurang setekah diberikan tindakan untuk menurunkan nyeri</p>	<p>mengeluarkan air liur dengan distress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distress pernapasan berat <p>2) Perubahan sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkeringat atau belang-belang kulit, perfusi buruk - HR<50 atau >150 (dewasa) - Hipotensi dengan efek hemodinamik - Kehilangan darah yang parah <p>3) Nyeri dada seperti gangguan jantung umumnya. Nyeri hebat</p> <p>4) BSL<2 mmol/L</p> <p>5) Mengantuk, penurunan kesadaran dengan penyebab (GCS <13)</p> <p>6) Hemiparesis akut/disfasia</p> <p>7) Demam dengan tanda-tanda kelesuan (semua usia)</p> <p>8) Asam atau splash alkali yang mengenai mata sehingga membutuhkan irigasi</p> <p>9) Trauma multi besar yang membutuhkan respon cepat tim teroganisir</p> <p>10) Trauma lokal berat-patah tulang besar, amputasi</p> <p>11) Riwayat resiko tinggi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memum obat penenang beracun yang signifikan - Envenomation yang berbahaya - Nyeri berat menunjukkan PE, AAA atau kehamilan ektopik <p>12) Perilaku /psikiatri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekerasan atau agresif - Ancaman langsung terhadap diri sendiri atau orang lain - Membutuhkan atau telah diperlukan menahan diri - Agitasi atau agresif berat
--	---	--	--

ATS 3	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai 30 menit	<p>13) Berpotensi mengancam hidup</p> <p>14) Kondisi klien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit</p> <p>15) Kegawatan Situasional Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit atau menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu 30 menit</p>	<p>16) Hipertensi berat</p> <p>17) Kehilangan cukup banyak darah apapun penyebabnya</p> <p>18) Sesak napas sedang - Saturasi O₂ 90-95%</p> <p>19) BSL > 16 mmol/L</p> <p>20) Kejang</p> <p>21) Demam pada klien dengan immunosupresi misal klien onkologi, steroid reaction</p> <p>22) Muntah terus menerus - Dehidrasi</p> <p>23) Kepala cedera dengan LOC singkat-sekarang waspada</p> <p>24) Nyeri sedang sampai berat apapun penyebabnya yang membutuhkan analgetic</p> <p>25) Nyeri dada non-jantung keparahan dan mungkin mobilisasi</p> <p>26) Nyeri perut tanpa efek beresiko tinggi dengan mod parah atau klien usia > 65 tahun</p> <p>27) Cidera ekstremitas moderat seperti deformitas, laserasi yang parah, luka lecet</p> <p>28) Periode tidak ada nadi</p> <p>29) Trauma dengan riwayat penyakit beresiko tinggi tanpa risiko tinggi lainnya</p> <p>30) Neonates stabil</p> <p>31) Anak beresiko</p> <p>32) Perilaku/Psikiatri - Sangat tertekan, resiko menyakiti diri - Psikotik akut atau disorder penuh - Situasional krisis, merugikan diri dengan sengaja - Gelisah/menarik diri/berpotensi agresif</p>
-------	--	--	--

ATS 4	Penilaian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 60 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1) Berpotensi mengancam hidup 2) Kondisi klien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 60 menit kedatangan 3) Kegawatan situasional Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit Adanya intervensi untuk menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu 30 menit 4) Berpotensi serius Kondisi klien mungkin memburuk atau hasil buruk bias terjadi jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam tiba di IGD. 5) Urgensi situasional. Ada potensi untuk hasil yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perdarahan ringan 2) Aspirasi benda asing tidak ada gangguan pernapasan 3) Cedera dada tanpa rasa sakit tulang rusuk atau gangguan pernapasan 4) Kesulitan menelan tidak ada gangguan pernapasan 5) Cedera kepala ringan tidak hilang kesadaran 6) Nyeri sedang beberapa factor resiko 7) Muntah atau diare tanpa dehidrasi 8) Peradangan mata atau benda asing penglihatan normal 9) Trauma ekstrimitas minor-pergelangan kaki terkilir, mungkin patah tulang, laserasi robek yang membutuhkan bantuan tindakan atau intervensi-tanda-tanda vital normal, nyeri rendah sedang 10) Nyeri kepala tanpa gangguan neurovaskuler 11) Bengkak “ panas” pada sendi 12) Nyeri perut non spesifik 13) Perilaku/psikiatri <ul style="list-style-type: none"> - Masalah mental kesehatan yang semi-mendesak - Berdasarkan pengamatan dan atau tidak ada resiko segera untuk diri sendiri atau orang lain
-------	---	--	--

		<p>merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam</p> <p>6) Signifikansi kompleksitas atau keparahan. Mungkin memerlukan konsultasi dan atau manajemen rawat inap untuk pekerjaan yang kompleks.</p> <p>7) Adanya intervensi untuk menghilangkan ketidaknyamanan atau tekanan dalam waktu 1 jam.</p>	
ATS 5	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 120 menit	<p>1) Kurang mendesak.</p> <p>2) Kondisi klien kronis atau gejala cukup kecil atau hasil klinis tidak signifikan jika penilaian dan pengobatan tertunda hingga 2 jam dari kedatangan.</p> <p>3) Masalah administrasi klinis</p> <p>4) Hasil pengamatan, sertifikasi medis dan resep</p>	<p>1) Nyeri minimal dengan tidak ada fitur beresiko tinggi</p> <p>2) Riwayat penyakit dengan resiko rendah dan sekarang asimtomatik</p> <p>3) Gejala kecil penyakit stabil yang ada</p> <p>4) Gejala kecil dengan kondisi yang tidak berbahaya</p> <p>5) Luka lecet kecil, lecet ringan (tidak memerlukan jahitan)</p> <p>6) Dijadwalkan kembali meninjau mialnya luka dengan perban yang kompleks</p> <p>7) Imunisasi</p> <p>8) Perilaku/psikiatri - Dikenal klien dengan gejala kronis - Social kritis baik klien klinis</p>

Tabel 3. Aplikasi Triase menurut Australian Triage Scale (Forero & Nugus, 2012). (Skala triage Australia).

2.3 Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.3.1 Pengertian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu pintu utama atau garda terdepan dalam memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat selama 24 jam. Dilihat dari definisinya, bahwa IGD merupakan bagian dari rumah sakit yang memberikan penanganan awal kegawatdaruratan. Sedangkan kondisi gawat darurat dalam Permenkes No 47/2018 Pasal 1 ayat 3 tentang Pelayanan Gawat Darurat diartikan sebagai keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Ancaman nyawa dan kecacatan pada pasien berbeda-beda, tergantung seberapa parah kondisi yang dialami oleh pasien tersebut.

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting dalam pencegahan terjadinya kematian dan kecacatan korban (Hamarno, 2016). Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dan membutuhkan pertolongan pertama (Hadiansyah et al., 2019).

Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit kesehatan yang melayani keadaan gawat darurat (Hadiansyah et al., 2019). Dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat Depkes juga disebutkan bahwa pelayanan gawat darurat berlangsung selama 24 jam dalam sehari dan diberikan kepada klien yg membutuhkan waktu segera untuk menyelamatkan hidup (Hadiansyah et al., 2019).

Menurut sumber lain Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian dari rumah sakit yang menyediakan pelayanan gawat darurat terhadap pasien yang

mengalami sakit, kondisi kritis, dan cedera yang bisa membahayakan kelangsungan hidupnya (Perceka, 2020).

Sehingga dari beberapa definisi diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Instalasi Gawat Darurat adalah unit kesehatan yang melayani kasus gawat darurat yang menjadi tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dengan kondisi kritis atau cedera yang bisa membahayakan hidupnya sehingga membutuhkan pertolongan pertama untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan korban.

IGD adalah salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit) lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

Secara garis besar kegiatan di IGD rumah sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

1. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien.
2. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
3. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan.

IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam rumah sakit. Kriteria umum IGD rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) :

1. Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
2. Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
3. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
4. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
5. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
6. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2.3.2 Klasifikasi Unit Gawat Darurat

Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat adalah (Kemenkes,2012):

1. Instalasi Gawat Darurat Bintang IV (Standar Minimal Rumah Sakit Tipe A).

Memiliki dokter subspecialis yang siap panggil (*on-call*), beberapa dokter spesialis yang selalu siaga di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi Airway, Breathing, Circulation*

serta terapi *definitif*. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.

2. Instalasi Gawat Darurat Bintang III (Standar Minimal Rumah Sakit Tipe B).

Memiliki dokter spesialis pelayanan medik dasar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan dan kandungan) yang selalu siaga di tempat (*on-site*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi Airway, Breathing, Circulation* serta terapi *definitif*. Memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.

3. Instalasi Gawat Darurat Bintang II (Standar Minimal Rumah Sakit Tipe C).

Memiliki dokter spesialis pelayanan medik dasar (dokter spesialis bedah, dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan dan kandungan) yang siap panggil (*on-call*) bertugas dalam 24 jam, dokter umum yang selalu siap ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi Airway, Breathing, Circulation* serta memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam.

4. Instalasi Gawat Darurat Bintang I (Standar Minimal Rumah Sakit Tipe D).

Memiliki dokter umum yang selalu siap ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi Airway,*

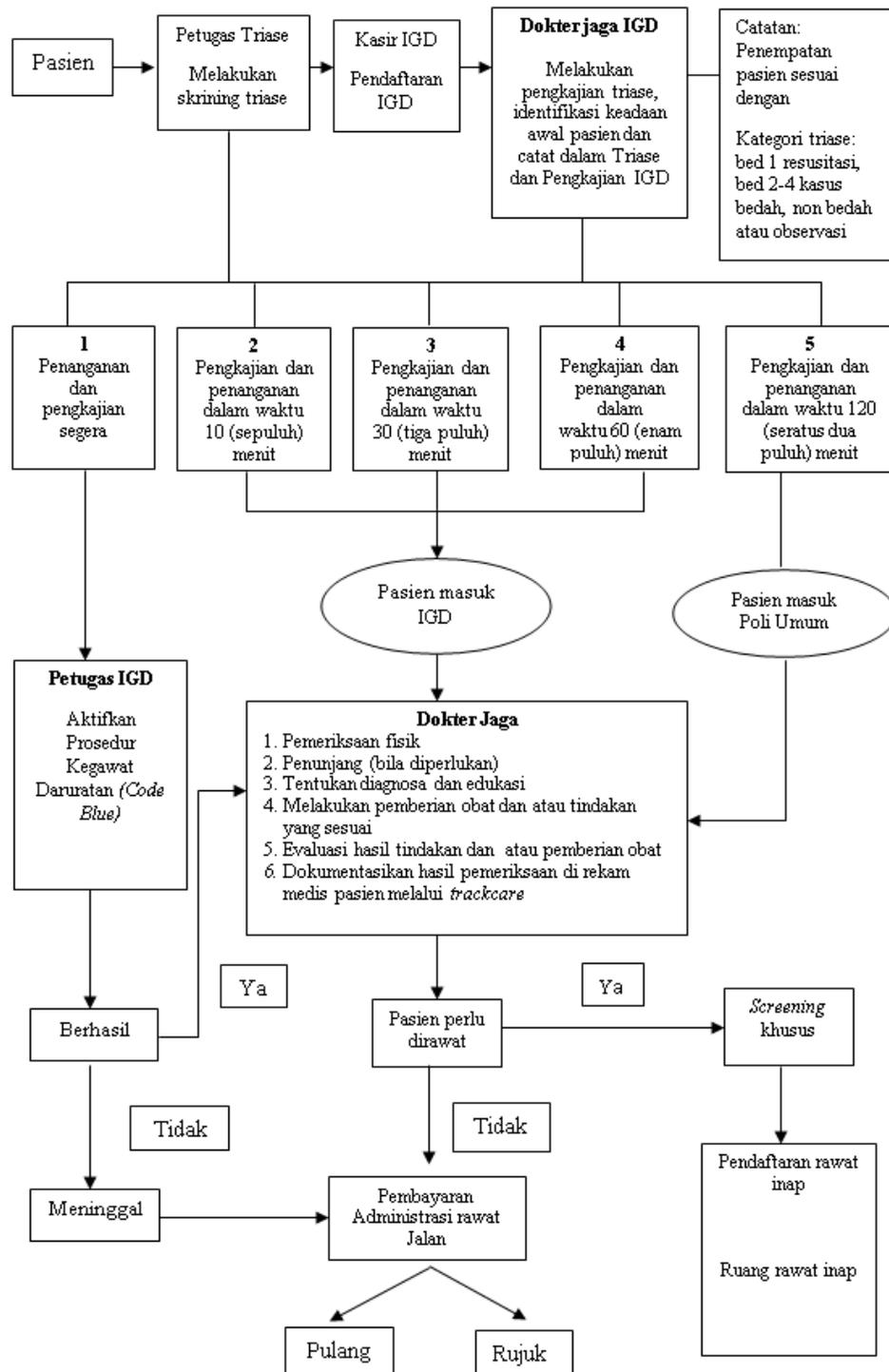
Breathing, Circulation serta memiliki alat transportasi untuk pasien gawatdarurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam. (Rifaskes,2012).

2.3.3 Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat

Alur pasien Instalasi Gawat Darurat berdasarkan standar operasional prosedur di Rumah Sakit adalah tata cara penerimaan dan pelayanan pasien di instalasi gawat darurat agar pasien tertangani dengan tepat, cepat dan konsisten sesuai dengan triase. Tujuan dari alur pasien IGD adalah memastikan bahwa pelayanan dan penanganan pasien di instalasi gawat darurat dilakukan sesuai dengan kategori triase rumah sakit. Prosedur alur pasien Instalasi Gawat Darurat (Kebijakan RS Premier Surabaya, 2015a) adalah sebagai berikut:

1. Perawat atau dokter terlatih melakukan triase saat pasien datang ke instalasi gawat darurat rumah sakit Premier Surabaya, ditangani sesuai dengan tingkat kegawatannya.
2. Perawat atau dokter IGD menempatkan pasien kategori triase 1, untuk pasien yang akan dilakukan resusitasi dan aktifkan sistem *code blue* sesuai dengan prosedur.
3. Perawat atau dokter memberitahu pasien atau keluarga dengan kategori triase 2 - 4, untuk dilakukan pendaftaran di IGD.
4. Pasien dengan triase 5, pasien dipersilahkan untuk periksa ke poli umum.
5. Dokter jaga IGD akan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (bila diperlukan), kemudian menentukan diagnosa dan melakukan pemberian obat dan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien kemudian melakukan evaluasi hasil tindakan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan di rekam medis pasien yang terdapat dalam *trackcare*.

6. Perawat atau dokter IGD pasien triase 1 yang dilakukan *resusitasi* bila berhasil pasien akan diproses untuk rawat inap sesuai dengan indikasi dan pasien triase 2 – 4 yang sudah dilakukan pemeriksaan oleh dokter jaga dan dinyatakan pasien perlu rawat inap sesuai dengan kondisi pasien di ruang rawat inap atau ruang perawatan intensif sesuai dengan kriteria masuk.
7. Setiap pasien yang rawat inap akan dilakukan *screening* khusus meliputi *swine* flu, Ebola, H5N1, MERS. Pemeriksaan lab dasar yaitu DL, SGOT, SGPT, Ureum, Creatinin, Serum Elektrolit, GDA. Usia > 35 tahun dilakukan rekam jantung EKG, dan untuk usia > 40 tahun dilakukan foto thorax.
8. Bila pasien *post* MRS dari luar negeri dan rawat inap selama 7 hari di RS dalam negeri wajib untuk dilakukan pemeriksaan MRSA.
9. Pasien atau keluarga dipersilahkan untuk melakukan pendaftaran rawat inap. Waktu yang dibutuhkan untuk proses pemeriksaan fisik sampai pasien siap untuk diantar ke ruang rawat inap adalah 90 menit sesuai dengan indikator mutu ruang Instalasi Gawat Darurat RS Premier Surabaya.
10. Perawat atau dokter IGD melakukan resusitasi pada pasien triase 1 jika tidak berhasil dan dinyatakan meninggal oleh dokter jaga, pasien dipulangkan sesuai prosedur pasien pulang dari rumah sakit.
11. Perawat atau dokter IGD menjelaskan kepada pasien atau keluarga, apabila ruang rawat inap penuh, fasilitas tidak tersedia atas permintaan pasien atau keluarga akan dirujuk ke rumah sakit lain sesuai dengan prosedur rujuk ke rumah sakit lain.
12. Perawat atau dokter IGD, dalam keadaan bencana masal lakukan prosedur sesuai dengan waspada bencana dari luar rumah sakit.



Tabel 4. Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat RS Premier Surabaya (SOP RS Premier Surabaya Modified)

2.4 Wawancara *Triage*

Wawancara *triage* dimulai ketika perawat memperkenalkan diri dan menjelaskan peranan *triage* secara singkat. Pada saat wawancara yang waktunya relatif singkat, perawat menentukan keluhan utama dan riwayat luka atau sakit saat ini. Berdasarkan hasil temuan, perawat *triage* melakukan pengkajian yang berfokus pada masalah dan melakukan pengukuran tanda-tanda vital dan kemudian perawat menentukan tingkat kedaruratan *triage* dari keterangan yang didapatkan. Setelah itu akan diputuskan apakah pasien langsung dikirim ke ruang perawatan untuk mendapatkan tindakan langsung atau pasien diharuskan daftar terlebih dahulu dan menunggu di ruang tunggu untuk mendapatkan perawatan selanjutnya dari dokter dan perawat (Kartikawati, 2011). Tujuan wawancara *triage* ini adalah untuk menentukan keluhan utama, mendapatkan penjelasan dari tanda dan gejala yang terkait, menggolongkan tingkat kedaruratan pasien dan melakukan perawatan berdasarkan riwayat. Pertanyaan pertama yang diajukan kepada pasien adalah tentang alasan mengapa pasien datang ke IGD. Perawat selalu menggunakan pertanyaan terbuka, seperti “Apa yang anda keluhkan saat ini?” atau “Apa yang anda rasakan saat ini?”. keluhan utama sebaiknya di catat sesuai dengan kata-kata pasien. Jika pasien mengatakan beberapa masalah, perawat *triage* harus memfokuskan pasien untuk menentukan alasan utama kedatangannya di IGD. Jika pasien datang dengan menggunakan ambulans, keterangan tentang pasien dapat diperoleh dari petugas kesehatan sebelumnya, tetapi penting untuk dilakukan verifikasi kepada pasien dalam rangka untuk mencocokkan antara keterangan petugas kesehatan dan pasien. Hal ini dilakukan jika pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif. *Triage* pada anak-anak merupakan hal yang penting dan

menantang bagi perawat. Dalam melakukan *triage*, perawat harus tetap memperhatikan tingkat perkembangan pasien dan segera untuk melakukan pengkajian. Pada anak-anak, keluhan utama dan data subyektif diperoleh dari pengasuhannya. Pada anak yang lebih besar atau remaja, keluhan dapat diperoleh dengan memberikan keterangan sendiri. *Emergency Nursing Pediatric Course* menggunakan CIAMPEDS untuk menjelaskan komponen pengkajian pada anak-anak (Kartikawati, 2011).

2.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi *Triage*

Menurut Ainiyah (2015) pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dibagi menjadi beberapa faktor yaitu :

1. Jenis Kelamin

Menurut Ly (2017), ketahanan fisik menjadi ukuran dalam penanganan dan penentuan prioritas kegawatdaruratan. Laki-laki cenderung lebih memiliki ketahanan fisik ketimbang perempuan, kategori jenis kelamin meliputi laki-laki dan perempuan.

2. Usia

Usia adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun. Jenis perhitungan umur/usia terdiri atas 1) usia kronologis yaitu perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitung usia (Santika, 2015). Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka semakin berkembangnya daya tangkap dan pola pikir seseorang. Pada usia dewasa awal petugas kesehatan yang sudah terlatih dapat melakukan tindakan *triage* karena usia dewasa awal adalah waktu pada saat

seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya, kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan *triage* dapat meningkat secara teratur selama usia dewasa (Gurning, 2014).

Usia dikategorikan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Depkes, (2009).

Yaitu:

- a. Usia massa remaja akhir (17-25 tahun).
- b. Usia massa dewasa awal (26-35 tahun).
- c. Usia massa dewasa akhir (36-45 tahun).
- d. Usia massa lansia awal (46-55 tahun).
- e. Usia massa lansia akhir (56-65 tahun)

3. Shift Kerja

Sistem shift adalah suatu sistem pengaturan kerja yang memberi peluang untuk memanfaatkan keseluruhan waktu yang tersedia untuk mengoperasikan pekerjaan. Sistem shift digunakan sebagai suatu cara yang paling mungkin untuk memenuhi tuntutan akan kecenderungan semakin meningkatnya permintaan perusahaan yang menggunakannya. Shift kerja merupakan sistem pengaturan waktu kerja yang memungkinkan karyawan berpindah dari satu waktu ke waktu yang lain setelah periode tertentu, yaitu dengan cara bergantian antara kelompok kerja satu dengan kelompok kerja yang lain sehingga memberi peluang untuk memanfaatkan keseluruhan waktu yang tersedia untuk mengoperasikan pekerjaan (Wulanyani, 2016). Waktu kerja bagi seseorang menentukan kesehatan yang bersangkutan, efisiensi, efektivitas dan produktivitas kerjanya. Aspek terpenting dalam hal waktu kerja meliputi :

- a. Lamanya seseorang mampu bekerja dengan baik
- b. Hubungan antara waktu kerja dan istirahat
- c. Waktu bekerja sehari menurut periode waktu yang meliputi siang hari (pagi, siang, sore) dan malam hari.

Lamanya seseorang bekerja dengan baik dalam sehari pada umumnya 6-10 jam. Sisanya (14-18 jam) dipergunakan untuk kehidupan dalam keluarga dan masyarakat, istirahat, tidur, dan lain-lain. Memperpanjang waktu kerja lebih dari kemampuan lama kerja tersebut biasanya tidak disertai efisiensi, efektivitas dan produktivitas yang optimal, bahkan biasanya terlihat penurunan kualitas dan hasil kerja serta bekerja dengan waktu yang berkepanjangan timbul kecenderungan untuk terjadinya kelelahan, gangguan kesehatan, penyakit dan kecelakaan serta ketidakpuasan. Dalam seminggu, seseorang biasanya dapat bekerja dengan baik selama 40-50 jam. Lebih dari itu, kemungkinan besar untuk timbulnya hal yang negatif bagi tenaga kerja yang bersangkutan dan pekerjaan itu sendiri. Makin panjang waktu kerja dalam seminggu, makin besar kecenderungan terjadinya hal yang tidak diinginkan. Jumlah 40 jam seminggu ini dapat dibuat 5 atau 6 hari kerja tergantung kepada beberapa faktor, namun fakta menunjukkan bekerja 5 hari dan 40 jam kerja seminggu adalah peraturan yang berlaku dan semakin diterapkan di mana pun (Suma'mur, 2014). Rumah sakit yang memberikan pelayanan rawat inap mengharuskan adanya pengaturan shift kerja agar pelayanan kesehatan terus diberikan kepada seluruh pasiennya. Dalam undang-undang No.13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan, setiap pengusaha atau pelayanan Kesehatan diwajibkan untuk melaksanakan ketentuan jam kerja. Karena ada ketentuan

tersebut dan proses kerja tidak bisa berhenti, maka diaturlah pembagian waktu kerja bagi setiap karyawan atau pegawai dengan shift kerja. Periode kerja dibagi menjadi 3 periode yaitu periode pagi sampai sore, periode sore sampai malam, dan ada yang bekerja pada periode malam sampai pagi (Kemenkes, 2013).

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Pelayanan paripurna merupakan pelayanan kesehatan yang meliputi kuratif, preventif, promotif, dan rehabilitatif, (Depkes RI, 2009). Pengaturan shift kerja diharuskan bagi rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan rawat inap, agar pelayanan kesehatan dapat diberikan kepada seluruh pasiennya (Putri, Hussin, & Kasjono, 2018). Undang-Undang No.13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan pasal 86 dikatakan bahwa tenaga kerja berhak mendapat perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, moral dan kesusilaan serta perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama. Hal ini menjadi bagian tenaga kerja yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. UU. No. 36 Tahun 2009 pasal 164 tentang kesehatan kerja juga menegaskan bahwa upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Pasal 165 UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan kerja lebih menegaskan bahwa pengelolaan tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, pengobatan, dan pemulihan bagi tenaga kerja.

Menurut Perjanjian Kerja Sama PT.AFFINITY HEALTH INDONESIA bab IV pasal 14, Hari kerja perawat / tenaga medis / tenaga paramedis / tenaga umum menurut shift sbb :

- a. Shift 1 : jam 07 – 14.00
- b. Shift 2 : jam 14 – 21.00
- c. Shift 3 : jam 21 – 07.00

4. Konsep Lama Kerja

Lama kerja adalah lama seorang perawat yang bekerja di rumah sakit dari mulai awal bekerja sampai saat selesai seorang perawat berhenti bekerja. Semakin lama masa kerja seseorang dalam bekerja maka semakin banyak pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya, hal ini dapat membantu dalam meningkatkan keterampilan seorang perawat. Lama bekerja seseorang dapat diketahui dari mulai awal perawat bekerja sampai saat berhenti atau masa sekarang saat masih bekerja di rumah sakit (Nurniningsih, 2012).

Seorang perawat dikatakan profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan, keperawatan profesional sesuai kode etik profesi (Adhani, 2016). Menurut Siagian (2016) menjelaskan masa kerja adalah waktu pekerja yang sudah bekerja di suatu organisasi, lembaga dan sebagainya. Masa kerja seorang dalam organisasi perlu diketahui karena masa kerja merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan parah pekerja dalam melaksanakan aktivitas kerjanya. Misalnya agar produktivitas kerja, semakin lama seseorang bekerja maka semakin tinggi pula produktivitasnya karena semakin berpengalaman dan

mempunyai keterampilan yang baik dalam menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya.

2.6 Teori Keperawatan

Keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu keperawatan. Pada perkembangannya ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan ilmu lain, mengingat ilmu keperawatan merupakan ilmu terapan yang selalu berubah mengikuti perkembangan zaman. Demikian juga dengan pelayanan keperawatan di Indonesia, kedepan diharapkan harus mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat serta teknologi bidang Kesehatan yang senantiasa berkembang. Pelaksanaan asuhan keperawatan di sebagian besar rumah sakit Indonesia umumnya telah menerapkan pendekatan ilmiah melalui proses keperawatan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut merupakan aplikasi unsur dan konsep dari beberapa teori dan model keperawatan yang diadopsi, digabung, dikembangkan serta dilaksanakan. Kemungkinan diantaranya teori dan model yang mewarnai asuhan keperawatan yaitu teori yang dikemukakan oleh Ida Jean Orlando yang dikenal dengan teori proses keperawatan atau disiplin proses keperawatan. Dalam teorinya Orlando mengemukakan tentang beberapa konsep utama diantaranya adalah konsep disiplin proses keperawatan (*nursing process discipline*) yang juga dikenal dengan sebutan proses disiplin atau proses.

Menurut Orlando, keperawatan bersifat unik dan independent karena berhubungan langsung dengan kebutuhan pasien yang harus dibantu, nyata atau potensial serta pada situasi langsung. Teori Orlando berfokus pada pasien sebagai

individu, artinya masing masing orang berada pada situasi yang berbeda. Orlando mendefinisikan kebutuhan sebagai permintaan/kebutuhan pasien dimana bila disuplai, dikurangi, atau menurunkan distress secara langsung atau bahkan meningkatkan perasaan tercukupi/*wellbeing*. Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, *respon internal* atau kesegeraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan (Meleis & Dean, 2013).

Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi. Dan sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan dan hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Proses aktual interaksi perawat-pasien sama halnya dengan interaksi antara dua orang . Ketika perawat menggunakan proses ini untuk mengkomunikasikan reaksinya dalam merawat pasien, Orlando menyebutnya sebagai "nursing process discipline". Itu merupakan alat yang dapat perawat gunakan untuk melaksanakan fungsinya dalam merawat pasien. Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, respon internal atau kesegeraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan.

Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.

4. Disiplin proses keperawatan

Menurut George (1995 hlm 162) mengartikan disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (totally interactive) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

5. Kemajuan / peningkatan

Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

2.7 Hubungan Antar Konsep

Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjanya akan saling mempengaruhi. Dan sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan dan hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Proses aktual interaksi perawat-pasien sama halnya dengan interaksi antara dua orang. Ketika perawat menggunakan proses ini untuk mengkomunikasikan reaksinya dalam merawat pasien, Orlando menyebutnya sebagai "nursing process discipline". Itu merupakan alat yang dapat perawat gunakan untuk melaksanakan fungsinya dalam merawat pasien. Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat *professional*, mengenal

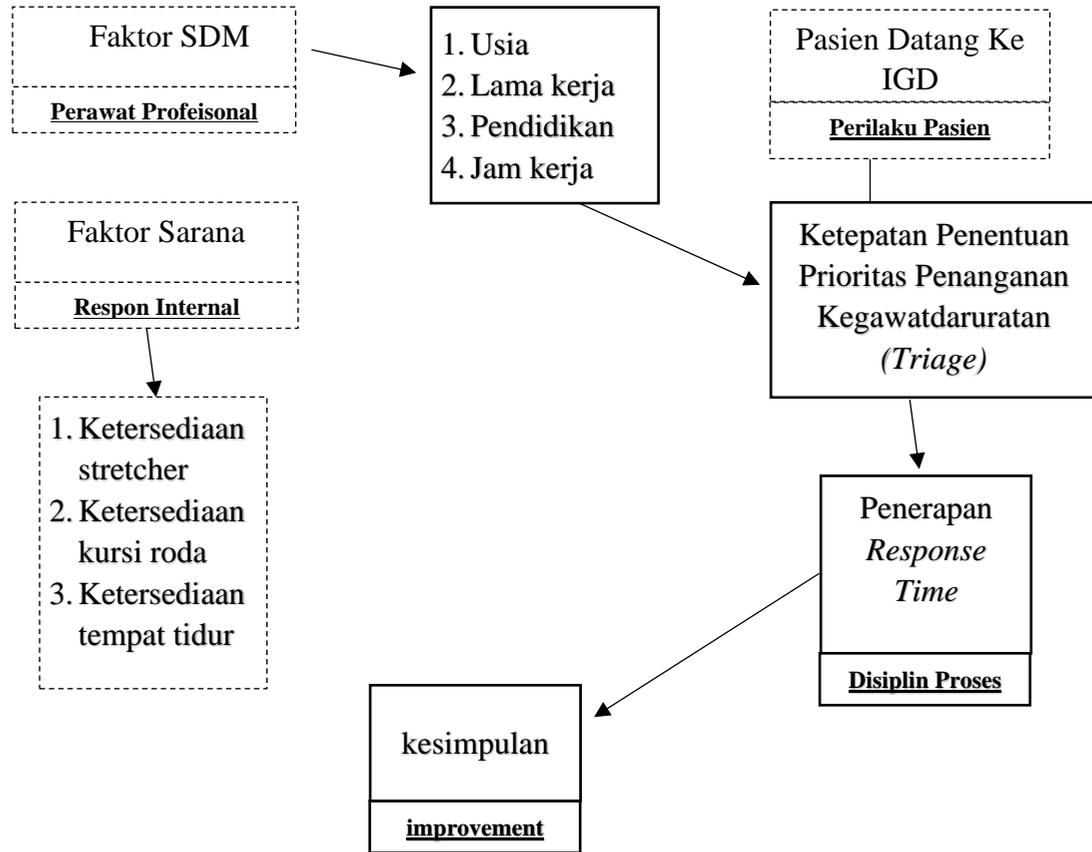
perilaku pasien, *respon internal* atau kesegaraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan.

Proses keperawatan dan proses disiplin Orlando keduanya menggambarkan rangkaian tahapan. Setiap tahapan sama-sama tidak terpisah. Pada proses disiplin Orlando hampir secara berkesinambungan saling mempengaruhi dimana perilaku pasien menjadi tujuan reaksi perawat, mengarahkan perilaku perawat, mengarahkan reaksi pasien. Kedua proses tersebut merupakan proses dinamis dan responsif terhadap perubahan kondisi pasien. Proses keperawatan dan proses disiplin Orlando mempunyai banyak persamaan. Proses keperawatan panjang dan lebih formal dan fasenya lebih mendetail dibandingkan proses disiplin Orlando. Dan membutuhkan perawat untuk menggunakan pengetahuan dan prinsip keilmuan dan teori keperawatan. Orlando hanya membutuhkan bahwa perawat harus mengikuti prinsip-prinsip yang ia tetapkan.

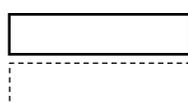
Sehingga topik yang diambil oleh penulis yaitu Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya sesuai dengan teori keperawatan Ida Jean Orlando.

BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan



= Diteliti

= Tidak diteliti

———— Berhubungan

————> Berpengaruh

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya

3.2 Hipotesa

H1 : Ada hubungan antara faktor usia, Pendidikan, jam kerja dan lama kerja dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

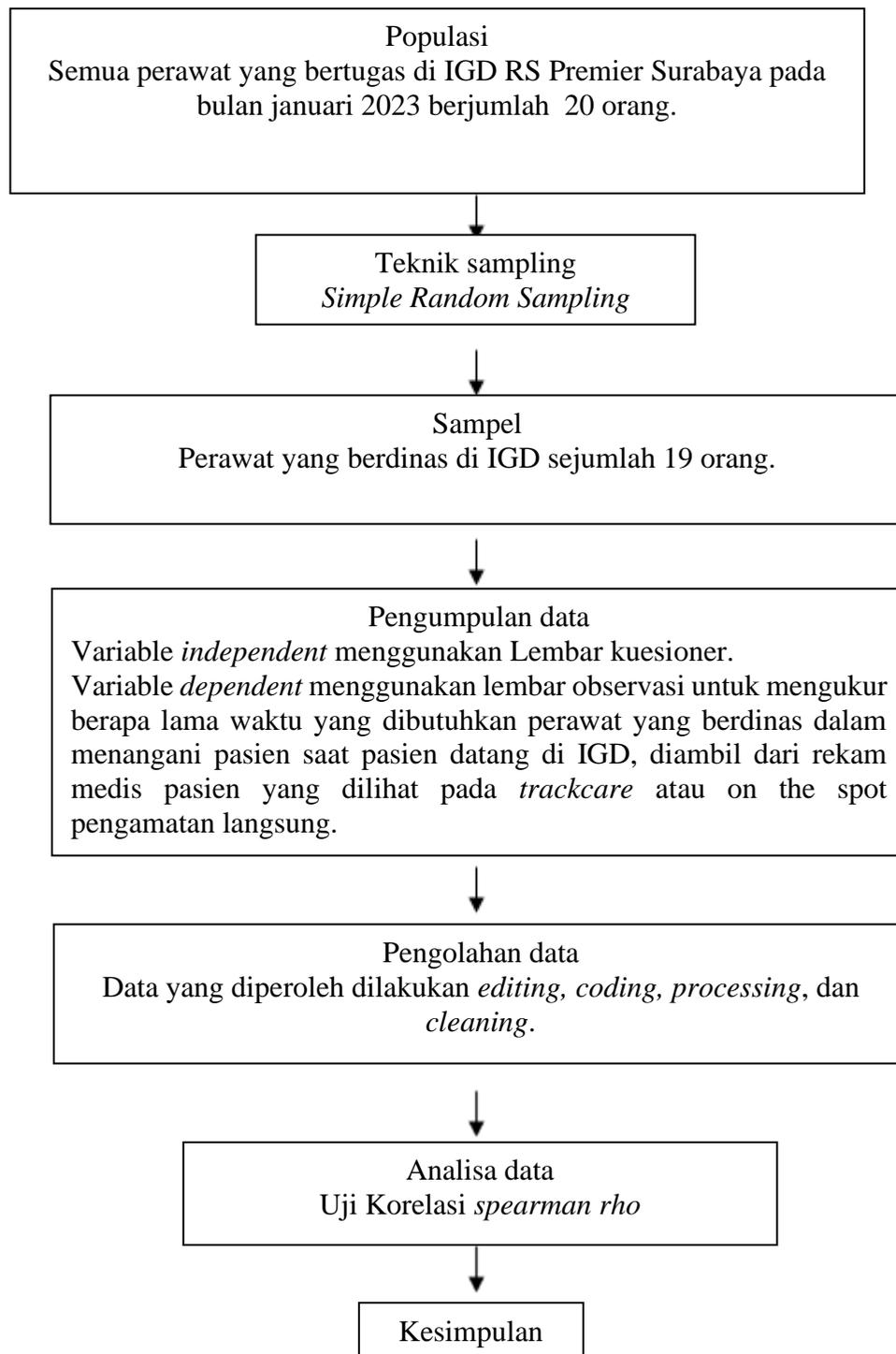
4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian serta sebagai alat untuk mengontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini untuk menganalisa Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat maksudnya setiap subjek penelitian hanya diobservasi saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan

4.2 Kerangka Kerja

Langkah kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian direncanakan pada bulan januari selama satu bulan mulai tanggal 1 – 31 januari 2023 di ruang Instalasi Gawat Darurat RS Premier Surabaya dengan melakukan telusur rekam medis melalui *trackcare* atau on the spot melalui pengamatan langsung.

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini yaitu setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang berdinasi di IGD Rs Premier Surabaya berjumlah 20 orang pada bulan januari 2023.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2017). Sample penelitian ini adalah seluruh perawat yang berdinasi di IGD RS Premier Surabaya berjumlah 19 orang pada bulan januari 2023 yang memenuhi kriteria penelitian, yaitu:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah subjek penelitian yang dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

- a. Bekerja sebagai perawat IGD
- b. Bersedia untuk diteliti.

2. Kriteria eklusi.

kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sampel (Notoatmodjo, 2010).

- a. Perawat dari unit lain yang sedang membantu IGD.
- b. Perawat yang sedang cuti.
- c. Perawat yang sedang sakit.
- d. Bukan perawat IGD

4.4.3 Teknik Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling adalah cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar – benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2017). Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu menggunakan *total sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih seluruh populasi dikarenakan jumlah terbatas.

4.4.4 Besar Sampel

Berdasarkan perawat yang berdinis jumlah populasi dan sekaligus dijadikan sampel adalah 19 orang.

Berdasarkan perhitungan besar sampel menggunakan rumus:

Rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n : besarnya sampel

N : besarnya populasi

d : tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

Jadi besar sampel adalah :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Jadi besar sampel adalah :

$$n = \frac{20}{1 + 20(0,05)^2}$$

$$n = \frac{20}{1,05}$$

$$n = 19,04$$

$$n = 19$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 19 orang.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel penelitian mendeskripsikan topik atau tema yang diteliti karena sudah terlihat pada saat peneliti menyusun latar belakang penelitian (Budiman, 2011).

Variabel pada penelitian ada 2 yaitu variabel *independent* dan variabel *dependent*.

1. Variabel *Independent*.

Variabel *Independent* pada penelitian adalah faktor yang mempengaruhi (usia, Pendidikan, jam kerja, dan lama bekerja).

2. Variabel *dependent* pada penelitian adalah ketepatan penanganan.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati ketika melakukan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas (Hidayat, 2017).

Perumusan definisi operasional pada penelitian diuraikan dalam tabel berikut:

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independent : Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan.	Hal- hal yang bisa mempengaruhi perawat dalam mengambil keputusan dalam bertindak. (usia,lama kerja, Pendidikan, jam kerja).				
1.usia	Rentang hidup seorang perawat mulai dari ia lahir sampai sekarang (tahun) di IGD RS Premier Surabaya.	Usia : 20-25 th 26-35 th 36-45 th 46-55 th	Kuesioner	Nominal	20-25 th=1 26-35 th=2 36-45 th=3 46-55 th=4
2. pendidikan	Jenjang standart kompetensi yang di tempuh oleh perawat di IGD RS Premier Surabaya.	1. D3 2. S1 kep Ns.	Kuesioner	Ordinal	D3 = 1 S1 = 2

3. jam kerja	Jam kerja di IGD RS Premier Surabaya.	Pagi 06.00-14.30 Siang 13.30-22.00 malam 21.45-06.15	Kuesioner	Nominal	Pagi = 1 Siang = 2 Malam = 3
4. lama kerja	Ditetapkan untuk mulai bekerja setelah melewati tahapan seleksi saat melamar bekerja sampai saat ini.	Pk 1 = < 10 th pk 2 = 10-20 th pk 3 = >20 th	kuesioner	ordinal	Pk 1 = 1 Pk 2 = 2 Pk 3 = 3
Variabel dependent: Ketepatan penanganan pasien.	Kesesuaian waktu tanggap dalam memberikan pelayanan pasien menurut kategori triage terhitung dari pasien masuk ke IGD sampai di lakukan penanganan.	- kategori triage - waktu tanggap	Lembar observasi dan stopwatch	ordinal	Tepat = 2 Tidak tepat = 1

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau cara yang diperlukan untuk pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data yang valid, andal (*reliable*), dan aktual. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang berisikan data perawat meliputi jenis kelamin, usia, data pasien, waktu yang dibutuhkan perawat dalam memberikan pelayanan, serta alasan lama waktu tunggu pasien untuk diberikan pelayanan di IGD. Lembar observasi diambil melalui rekam medis pasien yang dilihat pada *trackcare* pasien atau *on the spot* pengamatan langsung.

2. Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data.

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan surat izin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah disetujui oleh Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya, kemudian surat izin disampaikan kepada RS Premier Surabaya untuk mendapatkan izin penelitian di lahan. Surat izin diserahkan ke ruang Instalasi Gawat Darurat untuk mendapat perizinan melakukan pengambilan data di IGD. Langkah awal penelitian, mengambil data perawat yang berdinas di IGD dan data pasien yang berkunjung ke IGD dengan rentang waktu bulan januari 2023 melalui telusur rekam medis atau *on the spot* dengan observasi langsung, kemudian catat dalam lembar observasi berdasarkan catatan perawat dan dokter di *trackcare* tanpa diberi nama melainkan hanya diberi kode khusus.

4.7.2 Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan lembar observasi yang berisikan data perawat meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, data pasien meliputi inisial nama, kategori triase, waktu pelayanan dan berapa waktu tanggap terhadap pasien berada di IGD, serta alasan lama waktu tunggu pasien untuk di berikan pelayanan di IGD. Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut:

a. Memeriksa Data (*editing*).

Daftar observasi yang telah selesai diisi kemudian diperiksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan data yang diperoleh.

b. Memberi tanda kode (*coding*).

Hasil yang diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing – masing variabel.

c. Pengolahan Data (*processing*).

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

d. Pembersihan data (*Cleaning*)

Data yang diperoleh kemudian diteliti kembali agar pada saat pelaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

2. Analisa Statistik

Analisa statistik dalam penelitian ini terdiri dari analisa univariat dan analisa bivariat, berikut penjelasannya:

a. Analisa *Univariat*

Peneliti melakukan analisa univariat dengan analisa *descriptive* yang dilakukan untuk menggambarkan data demografi yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi pada setiap variabel.

b. Analisa *Bivariat*

Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji statistik dengan derajat kepercayaan 95% dan derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Jika diperoleh nilai p value $\leq 0,05$ maka H_a diterima, berarti ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, tapi jika diperoleh nilai p value $> 0,05$ maka H_a ditolak, berarti tidak ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan teknik komputerisasi yaitu dengan uji korelasi *spearman rho*.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dan izin dari Biro Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Premier Surabaya. Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar Persetujuan (*informed consent*)

Persetujuan dalam penelitian ini ditujukan untuk rekam medis dengan cara membuat surat persetujuan untuk melakukan telusur rekam medis pasien guna mendapatkan informasi tentang data responden.

2. Tanpa Nama (*anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diperoleh untuk menjaga kerahasiaan, lembar tersebut akan diberi kode tertentu.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin kerahasiannya. Kelompok data tertentu saja yang hanya akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 01 januari – 10 januari 2023 dan didapatkan 19 responden dengan tiap responden melakukan observasi 1 pasien. Pada bagian hasil diuraikan data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Data umum adalah penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, status kepegawaian dan pelatihan yang diikuti dalam 2 tahun terakhir responden. Sedangkan data khusus meliputi usia, Pendidikan, lama kerja, dan shift kerja.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD RS Premier Surabaya. Subjek dalam penelitian ini adalah perawat IGD.

1. Data Umum Rumah Sakit Premier Surabaya

Rumah Sakit Premier Surabaya merupakan bagian dari *Ramsay Sime Darby Health Care Group* yang beroperasi sejak bulan Maret 1998, berada di daerah Nginden Intan Barat Blok B Surabaya

Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya: Dr. Hartono Tanto, M.Kes.

Direktur Keperawatan: Janny Prihastuti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Data umum Rumah Sakit Premier Surabaya berdasarkan batas wilayah:

Batas Utara : Jalan Nginden Gang VI

Batas Barat : Kampung Nginden Jangkungan

Batas Timur : Jalan Nginden Intan Timur

Batas Selatan : Perumahan Taman Intan

2. Data Umum Ruangan Rumah Sakit Premier Surabaya

a. Batas atau letak ruangan yang ada di Rumah Sakit Premier Surabaya

1) Lantai 1

Lantai 1 terdiri dari Ruang IGD, Ruang OPD 1, Ruang Hemodialisa, Ruang Stroke Unit (SU), Klinik Nyeri, Ruang Medikal, Ruang *Paediatric Surgical*, Farmasi, Radiologi, Ruang F&B, Ruang Rehab Medik, Cafeteria, Ruang *Admission* dan *Discharge*, Ruang Jenazah (*Mortuary*), *Laundry*, Kantor *Biomedical* dan *Engineering*, Mushola, dan tempat ibadah.

2) Lantai 2

Lantai 2 terdiri dari Ruang OPD 2, Ruang ICU/ ICCU, Ruang HCU, Ruang NICU, Ruang CAU, Ruang Endoscopy, Ruang *Operating Theater* (OT) dan CSSD, Ruang Pathology, Ruang *Medical Record*, Ruang *Medical Check Up* (MCU), Ruang Kemoterapi, Ruang General, Ruang Obgyn.

3) Lantai 3

Lantai 3 terdiri dari *office*, HRD, *Quality Medical Record* (QMR).

3. Gambaran Umum Ruang Instalasi Gawat Darurat

Ruang Instalasi Gawat Darurat terdiri dari 18 tempat tidur, terbagi menjadi 2 zona, *green* dan *red*. *Green zone* terdiri dari 5 tempat tidur observasi, 1 tempat tidur resusitasi, 2 tempat tidur untuk pasien retensi. 1 tempat tidur untuk operasi kecil. 1 tempat tidur untuk PONEK. Sedangkan *red zone* terdiri dari 8 tempat tidur. Kepala ruangan dipimpin oleh Siti Nurhayati S.Kep., Ns, dengan jumlah perawat sebanyak 20 orang, jumlah dokter sebanyak 30 orang, *driver ambulance* sebanyak 5 orang, dan *Nurse Aid* sebanyak 1 orang. Batas letak ruang IGD, Batas Utara: Ruang Farmasi, Batas Barat: Taman Ruang Medical, Batas Timur: Ruang Radiologi, dan Batas Selatan: Tempat Parkir IGD.

Alur pasien di IGD yaitu setiap pasien yang datang akan dilakukan triase dan *screening covid* (menentukan masuk di *green zone* atau *red zone*). Kemudian pasien melakukan registrasi, pasien akan dipanggil sesuai jam kedatangan, jika ada pasien yang lebih gawat kita prioritaskan pasien gawat terlebih dahulu. Setelah registrasi pasien akan dipanggil, kemudian dilakukan anamnesa oleh dokter dan perawat, jika terdapat indikasi untuk rawat inap pasien akan disarankan rawat inap dan dilakukan skrining lanjutan meliputi pemeriksaan laborat dan radiologi, sampai pasien menyetujui dan memilih dokter penanggung jawab, kemudian pasien diantar keruangan.

4. Visi dan Misi Rumah Sakit Premier Surabaya

Visi Rumah Sakit Premier Surabaya yaitu “Menjadi penyelenggara pelayanan kesehatan terkemuka di Asia dengan memberikan layanan yang

berkualitas dan berkesinambungan kepada seluruh *stakeholder*”. Misi Rumah Sakit Premier Surabaya yaitu:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang unggul dan paripurna, berdasarkan komitmen untuk meningkatkan kualitas secara berkesinambungan. Komitmen ini akan diwujudkan melalui pengembangan profesionalisme dan pendidikan yang berkelanjutan, dan mengacu kepada kualitas yang berstandar Nasional maupun Internasional di semua tingkat organisasi.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan di dalam lingkungan yang ramah, disertai dukungan yang kuat dari pelanggan internal maupun eksternal.
- c. Menjaga pertumbuhan yang berkelanjutan dan kesuksesan di bidang finansial yang sangat ditentukan oleh konsistensi dalam hal nilai – nilai kerjasama dengan *partner* kerja.

5.1.2 Data Demografi Perawat

Subyek dalam penelitian ini adalah perawat yang berdinasi di IGD sejumlah 19 orang. Data demografi diperoleh melalui surat persetujuan untuk menjadi responden. Data demografi merupakan gambaran umum tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pelatihan terakhir yang diikuti dan status kepegawaian.

1. Data Demografi Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 karakteristik jenis kelamin responden di IGD RS Premier Surabaya Januari 2023 (n =19).

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Laki – laki	13	68.4
Perempuan	6	31.6
Total	19	100

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan jenis kelamin perawat IGD RS Premier Surabaya, laki-laki 13 orang (68.4%) dan perempuan 6 orang (31.6%).

2. Data Demografi Perawat Berdasarkan Pelatihan 2 Tahun Terakhir

Tabel 5.2 karakteristik pelatihan 2 tahun terakhir responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19).

Pelatihan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
PPGD	12	63.2
PPGD + ACLS	7	36.8
Total	19	100

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan responden dengan pelatihan 2 tahun terakhir, yang mengikuti PPGD berjumlah 12 orang (63.2%), yang mengikuti PPGD + ACLS berjumlah 7 orang (36.8%).

3. Data Demografi Perawat Berdasarkan Status Kepegawaian

Tabel 5.3 karakteristik status kepegawaian responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19).

Status Kepegawaian	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Karyawan Tetap	19	100
Karyawan Tidak Tetap	0	0
Total	19	100

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan dari status kepegawaian di IGD RS Premier Surabaya, karyawan tetap berjumlah 19 orang (100%), karyawan tidak tetap berjumlah 0.

5.1.3 Variabel Penelitian

1. Faktor Usia

Tabel 5.4 karakteristik usia responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19).

Usia	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
20 – 25	-	-
26 – 35	15	78.9
36 – 45	-	-
46 – 55	4	21.1
Total	19	100

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan usia perawat IGD RS Premier Surabaya, rata – rata di usia 26 – 35 tahun sebanyak 15 orang (78.9%) dan rata – rata di usia 46 – 55 tahun sebanyak 4 orang (21.1%).

Tabel 5.5 karakteristik usia responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19)

Variabel	Mean	Median	Maksimum	Minimum	Std. deviation
usia	35.30	32.00	53	29	7.587

Pada tabel 5.5 memperlihatkan bahwa rata – rata 35 , usia terbanyak 32 tahun, usia tertua 53 tahun dan usia termuda 29 tahun.

2. Faktor Pendidikan

Tabel 5.6 karakteristik pendidikan responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19)

Pendidikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
D3	8	42.1
S1.Ns	11	57.9
Total	19	100

Pada tabel 5.6 memperlihatkan bahwa Pendidikan responden di IGD RS Premier D3 42.1 % (8 orang) dan S1 Ners 57.9 % (11 orang).

3. Faktor Jam Kerja

Tabel 5.7 karakteristik jam kerja responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19).

Jama Kerja	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Pagi	9	47.4
Siang	9	47.4
Malam	1	5.2
Total	19	100

Pada tabel 5.7 memperlihatkan jam kerja responden pagi 47.4 % (9 orang), siang 47.4 % (9 orang) dan 5.2 % (1 orang).

4. Faktor Lama Kerja

Tabel 5.8 karakteristik lama kerja responden di IGD RS Premier Surabaya januari 2023 (n=19).

Lama Kerja	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<10 tahun	10	52.6
10 tahun – 20 tahun	6	31.6
>20 tahun	3	15.8
Total	19	100

Pada tabel 5.8 memperlihatkan bahwa lama kerja responden < 10 tahun 52.6 % (10 orang), lama kerja 10 tahun -20 tahun 31.6 % (6 orang), dan lama kerja > 20 tahun 15.8 % (3 orang).

5. Ketepatan Penanganan

Tabel 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Ketepatan Penanganan (n=19).

Ketepatan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tidak Tepat	6	31.6
Tepat	13	68.4
Total	19	100

Pada tabel 5.9 memperlihatkan bahwa jumlah responden yang tepat dalam melakukan penanganan 68.4 % (13 orang) dan yang tidak tepat 31.6 % (6 orang).

6. Mengidentifikasi Hubungan Faktor Usia, Pendidikan, jam Kerja dan lama Kerja Dengan Ketepatan Penanganan Pasien di IGD RS Premier Surabaya

Tabel 6.0 Hasil Analisis Dengan Uji Korelasi *spearman rho* Terhadap Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan Pasien di IGD RS Premier Surabaya. (n=19).

	Ketepatan Penanganan			
	Correlation Coefficient	Sig. (2-Tailed)	n	Kekuatan Hubungan
Usia	0.351	0.141	19	Tidak Ada Hubungan
Pendidikan	0.109	0.658	19	Tidak Ada Hubungan
Jam Kerja	0.191	0.434	19	Tidak Ada Hubungan
Lama Kerja	0.616**	0.005	19	Hubungan Lemah

Pada tabel 6.0 memperlihatkan bahwa faktor usia, Pendidikan, lama kerja, dan jam kerja yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya. Berdasarkan hasil uji spearman rho menunjukkan nilai $p = 0.141$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ bahwa usia tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien, Pendidikan menunjukkan nilai $p = 0.658$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ bahwa Pendidikan tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien. Jam kerja menunjukkan nilai $p = 0.434$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ jam kerja tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien. Lama kerja menunjukkan nilai $p = 0.005$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ dan nilai $r = 0.616$ bahwa lama kerja berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien (hubungan lemah).

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interpretasi dan mengidentifikasi faktor usia, Pendidikan, jam kerja dan lama kerja yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien.

1. Pengaruh Faktor Usia Terhadap Ketepatan

Para perawat IGD RS Premier Surabaya Sebagian besar berusia 26 tahun – 35 tahun, sebanyak 15 orang (78.9%), usia 46 tahun – 55 tahun sebanyak 4 orang (21.1%), termuda berusia 29 tahun, tertua berusia 55 tahun, dan usia terbanyak 32 tahun. Berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini menunjukkan nilai $p = 0.141$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ bahwa usia tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

Hasil tabulasi didapatkan 13 responden yang tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*. Rentang usia 26 tahun – 35 tahun sebanyak 9 orang. usia 31 tahun (3 orang), usia 32 tahun (4 orang), usia 33 tahun (1 orang), dan usia 35 tahun (1 orang). sedangkan di rentang usia 46 tahun – 55 tahun sebanyak 4 orang. usia 48 tahun (1 orang), usia 49 tahun (1 orang), usia 50 tahun (1 orang) dan usia 53 tahun (1 orang).

Hasil tabulasi didapatkan 6 responden yang tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*. Rentang usia 26 tahun – 35 tahun. Usia 29 tahun (2 orang), usia 30 tahun (1 orang), usia 32 tahun (2 orang) dan usia 34 tahun (1 orang).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Retnaning, (2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa tidak adanya hubungan antara umur dengan pelaksanaan *triage*. Hasil ini juga didukung oleh peneliti lain yaitu

Eryanto nabusa (2019) dalam skripsi yang berjudul Pengaruh Faktor Internal Dan Eksternal Perawat Terhadap Pelaksanaan Triage Di Igd Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dengan hasil Usia terhadap pelaksanaan *triage* diperoleh hasil $\rho \text{ value} = 0,071$ dimana $\rho > \alpha$ ($0,071 < 0,05$), maka tidak ada pengaruh antara faktor internal (jenis kelamin dan usia) terhadap pelaksanaan penanganan pasien di IGD.

Menurut Notoadmojo (2013), semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Umur berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti keterampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Bertambahnya umur seseorang akan mengalami perubahan aspek fisik dan psikologis (mental). Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

Menurut peneliti sesuai dengan fakta di lapangan, Perawat yang berusia muda (29 tahun) memiliki pengalaman yang sedikit dalam memberikan ketepatan penanganan pasien. Meskipun mereka baru lulus sekolah. Ada juga yang berusia 34 tahun tapi masih tidak tepat, karena perawat tersebut juga masih minm pengalaman dan baru saja di tempatkan di IGD. Peneliti berpendapat faktor usia tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD karena situasi di IGD sendiri berubah ubah, kadang sepi pasien dan kadang ramai pasien. Kadang juga banyak pasien yang *complain* di IGD yang menyebabkan operasional IGD jadi terganggu.

Berdasarkan fakta dan teori, bahwa usia tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya . Harus ada faktor lain yang mendukung untuk terjadinya ketepatan penanganan pasien di IGD. Peneliti

berpendapat bahwa faktor usia terdapat kesesuaian antara fakta dan teori, dimana usia tidak mempengaruhi perawat dalam pelaksanaan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya . Hal ini dapat disebabkan karena petugas kesehatan yang melakukan pelaksanaan *triage* adalah sama-sama seorang perawat dan sudah mengerti tentang penerapan pelaksanaan *triage*. Perbedaan usia tidak selalu menyebabkan tenaga kesehatan dapat mematuhi semua prosedur *triage* karena semua dapat disebabkan kondisi pasien ketika masuk IGD dapat menyebabkan secara reflek petugas kesehatan memberikan penanganan sesuai dengan SOP dan faktor kebiasaan.

2. Pengaruh Faktor Pendidikan Terhadap Ketepatan

Pendidikan perawat di IGD RS Premier Surabaya yaitu, Pendidikan vokasional (D3) 42.1 % (8 orang) dan Pendidikan akademik serta profesi (S1 ners) 57.9 % (11 orang). Berdasarkan hasil temuan peneliti, didapatkan Pendidikan menunjukkan nilai $p = 0.658$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ bahwa Pendidikan tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 13 responden yang tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*. Sebanyak 7 orang yang memiliki pendidikan S1 ners dan sebanyak 6 orang memiliki pendidikan D3.

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 6 responden yang tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*, Sebanyak 3 orang memiliki pendidikan S1 ners dan sebanyak 3 orang memiliki pendidikan D3.

Sejalan dengan temuan Mulyadi dan Reginus (2014), Hasil uji statistik bivariat antara tingkat pendidikan dan waktu tanggap menunjukkan p value = 0,21

nilai ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan waktu tanggap perawat pada penanganan pasien di ruang gawat darurat di IGD RSUD Prof R.D. Kandau Manado. Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Septiana, Nabhan dan Nanang (2019) yang menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan respon time dengan triase dan penatalaksanaan pasien di intalasi gawat darurat.

Peneliti berpendapat dengan semakin tingginya Pendidikan, perawat akan bertambahnya wawasan yang dimiliki. Sehingga akan menambah ketepatan dalam melakukan penanganan pasien di IGD. Sesuai dengan kebijakan rumah sakit Premier Surabaya, perawat yang masih lulusan Pendidikan vokasional (D3) disarankan untuk melanjutkan jenjang pendidikan profesi. Sehingga ada sebagian dari perawat mendapatkan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan akademik sampai profesi. Para perawat yang memiliki Pendidikan vokasi, oleh perusahaan diwajibkan untuk mengikuti kegiatan seminar dan pelatihan guna menunjang ilmu pengetahuan yang dimiliki. Sesuai dengan temuan yang didapatkan oleh peneliti, yang menyatakan bahwa faktor pendidikan tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya karena 42.1% pendidikan perawat IGD masih vokasional (D3) sehingga mempengaruhi hasil dari penelitian.

Peneliti juga berpendapat sesuai dengan fakta di lapangan meskipun perawat yang memiliki pendidikan S1 Ners juga masih tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage* dan ada juga yang memiliki pendidikan D3 tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*. Hal ini dikarenakan ada beberapa perawat yang baru saja ditempatkan di IGD, sehingga bisa mempengaruhi hasil penelitian mengenai

ketepatan dalam penanganan pasien. Meskipun para perawat ini masuk dalam kategori 1 tahun bekerja, namun mereka sebelumnya di tempatkan di departemen lain sehingga masih harus beradaptasi di IGD yang perlu sigap, tepat, cepat dan cermat dalam memeberikan pelayanan. Mungkin ini akan menjadi masukan untuk manajemen agar perawat IGD di pilih dari awal dia bekerja, bukan pindahan dari departemen lain. Agar terbiasa dengan budaya di IGD.

Berdasarkan fakta dan teori, Menurut Irmayanti et all dalam Handayani, (2020), pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang dalam melakukan penanganan pasien yang mengalami kegawatdaruratan. Namun fakta dalam penelitian ini, pendidikan tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

3. Pengaruh Faktor Jam Kerja Terhadap Ketepatan

Berdasarkan hasil penelitian tentang jam kerja perawat adalah sebagai berikut, memperlihatkan jam kerja responden pagi 47.4 % (9 orang), siang 47.4 % (9 orang) dan 5.3 % (1 orang). Hasil uji *spearman rho* Jam kerja menunjukkan nilai $p = 0.434$ dengan nilai $\alpha = 0.05$ faktor jam kerja tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya.

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 13 responden yang tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage* sebanyak 10 orang yang berdinasi pagi, 3 orang yang berdinasi siang.

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 6 responden yang tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*, sebanyak 5 orang yang berdinasi siang dan 1 orang berdinasi malam. Sesuai dengan data observasi,

ketidaktepatan berada di jam akhir shift siang yaitu jam 21.45, jam 21.55, jam 21.35, jam 20.20, dan jam 20.55. sedangkan malam jam 03.05.

Sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan, Berdasarkan hasil penelitian tentang Faktor yang Berhubungan dengan Respon Time Perawat pada Penanganan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS Ibnu Sina Makassar tahun 2016 maka diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara shift kerja, perawat dengan respon time perawat pada penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat di IGD RS Ibnu Sina Makassar dengan nilai $\rho = 0.673$. Penelitian mengenai jam kerja perawat juga pernah dilakukan oleh suci rahayu (2019), pekerja shift, terutama shift malam mengalami gangguan dalam ritme biologi. shift dapat menyebabkan penurunan kapasitas kerja dan ketahanan tubuh serta risiko kecelakaan kendaraan dan kecelakaan ditempat kerja meningkat. Kekurangan tidur pada perawat menyebabkan kemampuan berpikir dan bergerak menjadi lambat, lebih banyak membuat kesalahan dan mempunyai kesulitan untuk mengingat sesuatu sehingga dapat menurunkan produktivitas kerja dan juga dapat menyebabkan kecelakaan. Shift kerja dapat mempengaruhi perubahan fisik dan psikologis tubuh manusia diantaranya ialah kelelahan.

Peneliti berpendapat bahwa terdapat kesesuaian antara fakta dan teori. Keberhasilan organisasi atau keberhasilan pelaksanaan penanganan pasien juga dipengaruhi oleh sumber daya manusia (perawat) terhadap jumlah pasien yang ada, keterbatasan kapasitas sumber daya manusia (perawat) yang ada dibandingkan jumlah pasien menyebabkan perawat akan mengalami kelelahan yang ada mengakibatkan tingkat kesalahan dalam bekerja, namun kapasitas jumlah tenaga perawat yang ideal terhadap pelaksanaan triage menyebabkan seseorang terhindar

dari kelelahan dalam melaksanakan pelaksanaan triage yang menyebabkan peningkatan kinerja yang baik dan mengurangi terjadinya kesalahan.

Menurut peneliti, faktor jam kerja tidak berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya karena situasi di IGD sendiri berubah ubah, kadang sepi pasien dan kadang ramai pasien. Kadang juga banyak pasien yang *complain* di IGD yang menyebabkan operasional IGD jadi terganggu. Berdasarkan fakta dan teori, tingkat ketepatan penanganan pasien bergantung dengan faktor lain yang mendukung, jika dilihat dari faktor jam kerja perawat saja tidak berhubungan dengan tingkat ketepatan, harus ada faktor lainnya. Karena pada saat dilakukan penelitian mengenai jam kerja, kondisi lahan penelitian sedang tidak *overcrowded*, yang artinya tingkat kelelahan pada jam kerja perawat tidak ada, apalagi saat shift malam yang jumlah pasiennya sedikit.

Berdasarkan fakta dan teori, jika di lihat dari data observasi responden, ketidaktepatan berada di jam malam yang mana disaat perawat kelelahan yang menyebabkan hilangnya konsentrasi. Namun peneliti melakukan observasi saat dinas malam hanya 1x saja. Banyak dilakukan di dinas pagi dan siang. Jumlah kunjungan IGD pun juga tidak terlalu banyak saat pagi, ini menjadi ketidakseimbangan untuk memenuhi data.

4. Pengaruh Faktor Lama Kerja Terhadap Ketepatan

Secara umum hasil penelitian tentang lama kerja responden < 10 tahun sebanyak 52.6 % (10 orang), lama kerja 10 tahun -20 tahun sebanyak 31.6 % (6 orang), dan lama kerja > 20 tahun sebanyak 15.8 % (3 orang). Berdasarkan hasil uji *spearman rho* Lama kerja menunjukkan nilai $p = 0.005$ dengan nilai $\alpha = 0.05$

bahwa lama kerja berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien (hubungan lemah).

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 13 responden yang tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage* sebanyak 3 orang lama kerja > 20 tahun, sebanyak 6 orang lama kerja 10 tahun -20 tahun) dan sebanyak 4 orang lama kerja < 10 tahun.

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 6 responden yang tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*, sebanyak 6 orang lama kerja < 10 tahun.

Temuan penelitian ini ternyata sejalan dengan penelitian khairina, ilfa (2017), bahwa faktor yang berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Perawat dalam Ketepatan Triase di Kota Padang, menemukan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan, lama bekerja dan pengalaman, dan kemampuan berpikir kritis dalam konsistensi dan akurasi dalam membuat keputusan triase, Sehingga semakin lama seseorang bekerja semakin banyak kasus yang ditanganinya sehingga semakin meningkat pengalamannya, sebaliknya semakin singkat orang bekerja maka semakin sedikit kasus yang ditanganinya. Temuan penelitian ini sama dengan temuan yang dilakukan oleh siti rohani (2021), Hasil uji bivariat antara lama kerja dengan waktu tanggap didapatkan *p value* 0,049 (<0,05), ini menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara lama kerja perawat dengan waktu tanggap perawat dalam melakukan tindakan di ruang perawatan IGD RSUD dr. Ajidarmo Lebak. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Murni, dkk (2019), yang menunjukkan ada hubungan signifikan antara lama kerja dengan waktu tanggap perawat di Instalasi gawat darurat rumah sakit Grandmed Serang Sumut dengan

nilai p value = 0,00. Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Wiyadi dan Gajali (2020), bahwa faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan waktu tanggap pada pasien gawat darurat adalah lama kerja perawat.

Berdasarkan fakta dan teori diatas, penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martanti (2015) dimana pelaksanaan *triage* tergolong baik dilakukan. Hasil penelitian ini menunjukkan pelaksanaan *triage* dalam kategori dilakukan. Lama bekerja juga sangat berpengaruh dalam pelaksanaan *triage* hasil temuan penelitian dilihat bahwa sebagian besar 35 responden lebih 86 dari 1 tahun bekerja. Hal ini berarti lama bekerja meningkatkan tingkat kematangan dalam melakukan pelaksanaan *triage*. Masa kerja petugas sangat penting terhadap tingkat pelaksanaan *triage* oleh perawat. Semakin banyak pengalaman seseorang, memungkinkan pengetahuan bagi perawat karena kasus pasien yang ditemui selama bertahun-tahun disertai dengan peningkatan mutu secara berkesinambungan (Martanti, 2015).

Peneliti berpendapat bahwa semakin lama perawat bekerja, pengalaman akan semakin banyak. Perawat mampu mengambil keputusan berdasarkan pengalaman dengan SOP yang berlaku. Semakin lama perawat bekerja, maka usianya pun akan semakin bertambah dan matang, sehingga akan menambah jam terbang serta pengalaman bagi perawat dalam menangani pasien. Berdasarkan fakta dan teori sejalan dengan penelitian ini, faktor lama kerja berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya. Perawat yang lamanya tinggi mampu memiliki ketepatan terhadap penanganan pasien di ruang IGD.

5. Ketepatan Penanganan Pasien di IGD RS Premier Surabaya

Secara umum hasil temuan peneliti mengenai ketepatan penanganan, memperlihatkan bahwa jumlah responden yang tepat dalam melakukan penanganan 68.4 % (13 orang) dan yang tidak tepat 31.6 % (6 orang).

Berdasarkan hasil tabulasi didapatkan 13 responden yang tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage* berdasarkan faktor usia rentang usia 26 tahun – 35 tahun sebanyak 9 orang. usia 31 tahun (3 orang), usia 32 tahun (4 orang), usia 33 tahun (1 orang), dan usia 35 tahun (1 orang). sedangkan di rentang usia 46 tahun – 55 tahun sebanyak 4 orang. usia 48 tahun (1 orang), usia 49 tahun (1 orang), usia 50 tahun (1 orang) dan usia 53 tahun (1 orang). Berdasarkan faktor pendidikan Sebanyak 7 orang yang memiliki pendidikan S1 ners dan sebanyak 6 orang memiliki pendidikan D3. Berdasarkan faktor jam kerja sebanyak 10 orang yang berdinis pagi, 3 orang yang berdinis siang. Berdasarkan faktor lama kerja sebanyak 3 orang lama kerja > 20 tahun, sebanyak 6 orang lama kerja 10 tahun -20 tahun) dan sebanyak 4 orang lama kerja < 10 tahun.

Hasil tabulasi didapatkan 6 responden yang tidak tepat dalam memberikan *response time* yang sesuai dengan kategori *triage*. Berdasarkan faktor usia didapatkan rentang usia 26 tahun – 35 tahun. Usia 29 tahun (2 orang), usia 30 tahun (1 orang), usia 32 tahun (2 orang) dan usia 34 tahun (1 orang). Berdasarkan faktor pendidikan didapatkan D3 sebanyak 3 orang dan S1 Ners sebanyak 3 orang. Berdasarkan faktor jam kerja di dapatkan sebanyak 5 orang yang berdinis siang dan 1 orang berdinis malam. Sesuai dengan data observasi, ketidaktepatan berada di jam akhir shift siang yaitu jam 21.45, jam 21.55, jam 21.35, jam 20.20, dan jam

20.55. sedangkan malam jam 03.05. Berdasarkan lama kerja didapatkan sebanyak 6 orang lama kerja < 10 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian, faktor yang memiliki hubungan dengan ketepatan penanganan pasien di IGD RS Premier Surabaya adalah faktor lama kerja dengan nilai $p = 0.005$ dengan nilai $\alpha = 0.05$. Faktor usia, pendidikan dan jam kerja tidak terdapat hubungan dengan ketepatan penanganan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Eryanto Nabuasa (2019), menemukan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien pada saat triage. Hal ini serupa dengan penelitian Surtiningsih, D., Susilo, C., & Hamid, M. A (2016) yang menyatakan bahwa response time perawat di IGD RS Balung sebagian besar (55,6%) sesuai yaitu dibawah 0 menit. Respon time yang tepat dan cepat akan meningkatkan kinerja perawat IGD dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, response time yang tepat dan cepat akan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap kinerja perawat.

Pada penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa ada beberapa faktor yang akan mempengaruhi ketepatan penanganan pasien. Ketidaktepatan pada penanganan pasien juga bisa di pengaruhi oleh beberapa kondisi pasien , kondisi situasi saat di IGD dan kondisi petugas yang berjaga. Fakta di lapangan saat dilakukannya penelitian, beberapa perawat tidak tepat dalam memberikan penanganan, misalkan pasien dengan ATS 5 dilakukan penanganan segera, sesuai teori pasien dengan ATS 5 bisa diberikan penanganan lebih dari 120 menit. Kemudian dijumpai pasien dengan ATS 2 dilakukan penanganan lebih dari 15 menit, karena pada saat itu perawat sedang melakukan penanganan pada pasien dengan ATS 1. Sehingga ketidaktepatan penanganan pasien bergantung pada situasi dan kondisi, asalkan seluruh perawat melakukan penanganan

sesuai dengan SOP yang berlaku dan pasien beserta keluarga diberikan informasi terlebih dahulu alasan terjadinya penundaan penanganan.

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi responden sebanyak 1x terhadap pasien saat responden melakukan *triage*, memungkinkan responden tidak tepat dalam melakukan penanganan dikarenakan situasi di IGD saat itu sedang ramai dan banyak aktifitas pelayanan di IGD.
2. Saat pengambilan data, peneliti menjumpai beberapa situasi sedang kondusif. Jumlah pasien yang datang sedikit. Misal , pasien dengan *triage* 5 langsung ditangani segera. Dan ada pasien dengan *triage* 2 dilakukan lebih dari 10 menit karena pada saat itu bersamaan dengan penanganan pasien lain yang memiliki *triage* 1.
3. Pada penelitian ini dalam menilai faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien saat pasien itu datang ke IGD ,tidak melakukan penanganan lanjutan dan tidak menganalisa faktor-faktor yang berhubungan.
4. Faktor – faktor lain yang mempengaruhi ketepatan penanganan tidak diteliti, sehingga menjadi keterbatasan peneliti.

BAB 6 PENUTUP

Pada bab ini berisi simpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan penelitian.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak terdapat pengaruh faktor usia dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
2. Tidak terdapat pengaruh faktor pendidikan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
3. Tidak terdapat pengaruh faktor jam kerja dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.
4. Terdapat pengaruh faktor lama kerja dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya.

6.2 Saran

Berdasarkan temuan hasil penelitian, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut:

1. Bagi Perawat.

Setiap perawat tetap melaksanakan pekerjaan sesuai dengan SOP yang berlaku. SOP merupakan parameter kita dalam bekerja, agar tetap memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

2. Bagi Pasien.

Pasien sebaiknya memahami kondisi penyakit dan mematuhi saran dari tenaga kesehatan sehingga semakin cepat pasien mendapatkan penanganan.

3. Bagi Instansi (Rumah Sakit)

Diharapkan memberikan pelatihan khusus untuk perawat IGD, supaya mengasah kemampuan perawat IGD untuk dapat melakukan penanganan dengan tepat, cepat dan terukur.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian tentang “Analisa Faktor yang Mempengaruhi Ketepatan Penanganan Pasien di IGD”.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, U., Latif, H. A., & Kadir, A. (2014). *Keperawatan Di Ruang IGD Rsup Dr . Wahidin, 4*, 228–235.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan*. (P. A. Y. S. Hamid & K. Ibrahim, Eds.) (8th ed.). Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.
- Audit Mutu Rumah Sakit Premier Surabaya. (2017). *Audit Mutu Instalasi Gawat Darurat*.
- Australian Government Department of Health and Aging. (2009). *Emergency Triage Education Kit and Triage Workbook*.
- Boyle, A., Beniuk, K., Higginson, I., & Atkinson, P. (2012). *Emergency Department Crowding : Time for Interventions and Policy Evaluations, 2012*.
- Bukhari, H., Albazli, K., Almaslmani, S., Attiah, A., & Bukhary, E. (2014). *Analysis of Waiting Time in Emergency Department of Al-Noor Specialist Hospital , Makkah , Saudi Arabia*, (December), 67–73.
- e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 7 Nomor 1, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Sam Ratulangi Manado.Email : jimmyfrumampuk@yahoo.com
- <https://doi.org/10.1155/2012/838610>
- Jimmy, f., rumampuk.,mario e. katuuk. (2019). *Hubungan Ketepatan Triase Dengan Response Time Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe c*,
- Kebijakan RS Premier Surabaya. (2015a). *Standar Operasional Prosedur Tentang Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat*.
- Kebijakan RS Premier Surabaya. (2015b). *Standar Operasional Prosedur Tentang Triase IGD*.
- Kemenkes RI. (2016). *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*, 1–18.
- Mika.,Kasenda., Volume 01.Nomor 01.November. (2020). *Jurnal Ilmiah Karya Kesehatan*, E-ISSN : 2747-2108, <https://stikesks-kendari.e-journal.id/jikk>
- Nicki Gilboy. (2018). *Triase. Keperawatan Gawat Darurat Dan Bencana Sheehy*.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, (2016), *Manajemen Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Oliviani, dkk. (2015). *Faktor - faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pasien di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUP Prof. Dr. R. D. Kandau Manado*

Paul A. James, MD; Suzanne Oparil, MD; Barry L. Charter, PharmD; William C Cusman, M. C. D. (2013). *2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eight Joint National Committee (JNC) 8.*

Romiko. (2018). *Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Lama Waktu Tunggu Pasien Di IGD RS Muhammadiyah Palembang, 2.*

Vicki C Patrick dan John Fazio. (2018). *Praktik Keperawatan Gawat Darurat. In Yanny Trisyani (Ed.), Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy. Indonesia: ELSEVIER.*

Wiler, J. L., Handel, D. A., Ginde, A. A., Aronsky, D., Genes, N. G., Hackman, J. L., ... Fu, R. (2012). *Predictors of patient length of stay in 9 emergency departments. American Journal of Emergency Medicine, 30(9), 1860–1864.* <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.03.028>

Lampiran 1

Curriculum Vitte

Nama : Bayu Setiawan
Tempat Tanggal Lahir : Bogor 01 Juli 1991
Agama : Islam
Alamat : Bulak Banteng Kidul XIB no. 9 Surabaya.
Email : bayusetiawan1b@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Lulus TK Harapan Indah Surabaya Tahun 1998
2. Lulus SDN Sidotopo Wetan IV Surabaya Tahun 2003
3. Lulus SMPN 18 Surabaya Tahun 2006
4. Lulus SMA Wachid Hasyim I Surabaya 2009
5. Lulus D3 AKPER Adi Husada 2014

Lampiran 2

MOTTO

Go Hard Or Go Home

(135cc)

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan tugas akhir ini kepada:

1. Allah SWT yang senantiasa selalu memberikan kekuatan, kemudahan dan meridhoi setiap langkahku.
2. Pak slamet yang selalu memberikan nasihat dan petunjuk serta tidak bosan untuk memberi motivasi.
3. Istri saya Nur Tarfiah, terimakasih atas doa dan semangat yang diberikan, serta selalu menemani.
4. Dosen pembimbing Bapak Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep, terima kasih sudah membimbing dan memberikan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Bu siti nurhayati S.Kep.,Ns selaku kepala ruangan IGD dan Bu Atik HRD RS Premier Surabaya yang memberikan kesempatan saya untuk menempuh Pendidikan S1 di STIKES Hang Tuah Surabaya.
6. Semua Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, teman sejawat di Ruang IGD RS Premier Surabaya yang sudah membantu memberikan semangat dan dorongan untuk menyelesaikan skripsi ini.
7. Seluruh rekan – rekan B14 yang selalu kompak dan semangat dalam mengerjakan skripsi, dan senantiasa membantu, terimakasih atas semangat serta waktu yang sudah kita jalani selama 1,5 tahun ini.
8. GODENG RX KING yang telah menemani kemana saya pergi.
9. Mas indra HD yang telah mengajari saya spss.

Lampiran 3

Surat Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

	<p>YAYASAN NALA <i>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya</i> RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id</p>
Surabaya, 17 November 2022	
Nomor : B / 025.Par.1 / XI / 2022 / S1KEP Klasifikasi : BIASA. Lampiran : -- Perihal : Permohonan Ijin : <u>Studi Pendahuluan</u>	Kepada Yth. Kadep Bangdiikat RS Premier Jl. Nginden Barat Intan Blok B di <u>Surabaya</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam rangka penyusunan proposal Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Pararel STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2022/2023, mohon Kadep Bangdiikat RS Premier Surabaya berkenan mengijinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data pendahuluan di Rumah Sakit Premier Surabaya. 2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya : Nama : Bayu Seliawan NIM : 2111031 Judul penelitian : Penerapan <i>Response Time</i> Perawat Dalam Melaksanakan Pengananan Kegawatdaruratan di Ruang IGD RS Premier Surabaya 3. Mengalir dari titik dua, memperhatikan protokol pencegahan Covid-19 maka pengambilan data akan dilakukan tanpa kontak langsung dengan responden. Pengambilan data dilakukan melalui media daring antara lain: <i>Whatsapp</i>, <i>Google form</i>, dan lain-lain. 4. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih. 	
Surabaya, 17 November 2022 Kaprodi S1 Keperawatan  Puji Hastuti, S.Kep.Ns, M.Kep NIP. 03.010	
<u>Tembusan :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketua Pengurus Yayasan Nala 2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby. (Sbg. Lap.) 3. Kadep Keperawatan RS Premier Surabaya 4. Kepala Ruangan IGD RS Premier Surabaya 5. Prodi S1 Keperawatan Sebagai Arsip 	

LEMBAR KONSUL/BIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI
MAHASISWA STIKES HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022

Nama / NIM : Bayu Setiawan / 211131
Nama Pembimbing : Drs. Setiadi, S.Kep., Nc., M.Kep.

NO	HARI/ TANGGAL	BAB / SUB BAB	HASIL KONSUL / BIMBINGAN	TANDA TANGAN
	10 Senin 14/11	1 Qm,0	Revisi Revisi Bab 8 Revisi lengkap keseluruhan Materi di subbab Keperawatan Cela / Keperawatan Bimbingan	



RS Premier Surabaya

No. : 09/RSPS/HRD/II/2023
Lamp. :-
Hal : Jawaban Permohonan Pengambilan Data Penelitian

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Ketua
STIKES HANG TUAH SURABAYA
Fakultas Keperawatan
Jl Gadung No 1 Surabaya

Up. Yth. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.Ns., M.Kep

Dengan hormat,

Menjawab surat tertanggal 03 Februari 2023 No.B/020.Par.1/II/2023/S1KEP perihal
Permohonan Ijin Pengambilan Data guna penyusunan penelitian skripsi :

Nama : Bayu Setiawan
NIM : 2111031

Dengan ini kami sampaikan bahwa kami dapat membantu mahasiswa Ibu untuk melakukan
Pengambilan Data di RS. Premier Surabaya, dengan judul penelitian : Faktor Yang Berhubungan
Dengan Ketepatan Penanganan Pasien di Ruang IGD RS Premier Surabaya.

Demikian disampaikan dan kami mengucapkan terima kasih atas perhatiannya terhadap
Rumah Sakit Premier Surabaya.

Surabaya, 03 Februari 2023



Rahmadi Mulyo Widiyanto, S.H., M.Hum.,
Manajer Sumber Daya Manusia

RS Premier Surabaya
Jl. Nginden Intan Barat Blok B
Surabaya 60118, Indonesia



PERSETUJUAN ETIK
(Ethical Approval)

Komite Etik Penelitian
Research Ethics Committee
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gedung No. 1 Telp. (031) 5411721. Fax. (031) 5411721 Surabaya

No: PE/16/II/2023/KEP/SHT

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Bayu Setiawan
Principal In Investigator

Peneliti lain : -
Participating In Investigator(s)

Nama Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya
Name of the Institution

Dengan Judul:
Title

**"Faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Penanganan Pasien di Ruang IGD
RS Premier Surabaya"**

"The Related Factors of Safe Patients Handling in the Emergency Room of Surabaya Premier Hospital"

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Peretujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentially and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfilment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 17 Februari 2023 sampai dengan tanggal 17 Februari 2024.

The declaration of ethics applies during the period February 17, 2023 until February 17, 2024.


 Ketua KEP
 Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep.
 NIP. 03017

Lampiran 4

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Irfan Zarkoni
 Tanggal lahir : 30 NOVEMBER 1990
 Alamat : Perum De carbrasa Sutodono
 Jenis kelamin : laki - laki
 Status kepegawaian : karyawan
 Pendidikan : D III

Pelatihan yang diikuti dalam 2 tahun terakhir:
 - PPGD + ACLS .

menyatakan bahwa saya bersedia untuk menjadi responden penelitian yang berjudul "Faktor yang berhubungan dengan ketepatan penanganan pasien di ruang IGD RS Premier Surabaya". Demikian surat pernyataan ini saya buat tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, januari 2023

Responden


 (Irfan Z .)

Peneliti


 (B .)

LEMBAR OBSERVASI

Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Penanganan Pasien Di Ruang Igd Rs Premier Surabaya.

Petunjuk Pengisian:

1. Lembar diisi oleh peneliti
2. Tulis identitas pasien pada lembar observasi
3. Tulis identitas perawat pada lembar observasi
4. Tulis tanggal kedatangan saat pasien berobat ke IGD
5. Tulis prioritas penanganan kegawatdaruratan (triase)
6. Kolom total waktu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan sesuai dengan triase
7. Kolom keterangan diisi alasan lama waktu tunggu pasien di IGD

no	Nama perawat	Usia perawat	pendidikan	shift	Nama pasien	Tgl kedatangan	Jam kedatangan	ket
1	S.N.	53	S1	P	Tn. A	3/1/23	06.30	
2	R.H.	49	S1	P	ky. G	4/1/23	08.00	
3	M.F	50	D3	S	Tn. B	1/1/23	15.15	
4	HNP	39	D3	S	ky. M	5/1/23	16.20	
5	A.N	32	S1	P	ky. D	2/1/23	10.10	
6	N.R	32	D3	S	Tn. I	7/1/23	17.45	
7	I.Z	32	D3	P	Tn. K	5/1/23	12.10	
8	I.K	35	D3	M	Tn. E	2/1/23	23.05	
9	B.S	31	D3	P	Tn. F	3/1/23	11.55	
10	F.L	32	S1	P	Tn. J	6/1/23	07.30	
11	A.R	31	S1	P	An. L	1/1/23	09.45	
12	D.C	34	D3	S	ky. K	2/1/23	18.55	
13	Y.D	29	S1	S	ky. G	6/1/23	14.35	
14	D.T	30	S1	S	Tn. I	7/1/23	20.20	
15	L.S	48	D3	P	An. K	6/1/23	07.10	
16	S.F	32	S1	S	An. N	1/1/23	16.15	
17	D.K	31	S1	P	Tn. W	3/1/23	08.05	
18	H.S	29	D3	S	Tn. J	4/1/23	20.05	
19	F.P	29	S1	S	An. M	7/1/23	20.55	

no	Nama perawat	Kategori triage	Waktu tunggu	kesimpulan	ket
1	S. V	3	25 mt	Tepat	
2	R. H	4	45 mt	tepat	
3	M. F	3	10 mt	Tepat	
4	M. N. P	4	50 mt	Tepat	
5	A. N	2	2 mt	Tepat	
6	N. R	5	65 mt	tidak	
7	I. Z	4	35 mt	Tepat	
8	I. K	3	60 mt	Tepat	
9	B. S	3	30 mt	Tepat	
10	F. L	4	40 mt	Tepat	
11	A. P	3	30 mt	Tepat	
12	D. C	3	40 mt	tidak	
13	Y. D	4	65 mt	tidak	
14	D. T	2	12 mt	tidak	
15	L. S	3	5 mt	Tepat	
16	S. F	4	55 mt	Tepat	
17	O. K	4	50 mt	Tepat	
18	H. S	4	60 mt	tidak	
19	F. P	3	35 mt	tidak	

Standar Prosedur Operasional Pendaftaran Pasien di Instalasi Gawat Darurat

Tabel 5.1 Standar Prosedur Operasional Pendaftaran Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Premier Surabaya

 RS Premier Surabaya	PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT		
	No. Dokumen NUR-IGD-00-000	No. Revisi 00	Halaman
Standar Prosedur Operasional	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur Rumah Sakit Dr Hartono Tanto, M.Kes	
<p>Pengertian</p> <p>Proses registrasi pasien yang berkunjung ke IGD RS Premier untuk mendapatkan pelayanan darurat.</p> <p>Pendaftaran pasien gawat darurat meliputi pendaftaran pasien IGD, Klinik Umum, Hemodialisis dan Klinik Nyeri.</p> <p>Tujuan</p> <p>Sebagai acuan bagi petugas dalam melakukan prosedur pendaftaran bagi pasien gawat darurat untuk upaya keselamatan pasien.</p> <p>Kebijakan</p> <p>Sesuai SK Direktur RS.Premier Surabaya No: 011/KPTS-RSPS/X/2015 tentang Pendaftaran Rawat Inap Dan Rawat Jalan Di RS Premier Surabaya yaitu :</p> <p style="text-align: center;">1) Pendaftaran IGD</p> <p>Pendaftaran di IGD untuk pasien rawat jalan, dan gawat darurat/ <i>emergency</i> dapat dilakukan dalam 24 jam.</p> <p>Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapkan peralatan yang diperlukan <ol style="list-style-type: none"> 1) Formulir registrasi pasien 2) Label kosong 3) Struk pendaftaran 			

 RS Premier Surabaya	PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT	
	No. Dokumen NUR-IGD-00-000	No. Revisi 00
<p>4) Akses sistem <i>trackcare</i> komputer</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien dan keluarga atau pengantar pasien datang ke IGD, 3. Perawat IGD memberi salam dan menanyakan nama lengkap pasien dan keluhan, kemudian melakukan triase dengan menanyakan keluhan pasien dan pemeriksaan tanda vital dan penilaian kategori triase untuk menentukan pasien di layani di Klinik Umum atau IGD, 4. Pasien dengan kategori triase 5 pasien didaftar di Klinik Umum, pasien dengan kategori triase 1 – 4 didaftar sebagai pasien IGD, untuk pasien perawatan luka dengan kategori triase 5 di daftar di IGD, 5. Apabila jam pelayanan Klinik Umum tutup semua pasien dilayani di IGD, 6. Perawat IGD mempersilahkan pasien atau keluarga untuk ke tempat pendaftaran IGD, 7. Petugas pendaftaran IGD menanyakan kepada pasien, pengantar atau keluarga apakah pasien pernah mendapat pelayanan/ berobat di RS Premier atau belum, <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien lama adalah pasien yang sebelum kunjungan ini pernah dilayani/ berobat apakah sebagai pasien rawat jalan, rawat inap atau rawat darurat dan telah mempunyai nomor rekam medis dan kartu identitas berobat. 2) Pasien baru adalah pasien yang pertama kali datang ke RS Premier. 8. Setelah mengetahui nama pasien dan nomor MR nya, petugas melakukan identifikasi kepada pasien dan menanyakan tentang nama lengkap pasien dan tanggal lahir, serta memastikan adakah perubahan alamat dan nomor telepon untuk pasien lama dengan memeriksa data di EMR, apabila ada perubahan petugas harus mengganti data pasien, 9. Petugas pendaftaran kemudian akses ke <i>trackcare</i>, pendaftaran IGD/ Klinik Umum, dengan cara menginput tanggal lahir/ nomor MR (<i>Medical Record</i>), <i>update</i>. Kemudian klik pada nomor MR pasien dan memasukkan nama dokter jaga, isi nama <i>user</i> dan lakukan <i>update</i> dan <i>print</i> label pasien. 10. Untuk pasien baru petugas pendaftaran memberikan Formulir Registrasi Pasien dan mempersilahkan untuk mengisi data pasien dan penanggung jawab pada formulir pendaftaran secara lengkap. 		

 RS Premier Surabaya	PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT	
	No. Dokumen NUR-IGD-00-000	No. Revisi 00
<p>11. Petugas pendaftaran memberikan formulir persetujuan umum (<i>General Consent</i>) untuk dibaca oleh pasien atau keluarga dan diminta untuk ditandatangani.</p> <p>12. Petugas pendaftaran melakukan input data ke <i>trackcare</i> untuk pendaftaran di IGD, Klinik Umum atau Klinik Nyeri, kemudian melakukan cetak label.</p> <p>13. Untuk pendaftaran Klinik Nyeri sama dengan pendaftaran di OPD rawat jalan, dengan melihat slot pasien sesuai dengan waktu dan dokter yang telah dipilih oleh pasien,</p> <p>14. Petugas kasir menanyakan untuk pembayaran pasien apakah akan ditanggung asuransi/ perusahaan/ pribadi. Bila pasien ditanggung perusahaan atau asuransi petugas meminta kepada pasien, surat jaminan/ kartu berobat/ kartu asuransi, kemudian mencocokkan nama dan masa berlaku kartu.</p> <p>15. Petugas kasir melakukan foto pada pasien dengan menggunakan kamera yang ada di <i>counter</i> pendaftaran dan melakukan scan identitas pasien (KTP/ SIM/ Paspor dan kartu asuransi).</p> <p>16. Petugas pendaftaran mempersilahkan kepada pasien dan keluarga untuk menunggu karena pendaftaran di IGD akan mendahulukan pasien yang lebih parah dan tidak berdasarkan kedatangan.</p> <p>17. Pasien dengan kondisi <i>emergency</i> pasien langsung dimasukkan ke IGD untuk segera diberikan pelayanan, kemudian petugas pendaftaran melakukan pendaftaran di IGD.</p> <p>18. Untuk pasien yang datang ke IGD tanpa identitas pasien akan di daftar sebagai MR "X", "X1", "X2" dst, atau MRS "Y", "Y1", "Y2", dst, dan dicatat tanggal kelahirannya pada tanggal diperiksa, sambil mendapatkan data yang benar. Apabila sudah mendapat data pribadi pasien data pasien akan diganti sesuai identitas pasien di KTP/ SIM/ PASPOR.</p> <p>19. Petugas kasir melakukan cetak label pasien.</p> <p>Unit Terkait : IGD <i>Front Office</i></p>		

 RS Premier Surabaya	PENDAFTARAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT	
	No. Dokumen NUR-IGD-00-000	No. Revisi 00
Referensi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/ MENKES/ SK/ II/ 2008. Undang – Undang RI No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Sumber: Standar Prosedur Operasional RS Premier Surabaya.		

TABEL FREKUENSI DATA RESPONDEN

Correlations

		usia perawat	pendidikan perawat	jam kerja	lama bekerja	ketepatan penanganan	
Spearman's rho	usia perawat	Correlation Coefficient	1.000	-.083	.027	.715**	.351
		Sig. (2-tailed)	.	.737	.912	.001	.141
		N	19	19	19	19	19
	pendidikan perawat	Correlation Coefficient	-.083	1.000	-.045	-.279	.109
		Sig. (2-tailed)	.737	.	.855	.247	.658
		N	19	19	19	19	19
	jam kerja	Correlation Coefficient	.027	-.045	1.000	.011	.191
		Sig. (2-tailed)	.912	.855	.	.966	.434
		N	19	19	19	19	19
	lama bekerja	Correlation Coefficient	.715**	-.279	.011	1.000	.616**
		Sig. (2-tailed)	.001	.247	.966	.	.005
		N	19	19	19	19	19
	ketepatan penanganan	Correlation Coefficient	.351	.109	.191	.616**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.141	.658	.434	.005	.
		N	19	19	19	19	19

** . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

usia perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26 tahun - 35 tahun	15	78.9	78.9	78.9
Valid 46 tahun - 55 tahun	4	21.1	21.1	100.0
Total	19	100.0	100.0	

pendidikan perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D3	8	42.1	42.1	42.1
Valid S1 KEP.Ns	11	57.9	57.9	100.0
Total	19	100.0	100.0	

jam kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pagi	9	47.4	47.4	47.4
Valid siang	9	47.4	47.4	94.7

malam	1	5.3	5.3	100.0
Total	19	100.0	100.0	

lama bekerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 10 tahun	10	52.6	52.6	52.6
10tahun - 20 tahun	6	31.6	31.6	84.2
> 20 tahun	3	15.8	15.8	100.0
Total	19	100.0	100.0	

ketepatan penanganan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tepat	6	31.6	31.6	31.6
tepat	13	68.4	68.4	100.0
Total	19	100.0	100.0	

Statistics

	usia perawat	status kepegawaian	jenis kelamin perawat	pelatihan yang pernah diikuti dalam 2 tahun terakhir
N Valid	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0
Mean	2.42	1.00	1.68	1.37
Median	2.00	1.00	2.00	1.00
Std. Deviation	.838	.000	.478	.496
Minimum	2	1	1	1
Maximum	4	1	2	2

usia perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26 tahun - 35 tahun	15	78.9	78.9	78.9
46 tahun - 55 tahun	4	21.1	21.1	100.0
Total	19	100.0	100.0	

status kepegawaian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tetap	19	100.0	100.0	100.0

jenis kelamin perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perempuan	6	31.6	31.6	31.6

	laki - laki	13	68.4	68.4	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

pelatihan yang pernah diikuti dalam 2 tahun terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ppgd	12	63.2	63.2
Valid	ppgd + acs	7	36.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0