



SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU
TANGGAP PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN
DI IGD RS STELLA MARIS MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH :

MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)

NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
MAKASSAR
2020**



SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN DI IGD RS STELLA MARIS MAKASSAR

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar**

OLEH:

**MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)
NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
MAKASSAR
2020**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, nama :

1. Meliana Bertha Oktovianus (C1814201217)
2. Naning Karlina Limbong (C1814201221)

Menyatakan dengan sungguh bahwa skripsi ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 03 April 2020

Yang menyatakan,

(Meliana Bertha Oktovianus)

C1814201217

(Naning Karlina Limbong)

C1814201221

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP
PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN DI IGD
RS STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan oleh:

**MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)
NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)**

Disetujui oleh:

Pembimbing

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Yunita Carolina, Ns., M.Kep)

NIDN:0904078805

(Henny Pongantung, Ns., MSN, DN.Sc)

NIDN:0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP
PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN DI IGD
RS STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)
NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)

Yang telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Yunita Carolina,Ns.M.Kep)
NIDN: 0904078805

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 03 April
2020 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima
Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Mery Sambo,Ns.,M.Kep)
NIDN: 0930058102

(Siprianus Abdu,S.,Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0928027101

Penguji III

(Yunita Carolina,Ns.,M.Kep)
NIDN: 0904078805

Makassar, 03 April 2020
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu,S.,Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

1. Meliana Bertha Oktovianus (C1814201217)
2. Naning Karlina Limbong (C1814201221)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat, dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 03 April 2020

Yang menyatakan,

Meliana Bertha Oktovianus

Naning Karlina Limbong

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala penyelenggaraan bantuan dan bimbinganNya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Faktor-Faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar”**.

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program Sarjana Keperawatan dan persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan skripsi ini.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus sebagai dosen Biostatistik STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun proposal ini.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi,SKp.,MSN, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Fr. Blasius Perang,CMM.,M.Psy selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar
5. Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep,Sp,KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

6. Yunita Carolina, Ns.M.Kep, selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Bapak dan ibu dosen serta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
8. Pimpinan Rumah Sakit Stella Maris Makassar khususnya bagian instalasi gawat darurat yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Meliana Bertha Oktovianus (Drs.Oktovianus dan Asni Jaya), Adik serta keluarga dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moral dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Naning Karlina Limbong (Simon Sule dan Sriatun), kakak serta saudara dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moral dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
11. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih untuk kebersamaannya selama ini. Sukses buat kita semua.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini, terkhusus buat Ade Saputra, S.Kep.,Ns., Fery Dona S.Kep.,Ns., Firmawaty Naim Amd.Kep., di ruang IGD Stella Maris. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas jasa-jasa yang telah diberikan kepada kami dalam penyelesaian skripsi ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar menjadi sumber inspirasi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

Makassar, April 2020

Penulis

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP

PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN DI IGD RUMAH SAKIT

STELLA MARIS MAKASSAR

(dibimbing oleh Yunita Carolina)

MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)

NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)

ABSTRAK

Waktu tanggap adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. Waktu tanggap pelayanan kegawatdaruratan akan menggambarkan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bersifat segera, cepat dan tepat. Selain itu waktu tanggap juga bertujuan mencegah keterlambatan penanganan pada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Desain penelitian *observasional* analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Non probability sampling*, dengan menggunakan *metode total sampling*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 19 responden. Uji yang digunakan adalah uji statistic *Chi-Square* nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test*. Hasil Hasil analisis uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan pengetahuan triase dengan waktu tanggap (p value = 0,003), tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan waktu tanggap (p value = 0,650) dan ada hubungan beban kerja dengan waktu tanggap (p value = 0,020). Adanya hubungan pengetahuan triase dan beban kerja dengan waktu tanggap memperkuat teori bahwa pengetahuan mengenai triase secara langsung mempengaruhi waktu tanggap dalam pelayanan kegawatdaruratan. dengan beban kerja yang diberikan kepada perawat IGD yang sangat fluktuatif tergantung kondisi pasien yang ditangani, ditambah banyaknya jumlah pasien dan shift kerja yang panjang melebihi kapasitas kerja manusia normal dikhawatirkan dapat menurunkan produktivitas dan stress akibat beban kerja yang tinggi.

Kata kunci : Instalasi Gawat Darurat, Waktu Tanggap, Pengetahuan Triase, Tingkat Pendidikan, Beban Kerja.

Kepustakaan : 2012-2019

**RELATED FACTORS WITH RESPONSE TIME OF NURSES AND MIDWIFES
HEALTH CARE IN EMERGENCY ROOM OF STELLA MARIS HOSPITAL**

MAKASSAR

(Supervised by Yunita Carolina)

MELIANA BERTHA OKTOVIANUS (C1814201217)

NANING KARLINA LIMBONG (C1814201221)

ABSTRACT

The response time is a patient-handling speed, counted from the time the patient arrived until the treatment is taken. The response time of emergency services will describe the immediate, fast, and precise implementation of health services. Moreover, the response time also aims to prevent the late handling of a patient. This research is aimed to know any factors related to the response time of nurses and midwife services at the Emergency Installation of Stella Maris Hospital Makassar. The research design of this research is *observational analytic* with *cross sectional* approach. *Non probability sampling* is used as a sampling technique for this research, and using the *total sampling method*. The sample of this research has a total number of 19 respondents. The test used in this research is *Chi-Square* statistical test, the p value is read at *Fisher's Exact Test*. The results of statistical test showed that there is a correlation between triage knowledge and the response time (*p value* = 0,003), no correlation between the level of education and the response time (*p value* = 0,650), and a correlation between workload and the response time (*p value* = 0,020). The correlation between triage knowledge and workload with the response time reinforces the theory saying that knowledge of triage directly influences the response time in emergency services. With a fluctuating workload given to the nurses of emergency installation depends on the patients' condition being treated, plus the number of patients and the long work shifts exceeding normal human capacity, the decreased productivity and the stress due to high workloads then become a matter to worry about.

Keywords: Emergency Installation, Response Time, Triage Knowledge, The Level of Education, Workload.

Literature: 2012-2019

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	7
1. Bagi Rumah Sakit	7
2. Bagi Peneliti Selanjutnya	7
3. Bagi Profesi Keperawatan	7
4. Bagi Institusi	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Konsep Kegawatdaruratan.....	8
1. Defenisi Instalasi Gawat Darurat	8
2. Pelayanan Gawat Darurat	8
3. Triase	12
a. Pengertian	12
b. Sistem Triase	13

c. Tujuan Triase	16
d. Triase di Instalasi Gawat Darurat	17
e. Metode Triase	18
B. Tinjauan Umum Tentang Waktu Tanggap	28
C. Tinjauan Umum tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap	30
1. Pengetahuan Triase	30
2. Tingkat Pendidikan	33
3. Beban Kerja	34
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep	38
B. Hipotesis	39
C. Definisi Operasional	39
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	41
B. Tempat dan Waktu	42
C. Populasi dan Sampel	42
1. Populasi	42
2. Sampel	42
D. Instrumen Penelitian	43
E. Pengumpulan Data	44
1. Etika Penelitian	44
a. Informed Consent	44
b. Anonymity	45
c. Confidentiality	45
2. Pengumpulan Data	45
a. Data Primer	45
b. Data Sekunder	45
F. Pengolahan dan Penyajian Data	45
1. Pemeriksaan Data (Editing)	46
2. Pemberian Kode (Coding)	46
3. Menyusun Data (Tabulating)	46
4. Memproses Data (Processing)	46

5. Pengecekan Kembali Data (Cleaning)	47
G. Analisis Data	47
1. Analisis Univariat	47
2. Analisis Bivariat	47
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	49
1. Pengantar	49
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	50
3. Penyajian Karakteristik Data Umum	52
a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	52
b. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	53
4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti	53
a. Analisa Univariat	53
b. Analisa Bivariat	56
B. Pembahasan	59
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	71
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: 3.1 Kerangka Konseptual	38
Gambar 2 : 4.1 Skema Observasional Analitik Cross Sectional	41

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : *Informed Consent*
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4 : Lembar Observasi dan Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Rekomendasi Penelitian
- Lampiran 6 : Tabel Output SPSS
- Lampiran 7 : Master Tabel
- Lampiran 8 : Lembar Konsul

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	39
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020	51
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020	52
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Waktu Tanggap di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020	52
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Triase di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020 .	53
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020	53
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Beban Kerja di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020	54
Tabel 5.7 Analisis Hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	55
Tabel 5.8 Analisis Hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	56
Tabel 5.9 Analisis Hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	57

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

<	: Lebih kecil
≥	: Lebih Besar
α	: Derajat kemaknaan
Anonymity	: Tanpa Nama
<i>Airway</i>	: Jalan Napas
<i>Assessment</i>	: Penilaian Awal
ATS	: <i>Australia Triage System</i>
Bivariat	: Analisa yang digunakan pada kedua variabel
<i>Breathing</i>	: Pernapasan
<i>Circulation</i>	: Sirkulasi
CTAS	: <i>Canadian Triage Acquity System</i>
Dependen	: Variabel terikat
<i>Disability</i>	: Pergerakan
DOA	: <i>Death On Arrival</i>
ESI	: <i>Emergency Severity Index</i>
<i>Exposure</i>	: Paparan
<i>Evaluation</i>	: Evaluasi
exp(B)	: Nilai eksponen dari B
H _a	: Hipotesis Alternatif
H _o	: Hipotesis null
Independen	: Variabel Bebas

Informed Consent	: Lembar Persetujuan
<i>In Hospital</i>	: Kondisi di Dalam Rumah Sakit
<i>Intervention</i>	: Perencanaan
IMA	: <i>Infark Miokard Acute</i>
<i>Implementation</i>	: Melaksanakan
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
MTS	: <i>Manchester Triage Scale</i>
ρ	: Nilai kemungkinan/ <i>probability continuity</i>
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
<i>Pre Hospital</i>	: Kondisi Sebelum di Rumah Sakit
Processing	: Proses data
<i>Post Hospital</i>	: Setelah Pulang dari Rumah Sakit
Response Time	: Waktu Tanggap
RN	: <i>Registered Nurse</i>
SPSS	: <i>Statistical Program for social science</i>
START	: <i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>
<i>Time Saving is Life Saving</i>	: Waktu adalah nyawa

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Instalasi Gawat Darurat sebagai gerbang utama penanganan kasus gawat darurat dirumah sakit memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan hidup klien (Keputusan Menteri Kesehatan, 2018). Gawat darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan harus memiliki sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai dan alat kesehatan (Permenkes RI no.47, 2018). Pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat di instalasi gawat darurat (IGD) harus memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Penanganan gawat darurat mempunyai filosofi *Time Saving it's Life Saving*, artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Kematian akibat kegagalan sistem otak, sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler dapat menyebabkan kematian dalam waktu 4-6 menit (Kristanty.P, dkk, 2016).

Prinsip utama dalam pelayanan di IGD adalah *respon time*, baik standar nasional maupun standar internasional. Waktu tanggap pelayanan kegawatdaruratan akan menggambarkan pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bersifat segera, cepat dan tepat. Selain itu waktu tanggap juga bertujuan mencegah keterlambatan penanganan pada pasien. Waktu tanggap adalah saat tibanya pasien di pintu IGD rumah sakit sampai mendapat respon atau tindakan dari petugas IGD dengan memberikan pelayanan sesuai kebutuhan

pasien (SPKGD, KemenKes-RI, 2011). Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap perawat dalam melakukan tugasnya, faktor tersebut adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, pendidikan, lama kerja, umur, motivasi dan jenis kelamin. Faktor eksternal adalah imbalan dan sarana prasarana (Ahmad, 2012). Sedangkan menurut Yoonet al (2014) mengemukakan faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi keterlambatan penanganan waktu tanggap kasus gawat darurat antara lain karakteristik pasien (triase), ketersediaan stretcher dan petugas kesehatan, pelaksanaan manajemen, keterampilan perawat dan beban kerja perawat.

Maatilu (2014) dalam penelitiannya membuktikan waktu tanggap perawat pada penanganan pasien gawat darurat yang semakin lama dapat menurunkan usaha penyelamatan pasien dan terjadinya perburukan kondisi pasien. Jika waktu tanggap lambat akan berdampak pada kondisi pasien seperti rusaknya organ-organ dalam atau komplikasi, kecacatan bahkan kematian dan apabila waktu tanggap cepat maka akan berdampak positif yaitu mengurangi beban pembiayaan, tidak terjadi komplikasi dan berkurangnya angka mortalitas dan morbiditas (Kepmenkes, 2015).

Kondisi IGD yang padat dan tidak terprediksi juga merupakan tantangan dalam pelayanan kegawatdaruratan. Kepadatan ini menurut *Institute of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat dianggap sebagai krisis nasional. Kepadatan pasien IGD selain mengancam privasi pasien juga membuat frustrasi staf IGD (Datusananaty, 2015). Sehingga untuk dapat menangani dan memberikan pelayanan yang optimal, tentunya perawat yang bekerja di IGD dituntut untuk memiliki kecekatan, keterampilan, dan kesiagaan setiap saat. Dengan beban kerja yang diberikan kepada perawat IGD yang sangat fluktuatif tergantung kondisi pasien yang ditangani, ditambah banyaknya jumlah pasien dikhawatirkan akan mengakibatkan penurunan produktivitas akibat beban kerja yang tinggi (Hendianti, 2013). Menurut Paulus dkk (2016) dalam penelitiannya yang berjudul hubungan beban kerja perawat dengan waktu tanggap pelayanan keperawatan gawat darurat menurut persepsi pasien di IGD RSUD Kab. Sorong menggambarkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat dengan waktu tanggap

pelayanan. Hasil observasi peneliti di IGD RS Stella Maris Makassar didapatkan pada shift sore adalah rata-rata kunjungan terbanyak dengan presentasi sebesar 50% dari jumlah total kunjungan/hari. Didapatkan hasil rata-rata waktu tanggap 8-10 menit/pasien. Rata-rata kunjungan IGD perhari adalah 88 pasien yang terbagi dalam 3 shift dan jumlah perawat per shift 5 orang kecuali shift malam sebanyak 4 orang. Metode keperawatan yang digunakan adalah metode kasus dengan sistem pembagian tugas. Dari hasil observasi penulis, tugas masing-masing anggota terkadang terabaikan oleh karena jumlah kunjungan pasien yang banyak dan masing masing perawat bertanggung jawab pada kasus atau pasiennya masing-masing.

Oleh sebab itu dibutuhkan sistem triase sebagai panduan dalam pelayanan kegawatdaruratan untuk mengontrol pelayanan pasien sesuai dengan tingkat kegawatan pasien. Triase merupakan tingkatan klasifikasi pasien berdasarkan penyakit, keparahan, prognosis dan ketersediaan sumber daya. Dalam kegawatdaruratan sehari-hari, triase lebih tepat dikatakan sebagai metode untuk secara cepat menilai keparahan kondisi, menetapkan prioritas dan memindahkan pasien ke tempat yang paling tepat untuk perawatan (Datusananaty, 2015). Wa Ode dkk (2012) dalam penelitiannya yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus pada *response time* di IGD RSUP DR. Wahidin Makassar menunjukkan hasil bahwa ketersediaan petugas triase merupakan faktor yang berhubungan erat dengan waktu tanggap. Hasil pengumpulan data peneliti di IGD pada bulan September didapatkan pasien dengan kriteria gawat darurat sebanyak 102 pasien, gawat tidak darurat 156 pasien, darurat tidak gawat 263 pasien dan tidak gawat darurat 1658 pasien dengan jumlah total 2179 pasien dengan menggunakan metode triase ATS (*Australian Triage Scale*) yang mengelompokkan tingkat kegawatdaruratan pasien dalam ATS 1, 2, 3, 4 dan 5. Dalam pembagian tugas ada staf yang bertugas di triase akan tetapi tidak dapat terealisasi oleh karena petugas tersebut juga akan membantu menangani pasien yang lebih memerlukan penanganan di IGD.

Dalam upaya menyelamatkan pasien dalam waktu yang singkat di UGD sangat diperlukan pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan. Hal ini dikaitkan dengan pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi

kesalahan dalam penanganan kegawatdaruratan. Pengetahuan perawat terkait ilmu yang mendasari tindakan dalam menangani pasien gawat darurat sangat penting, karena tindakan yang cepat dan akurat tergantung dari ilmu yang dikuasai oleh petugas kesehatan di UGD (Laoh & Rako, 2014). Dalam penelitian Mudatsir dkk (2013) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pasien dengan cedera kepala di IGD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng menunjukkan hasil ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap penanganan pasien. Responden lulusan S1 dan Ners (18.8%) memiliki waktu tanggap yang baik sedangkan lulusan Diploma-III (53.1%) memiliki waktu tanggap yang buruk dikarenakan kurangnya pengetahuan dalam menangani pasien dan belum mengikuti pelatihan kegawatdaruratan. Sedangkan menurut hasil wawancara penulis dengan kepala ruangan IGD RS Stella Maris Makassar, masih ada 3 orang perawat yang belum mengikuti pelatihan BTCLS dan 4 orang bidan di IGD yang belum mengikuti pelatihan PONEK. Jumlah perawat IGD sebanyak 21 orang, S.Kep.Ns : 7 orang, S1 Keperawatan.: 1 orang, Diploma-III Keperawatan : 9 orang, Diploma-III kebidanan: 4 orang.

Kunjungan pasien di instalasi gawat darurat (IGD) terus bertambah tiap tahunnya. Peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh IGD rumah sakit dunia (Bashkin et al, 2015). Pada tahun 2010, data kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di seluruh Indonesia mencapai 4.402.205 (13,3% dari total seluruh kunjungan di RSU) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit Umum 1.033 Rumah Sakit Umum dari 1.319 Rumah Sakit yang ada. Jumlah yang signifikan ini kemudian memerlukan perhatian yang cukup besar dengan pelayanan pasien gawat darurat (Keputusan Menteri Kesehatan, 2015). Hasil rekapitulasi jumlah kunjungan pasien di IGD RS Stella Maris 3 bulan terakhir tahun 2019 yang dihimpun oleh penulis adalah bulan juli sebanyak 2655 pasien, agustus 2314 pasien, dan bulan September sebanyak 2179 pasien. Dari hasil wawancara dengan kepala bagian IGD RS Stella Maris Makassar ada 3 keluhan pasien yang didapatkan dari bulan September hingga oktober mengenai lambatnya pelayanan perawat.

Waktu tanggap menjadi salah satu indikator pengendalian mutu di IGD RS Stella Maris. Karena waktu tanggap pelayanan pasien menjadi faktor penting dalam pemeliharaan kualitas dan kuantitas pelayanan rumah sakit, untuk itu perlu diketahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan waktu tanggap yang akan menjadi acuan dalam peningkatan pelayanan kegawatdaruratan.

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan inilah yang mendasari tim peneliti merasa tertarik untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar

B. Rumusan Masalah

Waktu tanggap gawat darurat merupakan saat tibanya pasien di pintu IGD rumah sakit sampai mendapat respon atau tindakan dari petugas IGD dengan memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien (SPKGD, KemenKes-RI, 2011). Kepadatan jumlah pasien yang mengakibatkan beban kerja meningkat, tingkat pendidikan dan pengetahuan triase merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar

Berdasarkan fenomena di atas maka muncul suatu perumusan masalah yaitu:

1. Apakah ada hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar?
2. Apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar?
3. Apakah ada hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi waktu tanggap perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- b. Untuk mengidentifikasi pengetahuan triase perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- c. Untuk mengidentifikasi tingkat pendidikan perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- d. Untuk mengidentifikasi beban kerja perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- e. Untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- f. Untuk menganalisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.
- g. Untuk menganalisis hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit (Rumah Sakit Stella Maris Makassar)

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan bisa meningkatkan kinerja tenaga perawat sehingga dapat terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat di RS Stella Maris Makassar.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis tentang waktu tanggap dalam pelayanan gawat darurat.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan perawat dan bidan untuk evaluasi kinerja pekerja medis.

4. Bagi Institusi

Manfaat dari hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber pustaka dan wacana bagi pembaca yang berada di perpustakaan dalam menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang faktor-faktor

yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan dalam pelayanan gawat darurat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Konsep Kegawatdaruratan

1. Definisi Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat adalah layanan yang disediakan untuk kebutuhan pasien yang dalam kondisi gawat darurat dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan darurat yang cepat (Hendiati, 2012).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (*response time*) (Kemenkes RI, 2014).

2. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat, dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Gawat adalah Suatu keadaan yang mengancam nyawa pasien, sedangkan darurat adalah suatu keadaan yang segera memerlukan pertolongan. Pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting (*time saving is life saving*) bahwa waktu adalah nyawa (Depkes RI, 2014).

Pelayanan kesehatan kegawatdaruratan merupakan hak asasi sekaligus kewajiban yang harus diberikan perhatian penting oleh setiap orang. Pemerintah dan segenap masyarakat bertanggung jawab dalam pemeliharaan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kegawatdaruratan sebagai bagian utama dari pembangunan kesehatan sehingga pelaksanaannya tidak sporadik dan memiliki sistem pelayanan yang terstruktur (Depkes RI, 2014).

Sudiharto dan Sartono (2011) mengatakan bahwa dalam kedaruratan kesehatan bidang garapan pelayanan gawat darurat mencakup tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia berupa : sirkulasi yang adekuat (*Circulation*), kebutuhan akan jalan nafas yang utuh tanpa sumbatan (*Airway*), kebutuhan untuk bernapas secara normal (*Breathing*), kebutuhan cairan dan, kebutuhan akan pergerakan normal (*Disability*), dan kebutuhan akan integritas fisik yang utuh (*Exposure*). Semua itu dikenal dengan ABCDE atau untuk memberikan pelayanan gawat darurat sebagai panduan *assessment*-nya adalah C (*Circulation*), A (*Airway*), B (*Breathing*), D (*Disability*), dan memastikan bahwa korban bencana memiliki keutuhan secara fisik sehingga perlu dilakukan pemeriksaan dengan dibuka pakaiannya atau diperiksa lebih lanjut atau E (*exposure*).

Bidang garapan gawat darurat dikaitkan dengan rentang gawat darurat mencakup:

a. *Pre Hospital* (Kondisi Pra Rumah Sakit)

Kondisi gawat darurat dapat ditangani pada kondisi pra rumah sakit. Hal ini dapat dilakukan dengan cara seperti : mengamankan situasi korban gawat darurat, memberikan bantuan hidup dasar sampau kondisi korban aman, atau dapat melakukan balut bidai pada korban gawat darurat.

b. *In Hospital* (Kondisi di Dalam Rumah Sakit)

Pada situasi seperti ini, korban sudah masuk dalam lingkungan rumah sakit. Tentunya hal ini akan menjadi tanggung jawab petugas kesehatan dalam memberikan bantuan medis bagi korban.

c. *Post Hospital* (Setelah Pulang dari Rumah Sakit dan Kembali Kepada Permanen Sistem)

Pada kondisi ini koban gawat darurat harus tetap dikontrol setelah keluar rumah sakit agar komplikasi yang mungkin terjadi semenjak keluar dari rumah sakit dapat segera di tangani. Hal ini membutuhkan bantuan semua orang baik korban, keluarga atau petugas kesehatan untuk sama-sama melakukan control korban setelah korban keluar dari rumah sakit.

Kondisi gawat darurat biasanya berorientasi pada resusitasi pemulihan bentuk kesadaran seseorang yang tampak mati akibat berhentinya fungsi jantung dan atau paru yang berorientasi pada otak. Keyakinan yang perlu ditanamkan bahwa (Kepmenkes, 2018) :

- a. Pertolongan diberikan karena keadaan yang mengancam kehidupan, misalnya henti nafas, henti jantung ataupun perdarahan massif akibat trauma amputasi perdarahan hebat karena aborsi atau melahirkan.
- b. Pertolongan diberikan karena mengancam kerusakan organ-organ vital, misalnya pada keadaan : keracunan, diare akut yang hebat disertai muntah-muntah, hipertensi massif, atau kematian janin dalam kandungan.
- c. Terapi Kegawatan Intensif : tindakan terbaik untuk korban sakit kritis yang akibat tidak segera diintervensi menimbulkan kerusakan organ yang akhirnya meninggal.
- d. Kasus kegawatdaruratan :
 - a) Pasien gawat dan darurat adalah pasien yang tiba-tiba dalam keadaan gawat atau akan terancam nyawanya.
Contoh kasus : pada pasien IMA (*Infark Miokard Acute*).
 - b) Pasien gawat tidak darurat adalah pasien yang berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat.
Contoh kasus : pasien dengan karsinoma (kanker).
 - c) Pasien tidak gawat tetapi darurat adalah pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba tetapi tidak mengancam nyawa.
Contoh kasus : seseorang yang baru saja digigit ular.
 - d) Pasien tidak gawat dan tidak darurat adalah pasien yang tidak mengalami kegawatan dan kegawatdaruratan.
Contoh kasus : batuk pilek.
 - e) Pasien DOA (*Death On Arrival*) adalah pasien yang datang ke rumah sakit sudah dalam keadaan meninggal.
Contoh kasus : pasien meninggal.

Sudiharto dan Sartono (2011) juga menulis dalam bukunya tentang Standar Praktik Gawat Darurat yang mengacu kepada standar praktik

Registered Nurse (RN), maka yang menjadi standar dalam keperawatan gawat darurat adalah :

- a. *Assessment*, melakukan penilaian awal kondisi korban gawat darurat berupa Primary survey dan Secondary survey.
- b. *Diagnosis*, melakukan diagnosis terhadap kondisi korban.
- c. *Intervention*, melakukan perencanaan akurat sesuai kondisi korban (tindakan langsung kepada korban).
- d. *Implementation*, melakukan implementasi lanjutan korban guna stabilitas korban. Prinsipnya bila di pelayanan kesehatan melakukan semua yang tercatat dan mencatat semua yang telah dilakukan.
- e. *Evaluation*, melakukan evaluasi serta tindakan lanjutan bagi korban.
- f. Dokumentasi, mendokumentasikan semua yang akan dilakukan dan telah dilakukan.

Prinsip umum pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di rumah sakit dari Depkes RI (2014):

- a. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*).
- b. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- c. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- d. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana).
- g. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

3. Triase

a. Pengertian

Triase berasal dari bahasa Perancis yang berarti pemilahan. Triase adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis intervensi kegawatdaruratan. Prinsip utama dari triase adalah menolong para penderita yang mengalami cedera atau keadaan yang berat namun memiliki harapan hidup (Kemenkes RI, 2018).

Sejauh penelusuran yang bisa dilakukan penulis, ada beberapa sistem triase berbasis bukti yang bisa diacu. Sistem tersebut antara lain *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) dari Canada, *Manchester Triage Scale* (MTS) dari Inggris, *Australian Triage Scale* (ATS) dari Australia, dan *Emergency Severity Index* (ESI) dari Amerika Serikat. Berbeda dengan sistem triase "klasik", sistem-sistem ini mengelompokkan pasien ke dalam lima level berjenjang. Sistem penjenjangan lima level ini lebih terpercaya dibanding dengan pengelompokan tiga level seperti pada sistem triase "klasik" (1,3). (Gilboy N, 2012).

Di Victoria, Australia prioritas *response time* berdasarkan protokol *triage* yaitu *Medical Priority Dispatch System* (MPDS). MPDS adalah pengelompokan menurut keluhan utama, tingkat keparahan keluhan, dan prioritas pengiriman. Keluhan utama dikelompokkan ke dalam lebih dari 30 prasyarat medis utama mulai dari nyeri dada sampai masalah mata. Tingkat keparahan keluhan ditentukan saat ditanyai, dan didefinisikan menggunakan lima kategori yang mulai dari tingkat *Alpha* (paling tidak serius) sampai *Echo* (mengancam nyawa). Tingkat keparahan diberi label "*Code 1*" untuk kasus kritis, kasus kritis tapi tidak darurat diberi label "*Code 2*", tidak gawat dan tidak darurat diberi label "*Code 3*". Kasus "*Priority Zero*" digunakan untuk subklasifikasi kasus *Code 1* dimana pasien berada dalam ancaman langsung seperti kasus jantung dan pernapasan (Nehme, 2016).

b. Sistem Triase

Oman(2013) mengemukakan sistem triase mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan UGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera, dengan tujuan triase yaitu memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke UGD dan menetapkan prioritas penanganannya.

Sebagian besar sistem triase (61%) menggunakan 3 kategori pengambilan keputusan yaitu (Oman, 2013) :

- 1) Kedaruratan (merah) memerlukan resusitasi mayor atau tindakan intervensi segera untuk menghindari kematian atau *disabilitas* permanen.
- 2) *Urgen* (kuning) memerlukan tindakan yang cepat, tetapi tidak harus segera; kelambatan sampai 2 jam tidak akan menimbulkan kematian ataupun cacat ekstremitas.
- 3) *Nonurgen* (hijau) dapat dengan aman menunggu sampai lebih dari 2 jam tanpa meningkatkan *morbiditas* atau *mortalitas*.

Sebagian sistem *triase* (6%) menggunakan empat kelas untuk membedakan lebih lanjut kasus-kasus dalam kategori *urgensi* :

- 1) Kelas I : Kritis (mengancam jiwa, ekstremitas, atau penglihatan; tindakan segera).
- 2) Kelas II : Akut (terdapat perubahan yang signifikan; tindakan sesegera mungkin).
- 3) Kelas III : *Urgen* (signifikan; tindakan pada waktu yang tepat).
- 4) Kelas IV : *Nonurgen* (tidak terdapat risiko yang perlu segera ditangani).

Sekitar 10% UGD menggunakan sistem akuitas lima-tingkat yang kini juga sudah digunakan di Australia, Kanada, dan Inggris; yaitu :

- 1) Kritis seperti pada kasus henti jantung dibutuhkan waktu tanggap segera.
- 2) Tidak stabil seperti pada kasus fraktur mayor waktu tanggapnya adalah 5 - 15 menit.

- 3) Potensial tidak stabil seperti pada kasus nyeri abdomen waktu tanggapnya adalah 30 – 60 menit.
- 4) Stabil seperti pada kasus sistitis waktu tanggapnya 1 – 2 jam.
- 5) Rutin seperti pada kasus pengangkatan jahitan waktu tanggapnya adalah 4 jam.

Menurut Oman (2013) juga mengatakan telah dilakukan sejumlah upaya untuk mendapatkan *reliabilitas* dan *validasi* yang *universal* antara pelbagai sistem triase di semua rumah sakit, guna memperoleh data-data yang lebih baik. Data-data ini diperlukan untuk tujuan jaminan kualitas (*quality assurance*), riset, kebijakan publik, dan pendanaan/ penyusunan anggaran.

Menurut Oman (2013) penilaian triase terdiri dari :

- 1) *Primary survey* (ABC) untuk menghasilkan prioritas I dan seterusnya.
- 2) *Secondary survey* pemeriksaan menyeluruh (*Head to Toe*) untuk menghasilkan prioritas I, II, III,0 dan selanjutnya.
- 3) Monitoring korban akan kemungkinan terjadinya perubahan perubahan pada (A,B,C) derajat kesadaran dan tanda vital lainnya. Perubahan prioritas karena perubahan kondisi korban. Penanganan pasien UGD perawat dalam pelaksanaan triage harus sesuai dengan protap pelayanan triase agar dalam penanganan pasien tidak terlalu lama.

Prosedur Triase di rumah sakit menurut (Kemenkes, 2018):

- 1) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit.
- 2) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - a) Menilai tanda vital dan kondisi umum pasien.
 - b) Menilai kebutuhan medis.
 - c) Menilai kemungkinan bertahan hidup.
 - d) Menilai bantuan yang memungkinkan.
 - e) Memprioritaskan penanganan definitive.

- 3) Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD Rumah Sakit).
- 4) Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
 - a) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi)

Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera.
 - b) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan)

Pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera, tetapi dapat terjadi kecacatan karena gangguan kesadaran, metabolisme, neurologis.
 - c) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi)

Pasien tidak memerlukan penanganan segera, pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan.
 - d) Kategori hitam: prioritas nol

Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

Tugas perawat triase dalam pengkajian primer (*primary survey*) adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2018):

1) *Airway*

Mengecek jalan napas dengan tujuan menjaga jalan napas disertai kontrol cervical. Adapun sumbatan/obstruksi jalan napas oleh adanya penumpukan sekret akibat kelemahan refleks batuk. Jika ada obstruksi maka lakukan:

- a) *chin lift/jaw thrust.*
- b) *suction.*
- c) *oropharyngeal airway.*
- d) intubasi trakhea dengan leher ditahan pada posisi netral.

2) *Breathing*

Mengecek pernapasan dengan tujuan mengelola napas agar oksigenasi adekuat. Kelemahan menelan/batuk/melindungi jalan napas, timbulnya pernapasan yang sulit dan atau tidak teratur,

suara napas terdengar *ronchi, wheezing, sonor, stridor*, ekspansi dinding dada.

3) *Circulation*

Mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan. Tekanan darah dapat normal atau meningkat, hipotensi terjadi pada tahap lanjut, takikardi, bunyi jantung normal pada tahap dini, disritmia, kulit dan membran mukosa pucat, dingin, sianosis pada tahap lanjut.

4) *Disability*

Mengecek status neurologi. Menilai kesadaran dengan cepat, apakah sadar, hanya respon terhadap nyeri, atau sama sekali tidak sadar. Tidak dianjurkan mengukur GCS.

5) *Exposure*

Environmental control. Lepaskan baju dan penutup tubuh pasien agar dapat dicari semua cedera yang mungkin ada, jika ada kecurigaan cedera leher atau tulang belakang, maka *imobilisasi in line* harus dikerjakan.

c. Tujuan Triage

Tujuan utama adalah untuk mengidentifikasi kondisi mengancam nyawa. Tujuan triage selanjutnya adalah untuk menetapkan tingkat atau derajat kegawatan yang memerlukan pertolongan kedaruratan. Dengan triage tenaga kesehatan akan mampu (Kemenkes, 2018) :

- 1) Menginisiasi atau melakukan intervensi yang cepat dan tepat kepada pasien.
- 2) Menetapkan area yang paling tepat untuk dapat melaksanakan pengobatan lanjutan.
- 3) Memfasilitasi alur pasien melalui unit gawat darurat dalam proses penanggulangan/pengobatan gawat darurat.

Sistem Triage dipengaruhi oleh :

- 1) Jumlah tenaga profesional dan pola ketenagaan.
- 2) Jumlah kunjungan pasien dan pola kunjungan pasien.
- 3) Denah bangunan fisik unit gawat darurat.

4) Terdapatnya klinik rawat jalan dan pelayanan medis.

d. Triase di Instalasi Gawat Darurat

Berikut adalah alokasi triase secara umum di Instalasi Gawat Darurat (IGD) (Kemenkes, 2018):

- 1) Pemeriksaan saat pasien datang
 - a) Menyeimbangkan kebutuhan untuk kecepatan terhadap kebutuhan untuk menjadimenyeluruh.
 - b) Semua pasien yang datang ke IGD harus diprioritaskan pada saat kedatangan oleh tenaga terlatih dan perawat berpengalaman. Penilaian triase umumnya harus tidak mengambil lebih dari dua sampai lima menit.
 - c) Ukur tanda vital di triase jika diperlukan untuk estimasi kegawatan.
 - d) Penilaian triase tidak selalu dimaksudkan untuk membuat diagnosis, meskipun kadang-kadang mungkin.
- 2) Tentukan kegawatan klinis dari pasien.
 - a) Gunakan kombinasi dari masalah yang diajukan, penampilan umum dan mungkin observasi fisiologis untuk menilai kegawatan pasien.
 - b) Beritahu dokter *on call* kedatangan pasien dan ATS kategori seperti yang diperlukan.
 - c) Tunjukkan kegawatan untuk kedatangan dokter.
- 3) Mengalokasikan Skala Triase Australia (ATS) kode dalam menanggapi pertanyaan "ini pasien harus menunggu penilaian medis dan pengobatan tidak lebih dari".
- 4) Ambil setiap pasien yang diidentifikasi sebagai kategori ATS 1-5 ke pengkajian awaldan daerah perawatan segera.
- 5) Memenuhi segala kebutuhan perawatan segera.
- 6) Seperti yang tepat, memulai penyelidikan (misalnya *xray*) atau awal manajemen sesuai dengan protokol rumah sakit.
- 7) Dokumen rincian penilaian triase pada MRI tersebut mencakup sekurang-kurangnya rincian sebagai berikut:
 - a) Tanggal dan waktu penilaian.

- b) Nama perawat triase.
 - c) Ketua penyelesai masalah.
 - d) Terbatasnya riwayat penyakit yang relevan.
 - e) Temuan penilaian yang relevan.
 - f) MDC dan BRIS kode (jika applic.).
 - g) kategori triase awal dialokasikan.
 - h) Setiap diagnostic, pertolongan pertama atau pengobatan yang harus diberikan.
 - i) Gunakan formulir rekaman trauma yang sesuai.
- 8) Memastikan penilaian ulang terus menerus pada pasien yang tetap menunggu. Ulangi triase pasien jika:
- a) Perubahan kondisi pasien sementara mereka menunggu untuk pengobatan.
 - b) Tambahkan informasi yang relevan yang berpengaruh pada kegawatan pasien baik triase awal dan selanjutnya kategorisasi harus dicatat, dan alasannya untuk triase ulang didokumentasikan.

e. Metode Triase

Menurut Habib (2016), metode *triage* yang saat ini banyak digunakan adalah sebagai berikut:

1) Triage Australia (*Australia Triage System/ATS*)

ATS pertama kali di implementasikan tahun 1993 dan disebut dengan *National Triage Scale* (NTS) dan kemudian berubah nama menjadi *Australia Triage Scale* (ATS) (Departement of Health and Aging 2009). ATS terbagi atas 5 kategori, dengan masing-masing *response time* yang berbeda.

Kategori 1 meliputi kondisi yang menjadi ancaman bagi kehidupan (atau akan segera terjadi kemunduran dan membutuhkan penanganan segera). ATS kategori 2 adalah penilaian dan perawatan dalam waktu 10 menit. Kondisi pasien cukup serius atau dapat memburuk begitu cepat sehingga ada potensi ancaman terhadap kehidupan, atau kegagalan sistem

organ jika tidak diobati dalam waktu sepuluh menit dari kedatangan. Kategori ATS 3 yaitu penilaian dan perawatan dimulai dalam 30 menit, kondisi pasien dapat berlanjut pada keadaan yang mengancam kehidupan, atau dapat menyebabkan morbiditas jika penilaian dan perawatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit setelah kedatangan (*urgency situasional*). ATS kategori 4 yaitu penilaian dan perawatan dimulai dalam waktu 60 menit. Kondisi pasien dapat mengancam, atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, ada potensi untuk hasil yang merugikan jika pengobatan tidak dimulai dalam waktu satu jam, cenderung memerlukan konsultasi atau manajemen rawat inap. Yang terakhir adalah ATS kategori 5 yaitu penilaian dan perawatan dimulai dalam 120 menit kondisi pasien tidak *urgent* sehingga gejala atau hasil klinis tidak akan terjadi perubahan secara signifikan jika penilaian dan pengobatan ditunda hingga dua jam dari kedatangan.

Tabel 2.1 Lama Waktu Tunggu Tiap Kategori ATS

Kategori ATS	<i>Response time</i>	Indikator Threshold
ATS 1	Segera	100%
ATS 2	10 menit	80%
ATS 3	30 menit	75%
ATS 4	60 menit	70%
ATS 5	120 menit	70%

a) ATS Kategori 1 - Penilaian dan Pengobatan Simultan Segera

Kondisi yang ancaman terhadap kehidupan (atau risiko besar akan kerusakan) dan memerlukan tindakan segera.

Klinis Deskriptor (Indikatif):

- (1.) Gagal jantung.
- (2.) Gangguan Pernapasan.
- (3.) Sumbatan jalan napas.
- (4.) Frekuensi Pernapasan <10/min.
- (5.) Distres 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 responsif atau hipoventilasi.
- (10.) Gangguan perilaku berat dengan ancaman langsung kekerasan berbahaya.

b) ATS Kategori 2 - Penilaian dan Pengobatan Dalam Waktu 10 Menit (Sering Secara Bersamaan)

Kondisi pasien cukup serius atau memburuk sangat cepat sehingga ada potensi ancaman terhadap kehidupan, atau kegagalan system organ, jika tidak diobati dalam waktu sepuluh menit dari kedatangan. Deskriptor Klinis Kategori 2 (indikatif) :

- (1.) Risiko gangguan jalan napas - stridor parah atau mengeluarkan air liur dengan distres.
- (2.) Distres pernapasan berat.
- (3.) Peredaran kompromi
 - (a) Berkeringat atau belang-belang kulit, perfusi yang buruk.
 - (b) HR <50 atau > 150 (dewasa).
 - (c) Hipotensi dengan efek hemodinamik.
 - (d) Kehilangan darah yang parah.
 - (e) Nyeri dada seperti gangguan jantung umumnya.
- (4.) Nyeri hebat.
- (5.) BSL <2 mmol.
- (6.) Mengantuk, respon penurunan penyebab (GCS <13).
- (7.) Hemiparesis akut / disfasia.
- (8.) Demam dengan tanda-tanda kelesuan (semua usia).
- (9.) Asam atau *splash alkali* untuk mata - membutuhkan irigasi.
- (10.) Trauma multi besar (yang membutuhkan respon cepat tim terorganisir).
- (11.) Trauma lokal berat - patah tulang besar, amputasi.
- (12.) Riwayat resiko tinggi.

- (13.) Meminum obat penenang beracun yang signifikan atau signifikan / berbahaya envenomation.
 - (14.) Nyeri berat menunjukkan PE, AAA atau kehamilan ektopik.
 - (15.) Perilaku / Psikiatri:
 - (a) Kekerasan atau agresif.
 - (b) Ancaman langsung terhadap diri sendiri atau orang lain.
 - (c) Membutuhkan atau telah diperlukan menahan diri.
 - (d) Agitasi atau agresi berat.
- c) ATS Kategori 3 - Penilaian dan memulai pengobatan dalam waktu 30 menit

Kondisi pasien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas, atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit kedatangan. Klinis Deskriptor (indikatif) :

- (1.) Hipertensi berat.
- (2.) Kehilangan cukup banyak darah - apapun penyebabnya.
- (3.) Sesak napas sedang.
- (4.) Saturasi O₂ 90 - 95%.
- (5.) BSL > 16 mmol.
- (6.) Kejang (sekarang waspada).
- (7.) Demam pada pasien dengan immunosupresi misalnya pasien onkologi, steroid.
- (8.) Muntah terus-menerus.
- (9.) Dehidrasi.
- (10.) Kepala cedera dengan LOC singkat-sekarang waspada.
- (11.) Nyeri sedang sampai berat apapun penyebabnya, yang membutuhkan analgesik.
- (12.) Nyeri dada non-jantung keparahan.
- (13.) Nyeri perut tanpa efek berisiko tinggi atau pasien usia > 65 tahun.

- (14.) Cedera ekstremitas moderat - deformitas, laserasi yang parah, luka lecet.
- (15.) Limb - sensasi diubah, periode tak ada nadi.
- (16.) Trauma – riwayat dengan penyakit berisiko tinggi tanpa risiko tinggi lainnya.
- (17.) Neonatus stabil.
- (18.) Anak berisiko.
- (19.) Perilaku / Psikiatri:
 - (a) Sangat tertekan, risiko menyakiti diri.
 - (b) Psikotik akut atau disorder penuh.
 - (c) Situasional krisis, merugikan diri dengan sengaja.
 - (d) Gelisah / menarik diri / berpotensi agresif.
- d) ATS Kategori 4 - Penilaian dan Memulai Pengobatan Dalam Waktu 60 Menit

Kondisi pasien dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas, atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit kedatangan. Klinis Deskriptor (indikatif) :

- (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 kehilangan kesadaran.
- (6.) Nyeri sedang, beberapa faktor resiko.
- (7.) Muntah atau diare tanpa dehidrasi.
- (8.) Peradangan mata atau benda asing tetapi penglihatan normal.
- (9.) Trauma ekstremitas Minor seperti pergelangan kaki terkilir, patah tulang mungkin, laserasi robek yang membutuhkan tindakan atau intervensi - tanda-tanda vital normal, nyeri rendah / sedang.

(10.) Nyeri kepala, tanpa gangguan neurovaskular.

(11.) Bengkak panas pada sendi.

(12.) Nyeri perut non-spesifik.

(13.) Perilaku / Psikiatri:

(a) Semi-mendesak masalah mental kesehatan.

(b) Berdasarkan pengamatan dan / atau tidak ada risiko segera untuk diri sendiri atau orang lain.

e) ATS Kategori 5 - Penilaian dan mulai pengobatan dalam waktu 120

Kondisi pasien kronis atau kecil cukup bahwa gejala atau hasil klinis yg tidak akan signifikan jika penilaian dan pengobatan tertunda hingga dua jam dari kedatangan. Klinis Deskriptor (indikatif) :

(1.) Nyeri minimal dengan tidak ada fitur berisiko tinggi.

(2.) Riwayat penyakit dengan risiko rendah dan sekarang asimtomatik.

(3.) Gejala kecil penyakit stabil yang ada.

(4.) Gejala kecil dengan kondisi yang tidak berbahaya.

(5.) Luka - lecet kecil, lecet ringan (tidak memerlukan jahitan).

(6.) Dijadwalkan kembali meninjau misalnya luka, perban yang kompleks.

(7.) Imunisasi.

(8.) Perilaku / Psikiatri:

(a) Dikenal pasien dengan gejala kronis.

(b) Sosial krisis, baik pasien klinis

2) *Triage* Kanada (*Canadian Triage Acuity System/CTAS*)

Triage Kanada disebut dengan *The Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS). Pertama kali dikembangkan tahun 1990 oleh dokter yang bergerak dibidang gawat darurat. Konsep awal CTAS mengikuti konsep ATS, dimana prioritas pasien disertai dengan waktu yang diperlukan untuk mendapatkan penanganan awal. CTAS juga dilengkapi dengan rangkuman keluhan dan tanda klinis

husus untuk membantu petugas melakukan identifikasi sindrom yang dialami pasien dan menentukan level *triage*. Metode CTAS juga mengharuskan pengulangan *triage* (*re-triage*) dalam jangka waktu tertentu atau jika ada perubahan kondisi pasien ketika dalam observasi.

Tabel 2.2 Indikator Keberhasilan Triage CTAS Berdasarkan Waktu Respon

Kategori CTAS	Waktu Untuk Segera Ditangani
1	Pasien dengan kategori ini 98% harus segera ditangani oleh dokter
2	Pasien dengan kategori ini 95% harus ditangani oleh dokter dalam waktu 15 menit
3	Pasien dengan kategori ini 90% harus ditangani oleh dokter dalam waktu 30 menit
4	Pasien dengan kategori ini 85% harus ditangani oleh dokter dalam waktu 60 menit
5	Pasien dengan kategori ini 80% harus ditangani oleh dokter dalam waktu 120 menit

3) *Triage* Amerika Serikat (*Emergency Severity Index/ESI*)

Triage Amerika Serikat disebut juga dengan *Emergency Severity Index* (ESI) dan pertama kali dikembangkan di akhir tahun 90 an. Ditandai dengan dibentuknya *Joint Triage Five Level Task Force* oleh *The Emergency Nursing Association* (ENA) dan *American College of Physician* (ACEP) untuk memperkenalkan lima kategori *triage* untuk menggantikan tiga kategori sebelumnya. Perubahan ini berdasarkan pertimbangan kebutuhan akan presisi dalam menentukan prioritas pasien di IGD, sehingga pasien terhindar dari keterlambatan pengobatan akibat kategorisasi terlalu rendah, atau sebaliknya pemanfaatan IGD yang berlebihan untuk pasien yang non urgen akibat kategorisasi terlalu tinggi.

Metode ESI menentukan prioritas penanganan awal berdasarkan sindrom yang menggambarkan keparahan pasien

dan perkiraan kebutuhan sumber daya unit gawat darurat yang dibutuhkan (pemeriksaan laboratorium, radiologi, konsultasi spesialis terkait, dan tindakan medik di unit gawat darurat).

Apabila ada pasien baru datang ke unit gawat darurat, maka petugas *triage* akan melakukan dua tahap penilaian, tahap pertama adalah menentukan keadaan awal pasien apakah berbahaya atau tidak, bila berbahaya maka kondisi pasien termasuk level 1 atau 2. Pasien dikelompokkan kedalam level 1 apabila terjadi gangguan di tanda vital yang mengancam nyawa seperti henti jantung paru dan sumbatan jalan nafas. Pasien dengan tanda vital tidak stabil dan sindrom yang potensial mengancam akan dikelompokkan ke level 2 seperti nyeri dada tipikal, perubahan kesadaran mendadak, nyeri berat, curiga keracunan, dan gangguan psikiatri dengan risiko membahayakan diri pasien atau orang lain.

Pasien yang tidak memenuhi kriteria level 1 dan 2 akan memasuki tahap penilaian kedua yaitu perkiraan kebutuhan pemakaian sumber daya IGD (pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, tindakan atau terapi intravena) dan pemeriksaan tanda vital lengkap. Apabila saat *triage* diperkirakan pasien yang datang tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang dan terapi intravena, maka pasien termasuk kategori 5, apabila pasien diperkirakan perlu menggunakan satu sumber daya IGD (laboratorium atau x ray atau EKG, atau terapi intravena) maka termasuk kategori 4, apabila pasien diperkirakan membutuhkan lebih dari satu sumber daya IGD untuk mengatasi masalah medisnya, maka akan masuk kategori 3 (apabila hemodinamik stabil) atau kategori 2 (apabila hemodinamik tidak stabil).

4) *Triage* Inggris dan sebagian besar Eropa (*Manchester Triage Scale*)

Triage Inggris disebut juga dengan *Manchester Triage Scale* (MTS). Metode ini digunakan terutama di Inggris dan Jerman. Ciri khas MTS adalah identifikasi sindrom pasien yang datang ke unit

gawat darurat diikuti oleh algoritma untuk mengambil keputusan. Berdasarkan keluhan utama pasien, ditetapkan 52 algoritma contohnya algoritma trauma kepala, dan algoritma nyeri perut. Dalam tiap algoritma ada diskriminator yang menjadi landasan pengambilan keputusan, diskriminator tersebut adalah kondisi klinis yang merupakan tanda vital seperti tingkat kesadaran derajat nyeri, dan derajat obstruksi jalan nafas.

5) *Triase Simple Triage and Rapid Treatment (START)*

Triase Simple Triage and Rapid Treatment (START) adalah metode yang telah dikembangkan atas pemikiran bahwa Triase harus “akurat”, “cepat”, dan “universal” dan biasanya di pakai pada saat evakuasi bencana. Tujuan sistem triase ini adalah identifikasi cepat korban yang memerlukan stabilisasi segera, ini ke perawatan yang dilakukan di lapangan. Identifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan. Untuk mengurangi jatuhnya korban jiwa dan kecacatan, inilah tiga alasan dan tujuan dilakukannya triase gawat darurat PPGD.

Prinsip-prinsip triase yang utama sekali harus dilakukan adalah :

- a) Triase umumnya dilakukan untuk seluruh pasien.
- b) Waktu untuk triase per orang harus lebih dari 30 detik.
- c) Prinsip utama triase adalah melaksanakan prioritas dengan urutan nyawa, fungsi, penampilan. Pada saat melakukan triase, maka kartu triase akan dipasangkan kepada korban luka untuk memastikan urutan prioritasnya.

Triase dilakukan berdasarkan observasi terhadap 3 hal, yaitu :

- a) Pernafasan (*respiratory*).
- b) Sirkulasi (*perfusion*).
- c) Status mental (*mental state*).

Dalam pelaksanaannya biasanya dilakukan tag label triase (label/kartu berwarna) yang dipakai oleh petugas triase untuk mengidentifikasi dan mencatat kondisi untuk tindakan medis terhadap korban.

Metode ini menggunakan 4 macam observasi yaitu, bisa berjalan, bernafas, sirkulasi darah, dan tingkat kesadaran untuk menentukan tindakan dan penting sekali bagi seluruh anggota medis untuk mampu melakukan Triase dengan metode ini.

Kategori Triase *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) adalah korban yang nyawanya dalam keadaan kritis dan memerlukan prioritas utama dalam pengobatan medis diberi kartu merah, korban yang dapat menunggu untuk beberapa jam diberi kartu kuning, sedangkan korban yang dapat berjalan sendiri diberi kartu hijau, korban yang telah melampaui kondisi kritis dan kecil kemungkinannya untuk diselamatkan atau telah meninggal diberi kartu hitam. Dalam kondisi normal, pasien yang sudah diambang kematian dapat diselamatkan dengan pengobatan yang serius walaupun kemungkinannya sangat kecil. Para petugas medis yang sudah terbiasa memberikan pelayanan medis yang maksimal dan pantang menyerah terhadap pasien dengan kondisi seperti itu, mungkin akan dihindari perasaan berdosa saat memberikan kartu hitam kepada korban. Disinilah letak perbedaan antara pengobatan darurat dengan prinsip terbaik untuk “satu orang” dan pengobatan bencana dengan prinsip “terbaik untuk semua” (Zailani,2009).

Prioritas adalah penentuan mana yang harus didahulukan mengenai penanganan dan pemindahan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul.

a) Prioritas pertama (merah)

Memerlukan pengobatan dengan segera karena dalam kondisi yang sangat kritis yaitu tersumbatnya jalan nafas, dyspnea, perdarahan, syok, hilang kesadaran.

b) Prioritas kedua (Kuning)

Bisa menunggu pengobatan Pengobatan mereka dapat ditunda untuk beberapa jam dan tidak akan berpengaruh terhadap nyawanya, tanda-tanda vital stabil.

c) Prioritas ketiga (Hijau)

Mayoritas korban luka yang dapat berjalan sendiri mereka dapat melakukan rawat jalan.

d) Prioritas nol (Hitam)

Meninggal atau tidak dapat diselamatkan korban sudah meninggal ataupun tanda-tanda kehidupannya terus menghilang.

B. Tinjauan Umum Tentang Waktu Tanggap (*Response Time*)

Waktu tanggap (*response time*) pelayanan merupakan gabungan dari *response time* saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. *Response time* pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal, baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Dengan ukuran keberhasilan adalah *response time* selama 5 menit dan waktu definitif ≤ 2 jam (Depkes RI, 2014).

Response time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Teknis Medik 2011). Kecepatan *response time* dihitung dalam menit, standar kecepatan waktu merespons pada pasien dengan keadaan gawat darurat paling lama adalah < 5 menit (Kementrian Kesehatan RI, 2009). *Response time* atau interval waktu respon juga didefinisikan sebagai waktu dari penerimaan panggilan sampai kedatangan ambulans pertama di tempat kejadian. Interval waktu dihitung dalam menit sampai detik yaitu < 0 menit sampai > 120 menit. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Thompson di Amerika, waktu tunggu untuk pasien nyeri yang tidak mengancam jiwa adalah sekitar 110 menit atau rata-rata 2 jam sejak pasien datang sampai obat analgetik pertama diberikan, sedangkan menurut persepsi pasien waktu yang wajar untuk menunggu sampai diberikan tindakan adalah 23 menit (Nehme, 2016).

Response time juga dapat berarti waktu emas terhadap kehidupan seorang pasien dimana dalam banyak kasus menggambarkan semakin cepat mendapatkan pertolongan definitif maka kemungkinan kesembuhan dan keberlangsungan hidup seseorang akan semakin besar, sebaliknya kegagalan *response time* di IGD dapat diamati dari yang berakibat fatal berupa kematian atau cacat permanen dengan kasus kegawatan organ vital pada pasien sampai hari rawat di ruang perawatan yang panjang setelah pertolongan di IGD sehingga berakibat ketidakpuasan pasien dan *complain* sampai dengan biaya perawatan yang tinggi (Rahmanto, 2014).

Kebutuhan akan *response time* yang tepat dan efisien sangat berperan penting dalam setiap pengambilan keputusan mulai sejak awal pasien datang hingga pasien dipindahkan dari IGD. *Response time* yang cepat atau sesuai standar yang ada akan membantu perawat dalam memberikan pelayanan yang tepat sesuai dengan jenis keluhan yang dialami oleh pasien. Keterlambatan penanganan di IGD dapat mengakibatkan kecacatan atau kematian. Studi yang dilakukan ini membuktikan *response time* perawat pada penanganan pasien gawat darurat yang memanjang dapat menurunkan usaha penyelamatan pasien dan terjadinya perburukan kondisi pasien (Maatilu, 2014).

Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar program peningkatan mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah merupakan derajat kesempurnaan pelayanan kegawatdaruratan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RS Stella Maris secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan rumah sakit. Salah satu Indikator Unit Kerja PMKP di IGD ialah tercapainya $\geq 80\%$ waktu tanggap pelayanan di Gawat Darurat ≤ 5 menit (TIM PMKP RS.SM, 2015).

C. Tinjauan Umum Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Waktu Tanggap

1. Pengetahuan Triase

Pada kasus kegawatdaruratan seperti jika kita bertugas di ruangan gawat darurat kita harus dapat mengatur alur pasien yang baik terutama pada jumlah ruang yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama untuk menekan jumlah morbiditas dan mortalitas, serta pelabelan dan pengkategorian Prinsip penanganan awal meliputi survey primer dan sekunder. Dalam penatalaksanaan primer yang diprioritaskan pada ABCDE (Airway, dengan *cervical spine control*, *breathing* dan *circulation* dengan kontrol perdarahan, *disability* dan *exposure*) yang kemudian dilanjutkan dengan resusitasi (Musliha, 2014).

Menurut Esther (2013), terdapat peningkatan sebesar 25% waktu tunggu pada IGD yaitu dari 46,5 menit menjadi 58,1 menit. Sehingga dengan semakin lamanya waktu tunggu pada IGD, semakin banyak keluhan pada sejumlah pasien IGD. Pengelompokkan pasien berdasarkan *response time*-nya, terdapat keluhan pada pasien level 4 dan 5 karena pada pasien di level 4 dan 5 biasanya mendapatkan pelayanan dengan waktu yang lama.

Sejumlah pasien IGD mengeluh atas lamanya penanganan yang diberikan petugas karena pasien dikategorikan pada level ATS dengan waktu pelayanan yang masih dapat ditoleransi. Konsep triage masih banyak belum dipahami oleh pasien. Dimana pasien yang ditangani terlebih dahulu merupakan pasien pada level ATS 1 (mengancam jiwa), membuat pasien dengan keadaan yang tidak terlalu gawat mengeluh terhadap waktu pelayanan yang diberikan (Jerrard, 2012).

Kompetensi secara harfiah berasal dari kata *competence*, yang berarti kemampuan, wewenang dan kecakapan sedangkan dari segi etimologi, kompetensi berarti segi keunggulan, keahlian dari perilaku seseorang pegawai atau pemimpin yang mana punya suatu pengetahuan, perilaku dan ketrampilan yang baik (Budiarto, 2016).

Faktor pertama yang memengaruhi kinerja adalah faktor individu yaitu kemampuan, keterampilan, latar belakang dan demografis seseorang. Kemampuan adalah sifat (bawaan atau pembelajaran) yang memungkinkan

seseorang melakukan sesuatu secara mental atau fisik sedangkan keterampilan adalah faktor yang paling menunjang seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan seperti kompetensi yang berkaitan dengan tugas, keterampilan untuk mengoperasikan komputer, kemampuan dan keterampilan dalam berkomunikasi atau keterampilan yang secara jelas berkaitan dengan misi suatu kelompok. Pendidikan dan pelatihan sangat diperlukan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan seorang karyawan. Latar belakang dan demografis juga ikut memengaruhi perilaku seseorang, yang termasuk latar belakang dan demografis adalah latar belakang keluarga, kepribadian, pengalaman, pendidikan, usia, suku dan jenis kelamin (Budiarto, 2016).

Perawat triase dituntut mempunyai pengalaman dan pengetahuan yang memadai karena harus tampil dalam pengkajian serta harus mampu mengatasi situasi yang kompleks dan penuh tekanan sehingga memerlukan kematangan profesional untuk mentoleransi stress yang terjadi dalam mengambil keputusan terkait dengan kondisi akut pasien dan menghadapi keluarga pasien. Kemampuan perawat melakukan triase merupakan salah satu unsur dalam keberhasilan pertolongan pada saat klien yang mengalami gawat darurat. Menurut Permenkes No. HK.02.02/menkes/148/I/2010, tentang izin praktek dan penyelenggaraan praktek perawat mengatakan bahwa perawat IGD dapat melaksanakan praktek keperawatan mulai dari triase, *primary survey*, *secondary survey*, tindakan definitif, dan transportasi pasien. Triase dilakukan oleh perawat yang profesional yang sudah terlatih dalam prinsip triase, pengalaman bekerja di bagian IGD, dan memiliki kualifikasi menunjukkan kompetensi kegawat daruratan, Sertifikasi ATLS, ACLS, PALS, ENPC, Lulus *Trauma Nurse Core Curriculum* (TNCC) (Budiarto, 2016).

Penelitian deskriptif yang dilakukan oleh Sunaryo (2010) tentang beberapa hasil pelaksanaan Triage oleh Perawat di IGD Rumah Sakit Immanuel Bandung antara lain memperlihatkan kegiatan survei primer sesuai dengan standar prosedur. Penilaian prioritas sesuai prosedur dengan kriteria baik sebesar 36% sedangkan kegiatan tindakan triage sesuai prosedur dengan kriteria cukup sebesar 64%.

Menurut Devita (2012), agar waktu tanggap di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dapat lebih singkat maka tenaga medis dan peralatan yang tersedia harus andal dan dikelola untuk mempermudah penggunaannya. Petugas IGD harus mendapat pelatihan yang baik sehingga tahu apa yang harus dilakukan pada penanganan penderita gawatdarurat.

Unsur kompetensi menurut Sutarto (2016), meliputi:

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

b. Sikap

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

c. Keterampilan

Keterampilan adalah hasil kombinasi faktor-faktor yaitu kompeten, keahlian dan kinerja prima yang terlihat dari aktivitas fisik dan mental.

Seorang petugas kesehatan IGD harus mampu bekerja di IGD dalam menanggulangi semua kasus gawat darurat, maka dari itu dengan adanya pelatihan kegawatdaruratan diharapkan setiap petugas kesehatan IGD selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan. Petugas kesehatan IGD sedapat mungkin berupaya menyelamatkan pasien sebanyak-banyaknya dalam waktu sesingkat-singkatnya bila ada kondisi pasien gawat darurat yang datang berobat ke IGD. Pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan IGD sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilahan saat triage sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Oman, 2013).

Salah satu tolak ukur kualitas pelayanan rumah sakit adalah pelayanan perawat di ruang gawat darurat (UGD/IGD) yang merupakan garda terdepan yang memberi pelayanan kepada pasien secara terus menerus selama 24 jam serta melibatkan multi profesi. Sepantasnya perawat yang bekerja di UGD/IGD adalah mereka yang telah memiliki keahlian khusus dengan

sertifikasi dasar sebagai perawat gawat darurat. Penanganan pasien gawat darurat yang membutuhkan kecepatan dan ketepatan membutuhkan perawat yang terampil, mampu mengambil keputusan secara cepat dan selalu berpikir kritis. Kemampuan ini akan muncul jika perawat diberi kesempatan untuk terus meningkatkan kompetensi dalam bidangnya. Tanpa itu tidaklah mungkin pasien akan memperoleh pelayanan yang berkualitas dan memuaskan. Berbagai permasalahan faktual di UGD/IGD yang jika tidak diantisipasi sejak sekarang maka akan menjadi bom waktu yang merusak citra pelayanan rumah sakit, khususnya perawat. Kriteria pasien di UGD/IGD mengharuskan perawat memiliki kompetensi asuhan keperawatan yang rentangnya sangat luas (Hasymi, 2013).

Menurut Stanfield (2015), mencatat bahwa beberapa karakteristik seorang pengambil keputusan klinis yang baik adalah mampu menemukan pola dari setiap situasi klinis yang dihadapi, mampu menginterpretasikan setiap keluhan dan tanda gejala dari pasien, dan menggunakan intuisi yang terlatih karena mempunyai pengalaman kerja yang banyak. Selain itu, beberapa hal yang dapat mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan adalah pengalaman, adanya acuan atau pedoman, dan intuisi. Berdasarkan hasil penelitian, dari keempat rumah sakit tempat penelitian, belum adanya pedoman pengisian skala triase juga menjadi salah satu hambatan perawat dalam memahami skala triase. Alur pengisian skala triase hanya ada pada lembar dokumentasi asuhan keperawatan IGD. Akurasi dan ketepatan pengambilan keputusan salah satunya dipengaruhi oleh penggunaan instrument atau algoritma skala triase.

2. Tingkat Pendidikan

Menurut Sitorus (2011), meskipun untuk lulusan program Diploma-III disebut juga sebagai perawat profesional pemula yang sudah memiliki sikap professional yang cukup untuk menguasai ilmu keperawatan dan keterampilan professional yang mencakup keterampilan teknis, intelektual dan interpersonal yang diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan professional berdasarkan standar asuhan keperawatan dan etika keperawatan, namun pendidikan keperawatan harus dikembangkan

pada pendidikan tinggi sehingga dapat menghasilkan lulusan yang memiliki sikap, pengetahuan dan keterampilan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula keterampilan yang dimiliki, karena dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan seseorang juga semakin baik atau semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

Menurut Saputra (2015), menyatakan bahwa pendidikan seseorang mempunyai pengaruh yang tinggi terhadap kinerja karyawan yang dalam hal ini adalah *response time* perawat. Tingkat pendidikan karyawan suatu organisasi juga sangat berpengaruh pada mutu suatu organisasi, semakin tinggi pendidikan karyawan semakin tinggi juga mutu yang akan dihasilkannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka akan semakin tinggi pula sifat berpikir kritis, logika yang matang, sistematis dalam berpikir.

3. Beban Kerja

Beban kerja merupakan sejauh mana kapasitas individu pekerja dibutuhkan dalam menyelesaikan tugas yang diberikan kepadanya yang dapat diindikasikan dari jumlah pekerjaan yang harus dilakukan, waktu/batasan waktu yang dimiliki oleh pekerja dalam menyelesaikan tugasnya, serta pandangan subjektif individu tersebut mengenai pekerjaan yang diberikan kepadanya. Kondisi dan beban kerja di instalasi gawat darurat (IGD) perlu diketahui agar dapat ditentukan kebutuhan kuantitas dan kualitas tenaga perawat yang diperlukan dalam ruang IGD sehingga tidak terjadi beban kerja yang tidak sesuai (Haryanti, 2013).

Beban kerja merupakan jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh sekelompok atau seseorang dalam waktu tertentu atau dapat dilihat pada sudut pandang obyektif dan subyektif. Secara obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Sedangkan beban kerja secara subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pernyataan tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja.

Beban kerja yang berat ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya jumlah perawat yang tidak memadai, jumlah pasien yang banyak, beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan, menuntut keterampilan khusus (Haryanti, 2013).

Analisis ringan, sedang dan beratnya beban kerja dinilai melalui tiga aspek yaitu dari segi aspek fisik, aspek psikologi, hingga aspek waktu kerja dengan. Berikut tiga aspek beban kerja yang menjadi indikator penilaian (Haryanti, 2013):

a. Aspek Fisik

Beban kerja ditentukan berdasarkan jumlah pasien yang harus dirawat dan banyaknya perawat yang bertugas dalam suatu unit atau ruangan. Tingkatan tergantungnya pasien diklasifikasikan menjadi tiga tingkat yaitu tingkatan tergantung minimal/ringan, tingkatan tergantung parsial/sebagian, dan pasien dengan tingkatan tergantung penuh/total.

b. Aspek Psikologis

Aspek mental/psikologis dihitung berdasarkan hubungan antar individu, dengan perawat serta dengan kepala ruangan dan juga berhubungan antara perawat dengan pasien, yang berpengaruh pada kinerja dan tingkat produktif perawat. Akibat yang sering timbul adalah stress kerja, yang akan menurunkan motivasi kerja dan menurunkan kinerja pegawai.

c. Aspek Waktu Kerja

Waktu kerja produktif yaitu banyaknya jam kerja produktif dapat dipergunakan pegawai dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya berdasarkan uraian tugas dan waktu melaksanakan tugas tambahan yang tidak termasuk dalam tugas pokoknya.

Alokasi waktu bekerja menurut Depkes RI(2014), yakni waktu bekerja normal per hari yaitu 8 jam/hari (5 hari bekerja), dengan waktu efektif kerja/hari 6,4 jam/hari. Sehingga kesimpulannya waktu efektif bekerja yaitu 80 % dari waktu bekerja 8 jam / hari.

Beban kerja berlebihan dan jam kerja terus menerus merupakan faktor utama yang menyebabkan kelelahan pekerja yang pada akhirnya

berpengaruh pada kualitas kinerjanya. Beban kerja yang berlebihan, kelelahan, dan pembagian jam kerja yang buruk akan membuat kualitas kinerja yang menurun, defisit memori, proses berpikir yang terganggu, mudah marah, kurangnya pembelajaran, serta kecenderungan memilih perilaku alternatif yang berisiko seperti mengambil jalan pintas saat melakukan tugas.

Setiap pasien yang masuk ke IGD mempunyai berbagai macam kasus berbeda. Bahkan seringkali pasien yang datang dengan kasus kompleks dan membutuhkan kompetensi tinggi untuk ditangani. Sehingga untuk dapat menangani dan memberikan pelayanan yang optimal, tentunya perawat yang bekerja di IGD dituntut untuk memiliki kecekatan, keterampilan, dan kesiagaan setiap saat. Dengan beban kerja yang diberikan kepada perawat IGD yang sangat fluktuatif tergantung kondisi pasien yang ditangani, ditambah banyaknya jumlah pasien dan shift kerja yang panjang melebihi kapasitas kerja manusia normal dikhawatirkan akan mengakibatkan penurunan produktivitas dan stres akibat beban kerja yang tinggi (Hendianti, 2013).

Menurut Depkes RI (2014), sumber daya manusia merupakan titik kunci untuk mencapai keberhasilan suatu tujuan organisasi. Oleh karena itu perencanaan dan kebutuhan sumber daya manusia perlu dikaji secara mendalam. Perencanaan sumber daya manusia merupakan suatu proses untuk menentukan jumlah, jenis tenaga kerja yang dibutuhkan organisasi, pada waktu dan tempat yang tepat, dengan harapan tenaga kerja tersebut mampu melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan harapan organisasi. Triase di Instalasi Gawat Darurat dapat dilakukan oleh dokter maupun perawat yang bersertifikasi gawat darurat.

Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti jumlah dan kualitas tenaga maupun komponen komponen lain yang mendukung seperti: radiologi, laboratorium, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata rata standar yang ada. Waktu tanggap adalah jumlahwaktu pasien sejak masuk di IGD sampai mendapat pelayanan

medis. Waktu tanggap pelayanan medis adalah kecepatan pelayanan dokter di Instalasi Gawat Darurat sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter dengan standar waktu < 5 menit (Depkes RI, 2014).

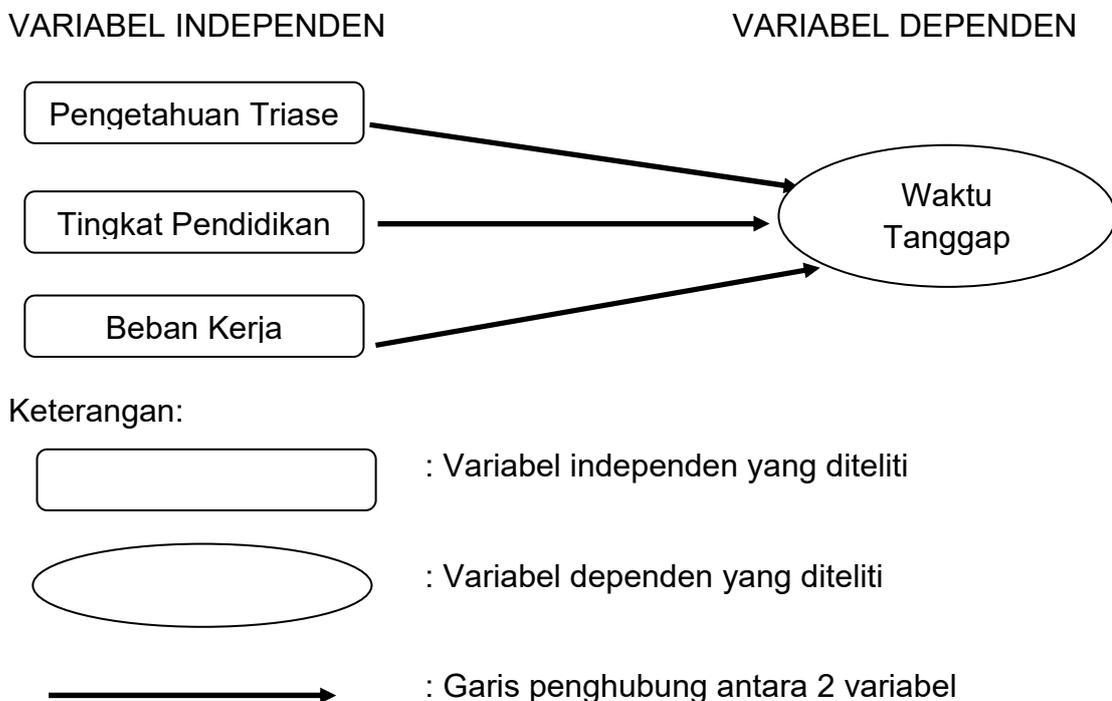
Besarnya waktu tanggap menunjukkan bahwa jumlah perawat dan dokter jaga yang kompeten serta kelengkapan peralatan pada Instalasi Gawat Darurat sangat berpengaruh terhadap penurunan waktu tanggap. Perawat dan dokter jaga yang berkualitas dapat menurunkan waktu tanggap dari 90 menit menjadi sekitar 5 menit (Depkes RI, 2014). Dari beberapa faktor yang berpengaruh terhadap waktu tanggap, jumlah perawat dan dokter nampaknya hal yang paling menentukan waktu tanggap pasien pada IGD.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Kerangka Konsep ialah ringkasan dasar yang biasanya dibuat berupa diagram yang menunjukkan jenis serta hubungan antara variabel yang diteliti (Sastroasmoro, 2014). Kerangka konsep adalah uraian tentang hubungan antara antar variable-variabel yang terkait dengan masalah penenlitan dan dibangun berdasarkan kerangka teoritis/kerangka pikir atau hasil studi sebelumnya sebagai pedoman penelitian. Kerangka konsep sebaiknya dibuat dalam bentuk skema atau diagram sehingga memudahkan untuk melihat hubungan antara variabel dan analisis datanya. Dengan adanya kerangka konsep tergambar variabel-variabel yang menjadi fokus investigasi dalam suatu penelitian yang kemudian didefenisikan secara operasional sehingga dapat dijadikan landasan dalam mengembangkan instrument penelitian (Ziliwu dan Abdu, 2014). Berdasarkan pola pemikiran diatas maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 1: 3.1 Kerangka Konseptual

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji kesahihannya secara empiris (sastroasmoro, 2014).

Dalam penelitian ini, peneliti mempunyai hipotesis penelitian yaitu :

1. Ada hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
2. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
3. Ada hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Definisi Operasional Waktu Tanggap Perawat, Pengetahuan Triase, Tingkat Pendidikan dan Beban Kerja

Variabel	Definisi	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Waktu Tanggap	Rentang waktu dimulai dari pasien masuk IGD sampai mendapat penanganan pertama	Selisih Waktu pasien masuk ke pintu IGD dan Waktu respon petugas IGD dalam menit	Jam tangan, stopwatch dan lembar observasi	Ordinal	Cepat: < 5 menit, Lambat: ≥ 5 menit
Pengetahuan Triase	Informasi yang di dapat untuk	Pengetahuan perawat	Kuesioner	Ordinal	Kurang : Jika skor 20-26

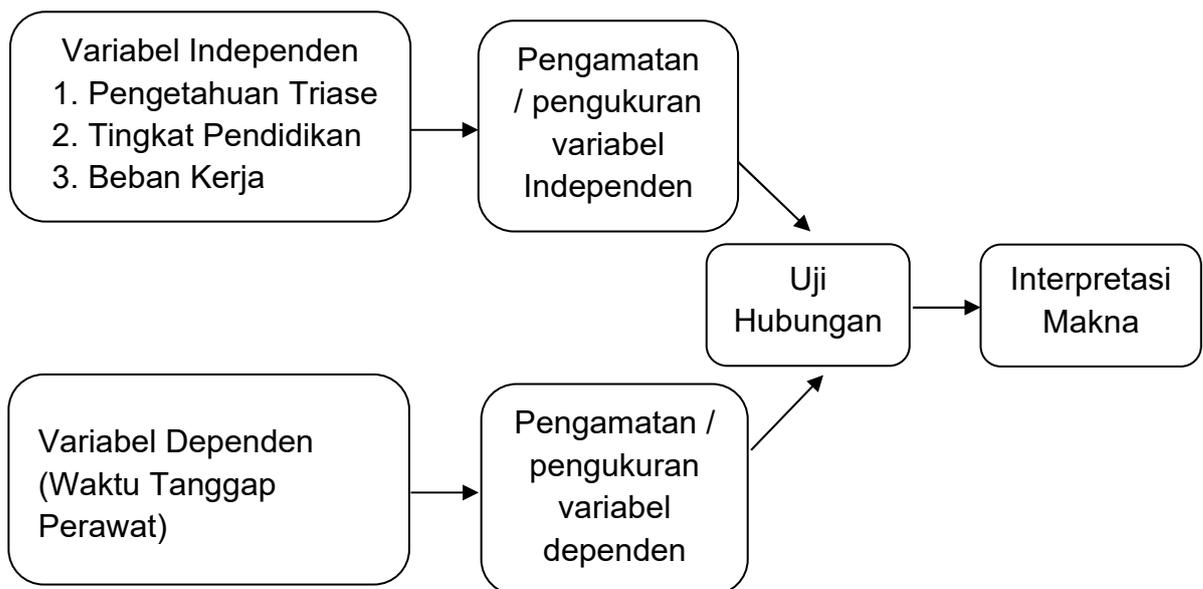
	memperoleh pemahaman, pembelajaran dan pengalaman mengenai triase UGD.	tentang penerapan triase.			Cukup : jika skor 27-33 Baik : jika skor 34-40
Tingkat Pendidikan	Pendidikan terakhir yang ditempuh oleh responden	Pendidikan Terakhir Perawat	Kuesioner	Ordinal	Ners S1 Diploma-III
Beban Kerja	Seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di unit pelayanan keperawatan dalam satu shift perawatan	Aspek Fisik, psikologis, dan waktu kerja	Kuesioner	Ordinal	Ringan : skor 30-60 Sedang : skor 61-90 Berat : skor 91-120

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *observasional* analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Desain penelitian observasional analitik adalah jenis penelitian kuantitatif yang tidak memberikan intervensi terhadap suatu penelitian, hanya melakukan observasi dan memiliki 2 atau lebih variabel. *Cross Sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan atau hanya satu kali pada satu saat atau melakukan pemeriksaan status paparan dan status penyakit pada titik yang sama (Ziliwu dan Abdu, 2014). Penelitian *cross sectional* merupakan penelitian yang pengukurannya dilakukan hanya satu kali yaitu, variabel bebas (faktor risiko dan tergantung (efek) dinilai secara simultan pada satu saat (Sastroasmoro, 2014).

Variabel yang diteliti adalah waktu tanggap perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan di IGD sebagai variabel dependen, sedangkan pengetahuan triase, tingkat pendidikan, dan beban kerja sebagai variabel independen.



Gambar 2 : 4.1 Skema Observasional Analitik Cross Sectional

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Selain dekat dan bekerja di RS Stella Maris, peneliti melihat berbagai fenomena yang terjadi mengenai waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan dimana kunjungan pasien ke IGD yang tidak terprediksi dan fluktuatif yang terkadang berubah-ubah setiap shiftnya, yang membuat pasien lambat untuk ditangani sehingga menimbulkan keluhan dari pasien, maka penelitian ini akan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk lebih meningkatkan mutu atau kualitas pelayanan yang ada.

2. Waktu Penelitian

Sehubungan dengan ujian skripsi pada bulan April 2020, maka penelitian ini telah dilakukan pada bulan Desember 2019 – Februari 2020. Selain itu, berdasarkan rekapitulasi kunjungan pasien di IGD, jumlah kunjungan pasien pada bulan Desember biasanya lebih banyak dibanding bulan-bulan lainnya, jadi sangat efektif bagi peneliti untuk melihat waktu tanggap perawat dan bidan selama bertugas.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah setiap subyek (dapat berupa manusia, binatang percobaan, data laboratorium) yang memenuhi karakteristik yang ditentukan (Sastroasmoro, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat dan bidan yang sementara bekerja di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar yaitu sebanyak 19 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro, 2014). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau (sumber) yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Tujuan dari penentuan sampel adalah untuk memudahkan mempelajari karakteristik suatu populasi karena tidak dimungkinkannya peneliti melakukan penelitian pada semua populasi

karena jumlah yang sangat besar, keterbatasan waktu, biaya atau hambatan lainnya (Ziliwu dan Abdu,2014).

Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik *total sampling* pada *non-probability sampling* yang merupakan metode atau teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama kepada setiap anggota populasi untuk terpilih atau tidak terpilih menjadi sampel dalam penelitian, dengan tujuan tidak untuk generalisasi dan tidak terpilih secara acak (tidak berazaskan probabilitas). Total sampling adalah pengambilan sampel dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel. (Ziliwu dan Abdu, 2014). Sampel yang digunakan yaitu sebanyak 19 orang.

1. Kriteria inklusi

- a. Semua perawat dan bidan yang memberikan tindakan awal pada pasien dengan triase merah.
- b. Perawat dan bidan yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent.

2. Kriteria eksklusi

- a. Perawat dan bidan yang sedang sakit atau cuti pada saat penelitian.

D. Instrumen Penelitian

Peneliti menggunakan setidaknya menggunakan 4 alat dalam pengumpulan data. Untuk mengumpulkan data lama waktu tanggap peneliti menggunakan jam tangan (arloji), stopwatch dan lembar observasi, tingkat pendidikan dikumpulkan melalui kusioner, sedangkan untuk mengetahui pengetahuan triase dan beban kerja perawat, peneliti menggunakan kuesioner/angket.

- 1) Identitas responden berisi informasi yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi jumlah dan karakteristik responden yaitu masing-masing perawat yang terdiri dari nomor responden, nama responden, jenis kelamin, usia dan pendidikan terakhir yaitu Diploma tiga, Sarjana keperawatan dan Ners.
- 2) Lembar observasi lama waktu tanggap perawat dan bidan untuk mengukur kecepatan waktu tanggap yang pengukurannya dimulai saat pasien masuk ke pintu IGD sampai pasien mendapatkan penanganan perawat. Kuesioner ini berbentuk tabel yang berisi inisial responden, kecepatan waktu pasien

masuk ke IGD dan respon petugas IGD, selisih waktu, kategori (cepat atau lambat). Dalam pengisian lembar observasi waktu tanggap peneliti melibatkan asisten peneliti terdiri dari 3 orang perawat/bidan yang bertugas di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Ketiga asisten peneliti tersebut dijelaskan cara pengisian lembar observasi waktu tanggap sesuai dengan petunjuk pengisian agar didapatkan hasil observasi yang lebih akurat. Asisten peneliti dibutuhkan untuk membantu peneliti dalam melakukan observasi waktu tanggap saat peneliti tidak ada di tempat penelitian.

- 3) Kuesioner pengetahuan triase berisi tentang pertanyaan mengenai triase digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat mengenai triase IGD. Kuesioner ini berisi 20 pertanyaan yang telah disesuaikan dengan teori yang ada mengenai pengetahuan triase, bagaimana sikap dan keterampilan perawat, terdapat 3 pilihan jawaban a, b dan c pada setiap pertanyaan, jawaban yang benar di beri nilai 2, jika salah 1. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner baku yang telah digunakan sebelumnya pada penelitian Ahmad Baequni 2016.
- 4) Kuesioner beban kerja yang bertujuan untuk mengukur tingkat beban kerja perawat, berisi 30 item pertanyaan yang berisi 3 komponen aspek yaitu fisik, psikologis dan waktu kerja yang telah dimodifikasi terdiri dari 4 (empat) pilihan jawaban yaitu tidak pernah nilai nya 1, kadang-kadang 2, sering 3, dan selalu di beri nilai 4. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner baku yang telah digunakan sebelumnya pada penelitian Widia Irawati 2017.

E. Pengumpulan Data

1. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian, mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, oleh karena itu segi etika penulisan harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Masalah etika dalam penelitian meliputi :

a. *Informed consent* (Lembar persetujuan penelitian)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian. Bila objek menolak maka penelitian tidak akan memaksakan kehendak dan tetap menghormati hak-hak subjek.

b. *Anonymity*

Untuk kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi peneliti menggunakan kode tertentu untuk masing-masing responden.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti, data tersebut hanya akan disajikan atau dilaporkan pada pihak terkait dengan penelitian.

2. Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti dari sumber data (Sugiyono, 2016). Cara pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dalam mengukur waktu tanggap yaitu dengan cara observasi, disini peneliti menghitung waktu yang dibutuhkan perawat pertama kali melakukan tindakan awal/*anamneses* sejak pasien masuk ke pintu IGD dengan menggunakan jam tangan (arloji) dan stopwatch.

Perawat dan bidan yang bertugas di IGD terlebih dahulu diberi penjelasan mengenai tujuan dari penelitian yang sedang dilakukan, kemudian dimohon menandatangani lembar *informed consent*, setelah setuju perawat dan bidan dimohon untuk mengisi kuesioner dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang dipilih.

b. Data Sekunder

Data diperoleh melalui buku rekapitulasi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien pada bulan Juli, Agustus dan September 2019.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Pengolahan data hasil penelitian dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Proses *editing* (penyuntingan data) dilakukan dengan memeriksa setiap lembar kuesioner yang telah diisi mengenai kelengkapan data. Tujuan dari *editing* ini adalah untuk memastikan bahwa data yang diperoleh yaitu kuesionernya semua telah diisi, relevan dan dapat dibaca dengan baik.

2. *Coding*

Coding adalah memberikan simbol-simbol atau kode-kode tertentu untuk setiap jawaban responden dan kuesioner, hal ini memudahkan dalam pengolahan data.

Pemberian kode pada penelitian ini meliputi :

a. Lamanya waktu tanggap yang terdiri dari :

- 1) Kode 1 : Cepat
- 2) Kode 2 : Lambat

b. Pengetahuan Triase

- 1) Kode 1 : Baik
- 2) Kode 2 : Cukup
- 3) Kode 3 : Kurang

c. Tingkat Pendidikan

- 1) Kode 1 : Ners
- 2) Kode 2 : Sarjana
- 3) Kode 3 : Diploma tiga

d. Beban Kerja

- 1) Kode 1 : Ringan
- 2) Kode 2 : Sedang
- 3) Kode 3 : Berat

3. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data dalam bentuk tabel, untuk memudahkan dalam pengolahan data, memuat sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

4. *Processing*

Setelah semua isian terisi dengan benar, langkah selanjutnya adalah memproses data agar data dapat dianalisa. Proses data dilakukan dengan cara mengentry data dari kuesioner ke computer dengan menggunakan program *SPSS (Statistical Program for social science)* yang ada di komputer.

5. *Cleaning*

Yaitu kegiatan pengecekan kembali data-data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak.

G. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat tampilan distribusi, frekuensi, dan presentase dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun variabel dependen. Dari pengertian tersebut, peneliti menggunakan analisis univariat untuk mencari distribusi, frekuensi dan presentase dari waktu tanggap, pengetahuan triase, tingkat pendidikan, dan beban kerja.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan dari setiap variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistic *Chi-Square* pada faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap perawat dan bidan memiliki tabel yang berukuran 3x2, jika output *SPSS*nya tidak terpenuhi untuk di baca di *person chi-square* maka dilanjutkan dengan penggabungan sel sehingga tabelnya berubah menjadi 2x2, dan apabila output *SPSS*nya menyatakan ada 50% sel yang nilai expected counnya yang lebih kecil dari 5 maka nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test*. Uji ini bisa digunakan pada penelitian ini karena memenuhi syarat pengujian yaitu hipotesis komparatif, kategorik dan tidak berpasangan. Untuk menentukan kesimpulan adanya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, digunakan pendekatan *probability (p)*, yaitu membandingkan nilai *p value* dengan derajat kemaknaan (α) = 0,05 dan 95% *confidence interval*. Interpretasi hasil uji statistik bila :

- a) $p \text{ value} < \alpha$ (0,05) artinya ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen.
- b) $p \text{ value} \geq, \alpha$ (0,05) artinya tidak ada hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar sejak tanggal 18 Desember 2019 – 22 Februari 2020, dan menjelaskan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan pada pasien dengan triase merah. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur variabel independen (pengetahuan triase, tingkat pendidikan dan beban kerja) dan variabel dependen (waktu tanggap) menggunakan lembar observasi untuk menilai cepat atau lambatnya perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan metode *Non-probability Sampling* dengan pendekatan *Total Sampling* yaitu semua populasi yang ada di jadikan sampel, dengan jumlah sampel sebanyak 19 responden perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah non eksperimental atau observasi analitik dengan pendekatan *Cross Sectional Study* yaitu pengukuran variabel bebas dan variabel terikat dilakukan secara bersamaan.

Pengelolaan data dengan menggunakan computer program *SPSS For Windows 21.1*, kemudian selanjutnya data dianalisis menggunakan uji statistic *Chi-Square* pada faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap perawat dan bidan memiliki tabel yang berukuran 3x2, jika output *SPSS*nya tidak terpenuhi untuk di baca di *person chi-square* maka dilanjutkan dengan penggabungan sel sehingga tabelnya berubah menjadi 2x2, dan apabila output *SPSS*nya menyatakan ada 50% sel yang nilai expected countnya yang lebih kecil dari 5 maka nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test*. Uji ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Apabila $p\ value < \alpha$ artinya H_a diterima H_o ditolak artinya ada hubungan antara pengetahuan

triase, tingkat pendidikan dan beban kerja dengan waktu tanggap perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Untuk variabel dependen (waktu tanggap) dilakukan dengan menggunakan lembar observasi, stopwatch dan jam tangan untuk melihat waktu pasien masuk dan pasien ditangani, dimana untuk 1 responden ada 3 pasien dengan triase merah yang dinilai kemudian merata-ratakan waktu, sehingga dapat di nilai apakah responden tersebut cepat atau lambat dalam menangani pasien gawat darurat.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan kepemilikan Soc.JMJ dan salah satu rumah sakit swasta katolik di kota Makassar terletak di Jl. Somba Opu No. 273, kelurahan Losari, kecamatan Ujung Pandang, kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940.

Sampai saat ini Rumah Sakit Stella Maris masih tetap berdiri dengan kategori Rumah Sakit Umum dengan tipe B, dengan kapasitas = 236 TT, jumlah perawat = 154 orang, jumlah dokter = 43 orang. Layanan yang diberikan yaitu Instalasi Gawat Darurat, rawat jalan, rawat inap, pelayanan bedah sentral, pelayanan intensif, pengunjung medis dan terapi. Fasilitas yang diberikan seperti *computer tomography (CT- SCAN)*, *chest x-ray (CXR)*, *Laparascopy*, *Endoscopy*, *Bronchoscopy*, *Computerized treadmill*, *blood gas analyser*, mesin hemodialisis, *pastoral care*, kapel, Bank dan ATM. Luas tanah = 1,99537 ha dan luas bangunan 14,658 m², secara geografis, letak dan batas-batas Rumah Sakit Stella Maris adalah sebelah utara berbatas dengan perumahan penduduk, sebelah selatan berbatasan dengan Jl. Maipa dan sebelah barat berbatas dengan Jl. Somba Opu.

Salah satu layanan yang diberikan Rumah Sakit Stella Maris adalah Instalasi Gawat Darurat 24 jam dimana terletak pada bagian depan Rumah Sakit yang menerima semua pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan baik yang termasuk gawat darurat, gawat tidak darurat, darurat tidak gawat, dan tidak gawat darurat tanpa membeda-bedakan pasien.

Pelayanan yang diberikan di Instalasi Gawat Darurat Stella Maris berdasarkan tingkat kegawat daruratannya mulai dari ATS 1-5, ruangan berisi 11 tempat tidur yang terdiri dari ruang resusitasi, ruang Ponek, ruang Bedah dan Non bedah, ruang observasi, dan juga di lengkapi bagian administrasi dan farmasi untuk lebih memudahkan pasien. Jumlah kunjungan pasien IGD perharinya fluktuatif, hasil rekapitulasi pasien pada tahun 2019 mencapai 25.761 pasien, Instalasi Gawat Darurat Stella Maris Makassar memiliki visi dan misi yakni sebagai berikut :

- a. Visi : Mencegah kematian dan kecacatan pada penderita Gawat Darurat, hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya, Memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisplin.
- b. Misi : Melakukan pelayanan siaga bencana, Mengelolah pelayanan gawat darurat, Mengelolah fasilitas peralatan dan obat-obatan *life saving*, melaksanakan pengendalian mutu pelayanan Gawat Darurat, Mengembangkan dan menyebarkan pengetahuan penanggulangan penderita gawat darurat melalui pendidikan dan menyelenggarakan berbagai kursus yang berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan Bantuan Hidup Dasar (*Basic Life Support*) maupun Bantuan Hidup Lanjut (*Advance Life Support*).

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ komunitas rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut ke dalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam menyusun visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi tarekat dan citra Ratna Nirmala sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris. Adapun visi misi Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagai berikut:

- a. Visi : menjadi Rumah Sakit pilihan yang professional dan terpercaya dengan memberikan pelayanan yang terbaik dalam semangat kasih.
- b. Misi : memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan holistik serta hormat terhadap martabat Manusia, membentuk sumber daya manusia yang berkualitas dan berbela rasa, membangun jejaring kerjasama antar berbagai mitra strategis, berinovasi untuk efisiensi dan efektifitas pelayanan.

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

Dari populasi yang ada di Instalasi Gawat Darurat adalah semua perawat dan bidan yang memberikan tindakan awal pada pasien dengan triase merah. Perawat dan bidan yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent berdasarkan kriteria inklusi yang ada, maka sampel dari penelitian ini berjumlah 15 perawat dan 4 bidan yang kemudian dilanjutkan sebagai responden.

- a. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Perempuan	12	63.2
Laki-Laki	7	36.8
Total	19	100

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan responden dalam penelitian ini berjumlah 19 responden yang terbanyak yakni 12 (63,16%) responden perempuan dan 7 (36,84%) responden laki-laki yang merupakan pegawai Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di IGD
Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020

Usia (Tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
17-25	4	21
26-35	12	63.1
36-45	2	10.6
46-55	1	5.3
Total	19	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden terbanyak berada pada rentang usia 26-35 tahun yaitu sebanyak 12 (63,1%) responden dan yang terendah rentang usia 46-55 tahun yakni 1(5,3%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisis Univariat

1) Waktu Tanggap

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Waktu Tanggap
di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020

Waktu Tanggap	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Cepat	10	52.6
Lambat	9	47.4
Total	19	100

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 19 responden, yang memiliki waktu tanggap yang cepat dalam memberikan pelayanan terhadap pasien Gawat Darurat adalah berjumlah 10 (52.6%) responden sedangkan dengan waktu tanggap yang lambat berjumlah 9 (47.4%) responden.

2) Pengetahuan Triase

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan
Pengetahuan Triase di IGD Rumah Sakit
Stella Maris Makassar, Tahun 2020

Pengetahuan Triase	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	13	68.4
Cukup	6	31.6
Total	19	100

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan triase yang baik berjumlah 13 (68.4%) responden, pengetahuan triase yang cukup berjumlah 6 (31.6%) responden dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan triase yang kurang dalam memberikan pelayanan terhadap pasien Gawat Darurat di ruang Instalasi Gawat Darurat RS stella Maris Makassar.

3) Tingkat Pendidikan

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan
Tingkat Pendidikan di IGD Rumah Sakit
Stella Maris Makassar, Tahun 2020

Tingkat pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ners	7	36.8
Sarjana	1	5.3
Diploma tiga	11	57.9
Total	19	100

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan tingkat pendidikan terakhir responden yang terbanyak adalah Diploma tiga yaitu 11

(57.89%) responden, Sarjana berjumlah 1 (5.26%) responden sedangkan tingkat pendidikan ners berjumlah 7 (36.84%) responden.

4) Beban Kerja

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Beban Kerja
Di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Tahun 2020

Beban Kerja	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ringan	8	42.1
Sedang	11	57.9
Total	19	100

Berdasarkan Tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden yang mengatakan beban kerja ringan berjumlah 8 (42,1%) responden, beban kerja sedang berjumlah 11 (57.9%) responden dan tidak ada responden yang mengatakan beban kerja berat dalam memberikan pelayanan terhadap pasien Gawat Darurat di ruang Instalasi Gawat Darurat RS stella Maris Makassar.

b. Analisis Bivariat

1. Hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Tabel 5.7
Analisis Hubungan antara pengetahuan triase dengan
waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan
di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar
(n : 19)

Pengetahuan Triase	Waktu Tanggap Perawat dan Bidan						p
	Cepat		Lambat		Total		
	f	%	f	%	n	%	
Baik	10	52,6	3	15.8	13	68.4	0.003
Cukup + kurang	0	0,0	6	31.6	6	31.6	
Total	10	52.6	9	47.4	19	100	

Sumber Data Primer 2020

Dari hasil uji statistik yang digunakan yakni uji *Chi-Square*, pada hubungan pengetahuan triase dan waktu tanggap memiliki tabel yang berukuran 3x2, dilakukan penggabungan sel sehingga tabelnya berubah menjadi 2x2, output *SPSS*nya menyatakan ada 50% sel yang nilai expected countnya yang lebih kecil dari 5 maka nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test* diperoleh nilai $p = 0,003$ dan $\alpha = 0,05$ maka $p > \alpha$ artinya ada hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan tabel di atas, pengetahuan triase yang baik dengan waktu tanggap yang cepat berjumlah 10 (52,6%) responden dan waktu tanggap

lambat 3 (15,8%) responden, sedangkan pengetahuan triase yang cukup dan kurang dengan waktu tanggap cepat tidak ada dan waktu tanggap lambat 6 (31,6%) responden.

2. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Tabel 5.8
Analisis Hubungan antara tingkat pendidikan dengan
waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan
di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar
(n : 19)

Tingkat Pendidikan	Waktu Tanggap Perawat dan Bidan						p
	Cepat		Lambat		Total		
	f	%	f	%	n	%	
Ners + Sarjana	5	26,3	3	15.8	8	42,1	0,650
Diploma tiga	5	26.3	6	31.6	11	57,9	
Total	10	52.6	9	47.4	19	100	

Sumber: Data Primer 2020

Dari hasil uji statistik yang digunakan yakni uji *Chi-Square*, pada hubungan tingkat pendidikan dan waktu tanggap memiliki tabel yang berukuran 3x2, dilakukan penggabungan sel sehingga tabelnya berubah menjadi 2x2, output *SPSS*nya menyatakan ada 50% sel yang nilai expected countnya yang lebih kecil dari 5 maka nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test* diperoleh nilai $p = 0,650$ dan $\alpha = 0,05$ maka $p > \alpha$ artinya tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi

Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan tabel diatas, tingkat pendidikan Ners dan Sarjana dengan waktu tanggap yang cepat berjumlah 5 (26,3%) responden dan waktu tanggap lambat 3 (15,8%) responden, sedangkan tingkat pendidikan diploma tiga dengan waktu tanggap cepat 5 (26,3%) responden dan waktu tanggap lambat 6 (31,6%) responden.

3. Hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Tabel 5.9
Analisis Hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar (n : 19)

Beban Kerja	Waktu Tanggap Perawat dan Bidan						p
	Cepat		Lambat		Total		
	f	%	f	%	n	%	
Ringan	7	31	1	11.1	8	42.1	0.020
Sedang + Berat	3	21.6	8	36.3	11	57.9	
Total	10	52.6	9	47.4	19	100	

Sumber: Data Primer 2020

Dari hasil uji statistik yang digunakan yakni uji *chi-square*, pada hubungan beban kerja dan waktu tanggap memiliki tabel yang berukuran 3x2, dilakukan penggabungan sel sehingga tabelnya berubah menjadi 2x2, output *SPSS*nya menyatakan ada 50% sel

yang nilai *expected count*nya yang lebih kecil dari 5 maka nilai p dibaca di *Fisher's Exact Test* diperoleh nilai $p = 0,020$ dan $\alpha = 0,05$ maka $p > \alpha$ artinya ada hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan tabel diatas, beban kerja yang ringan dengan waktu tanggap yang cepat berjumlah 7 (31%) responden dan waktu tanggap lambat 1 (11,1%) responden, sedangkan beban kerja yang sedang dan berat dengan waktu tanggap cepat 3 (21,6%) responden dan lambat 8 (36,3%) responden.

B. Pembahasan

Dalam bagian ini akan dibahas mengenai hubungan pengetahuan triase, tingkat pendidikan dan beban kerja dengan waktu tanggap serta faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kinerja dalam hal ini waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

1. Hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Dalam kasus kegawatdaruratan dibutuhkan tenaga kesehatan yang mampu mengatur alur pasien yang baik terutama pada jumlah ruang yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama untuk menekan jumlah morbiditas dan mortalitas, serta pelabelan dan pengkategorian prinsip penanganan awal meliputi pengkajian primer dan sekunder (Musliha, 2014). Pengetahuan perawat mengenai triase, pengkajian primer dan sekunder serta penatalaksanaan primer yang diprioritaskan pada ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability dan exposure*) sebagai pelayanan kegawatdaruratan awal secara cepat dan tepat dapat mencegah kematian dan kecacatan pada pasien. Triase adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis intervensi kegawatdaruratan. Dengan triase tenaga kesehatan akan mampu menginisiasi atau melakukan intervensi

yang cepat dan tepat (Kemenkes, RI 2018). Pengetahuan mengenai triase secara langsung mempengaruhi waktu tanggap dalam pelayanan kegawatdaruratan. Semakin cepat dilakukan triase maka akan semakin cepat pula pasien tertangani sehingga mencegah kecacatan dan kematian.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang IGD RS Stella Maris Makassar terdapat hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap perawat dan bidan pada pasien dengan triase merah. Hasil uji statistic *Chi-Square* yang dibaca pada *fisher exact* dengan nilai $p = 0.003$ dimana nilai p lebih kecil dari nilai $\alpha = 0.05$.

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil sebanyak 10 (52.6%) responden dengan pengetahuan triase baik memiliki waktu tanggap cepat. Hasil ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Ahmad (2012) dalam penelitiannya yang berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tanggap yang menyebutkan bahwa salah satu faktor internal yang berhubungan dengan waktu tanggap perawat dalam melaksanakan tugasnya adalah pengetahuan dan pendidikan. Pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan IGD merupakan tiga unsur kompetensi yang sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinis agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan pemilahan saat triage sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Oman, 2013). Ketiga unsur ini mencakup penentuan prioritas penanganan pasien, kecepatan dalam pengambilan keputusan klinis, pemberian tindakan sesuai yang dibutuhkan pasien, dan kesigapan dalam hal pemberian edukasi dan informasi mengenai tindakan perawatan yang akan diberikan. Kompetensi tersebut dapat mendukung terwujudnya efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan yang diukur dalam waktu tanggap.

Hasil lain yang didapatkan yaitu sebanyak 6 (31.6%) responden dengan pengetahuan triase cukup memiliki waktu tanggap lambat. Sesuai dengan teori Suryaningtias (2016) bahwa pengetahuan adalah kumpulan informasi yang dipahami, diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat

penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya. Semakin banyak informasi yang diperoleh maka semakin baik pula kinerjanya, tetapi sebaliknya semakin sedikit informasi yang dipahami maka semakin buruk pula kinerja seseorang. Informasi tersebut didapatkan dalam proses belajar dan pengalaman yang dapat digunakan dalam lingkungan kerja. Dalam penelitian ini pengetahuan triase mempunyai peran penting untuk kinerja perawat dalam hal ini waktu tanggap. Perawat yang memiliki pengetahuan triase cukup semuanya memiliki waktu tanggap lambat.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Ali dkk (2014) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan mutu pelayanan keperawatan di IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan mutu pelayanan keperawatan. Program peningkatan mutu pelayanan IGD merupakan derajat kesempurnaan pelayanan kegawatdaruratan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sebagai konsumen akan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan. Waktu tanggap merupakan indikator utama dalam peningkatan mutu pelayanan IGD. (Tim PMKP RSSM, 2015). Semakin cepat waktu tanggap maka kemungkinan keberlangsungan hidup seseorang akan semakin besar sebaliknya kegagalan waktu tanggap dapat berakibat fatal berupa kematian, kecacatan, waktu rawat semakin lama hingga berakibat ketidakpuasan pasien dan complain sampai biaya perawatan yang tinggi (Rahmanto, 2014).

Hasil penelitian tersebut didukung juga dengan hasil penelitian Wa Ode Nur (2018) di RS. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang menyatakan bahwa ada hubungan yang erat antara ketersediaan petugas triase dengan waktu tanggap. Keberadaan perawat triase di meja triase untuk menerima pasien baru 2.97 kali lebih meningkatkan ketepatan waktu tanggap. Hasil ini menggambarkan pentingnya

keberadaan petugas triase di IGD sebagai garis terdepan dalam penerimaan pasien sekaligus mengarahkan pasien sesuai tingkat kebutuhan perawatannya. Oleh karena itu dibutuhkan petugas triase yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam penanganan kegawatdaruratan yang dapat mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan kegawatdaruratan yang cepat dan tepat.

Kompetensi memiliki 3 komponen yang saling mendukung yaitu pengetahuan, sikap dan keterampilan. Ketiga komponen tersebut tertuang dalam kuesioner pengetahuan triase dalam bentuk pertanyaan. Keterampilan merupakan salah satu unsur kompetensi yang dapat mempengaruhi kinerja perawat. Sejalan dengan hasil penelitian Arif Mahrur dkk (2016) di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap perawat menyatakan bahwa terdapat hubungan antara keterampilan perawat dengan waktu tanggap. Keterampilan perawat sangat dibutuhkan terutama dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan tugas keperawatan, sehingga kinerja dapat meningkat secara optimal. Skill atau keterampilan seorang perawat dapat dilihat saat perawat melakukan tindakan sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku.

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan bahwa dari 13 responden yang memiliki pengetahuan triase baik masih ada 3 (15.8%) responden yang memiliki waktu tanggap lambat sedangkan menurut teori jika pengetahuan triase baik maka waktu tanggap akan cepat. Hal ini disebabkan adanya faktor lain yang mempengaruhi kinerja seseorang dalam hal ini waktu tanggap yaitu pengalaman bekerja di bagian IGD. Selain pengetahuan triase, perawat juga dituntut mempunyai pengalaman yang memadai karena harus mampu mengatasi situasi yang kompleks dan penuh tekanan sehingga memerlukan kematangan profesional untuk mentoleransi stress yang terjadi dalam pengambilan keputusan terkait dengan kondisi akut pasien dan menghadapi keluarga pasien (Budiarto, 2016).

Hasil ini sejalan dengan penelitian Nazwar (2012) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap perawat pada penanganan asma di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul yang mengatakan bahwa ada hubungan antara lama kerja dengan waktu tanggap. Perawat dengan masa kerja lebih dari 5 tahun memiliki waktu tanggap cepat dan perawat dengan masa kerja kurang dari 5 tahun memiliki waktu tanggap lebih lambat. Masa kerja yang telah dijalani perawat akan membentuk pengalaman kerja sehingga akan mampu meningkatkan pengetahuan dan kompetensi dalam melaksanakan tugasnya. Semakin lama masa kerja yang dijalani seorang perawat maka akan semakin banyak pengalaman yang diperolehnya sehingga akan mampu melaksanakan tugasnya dengan baik. Hasil lain yang didapatkan dalam penelitian tersebut adalah adanya hubungan antara motivasi perawat dengan waktu tanggap. Semakin tinggi motivasi perawat, maka makin cepat pula penanganan pada pasien asma. Hal ini sesuai dengan salah satu fungsi motivasi yaitu sebagai penggerak. Besar kecilnya motivasi akan menentukan cepat atau lambatnya suatu pekerjaan. Motivasi merupakan sejumlah proses psikologi yang menyebabkan timbulnya kegiatan sukarela yang menyebabkan timbulnya sikap antusias (Syamsu, 2012). Seseorang dikatakan bermotivasi tinggi jika mempunyai suatu alasan yang kuat untuk menggapai apa yang diinginkannya dan mengerjakan pekerjaannya saat ini.

Menurut asumsi peneliti semakin baik pengetahuan, sikap dan keterampilan seseorang maka akan memiliki kinerja lebih baik dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan cukup atau kurang akan sejalan dengan kinerjanya. Sebagian besar perawat yang memiliki hasil pengetahuan triase baik memiliki waktu tanggap cepat. Hal ini dikarenakan dalam penanganan pasien gawat darurat diperlukan pengetahuan mengenai triase baik berupa penentuan tingkat kegawatdaruratan hingga tindakan awal untuk menyelamatkan nyawa dan menghindari kecacatan secara cepat. Jika perawat mempunyai pengetahuan yang kurang mengenai triase maka penanganan harus

menunggu lebih lama menyebabkan waktu tanggap menjadi lambat dan kemungkinan penanganan tidak tepat sasaran. Kesimpulannya terdapat hubungan pengetahuan triase dengan waktu tanggap perawat dan bidan

2. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pendidikan seseorang mempunyai pengaruh yang tinggi terhadap kinerja karyawan yang dalam hal ini adalah waktu tanggap perawat. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka akan semakin tinggi pula sifat berpikir kritis, logika yang matang, sistematis dalam berpikir (Saputra, 2015). Tingkat pendidikan seorang perawat dibagi menjadi 2 jenis berdasarkan jenjang pendidikannya yaitu perawat vokasional yang terdiri dari lulusan diploma tiga dan SPK sedangkan perawat profesional yaitu lulusan sarjana keperawatan dan ners (Nursalam, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RS Stella Maris Makassar tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap perawat dan bidan pada pasien dengan triase merah. Hasil yang dianalisa dengan menggunakan uji statistic *Chi-Square* yang dibaca pada *fisher exact* dengan nilai $p = 0.650$ dimana nilai p lebih besar dari nilai $\alpha = 0.05$.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebanyak 5 (26.3%) responden dengan tingkat pendidikan ners memiliki waktu tanggap cepat dan sebanyak 6 (31.6%) responden dengan tingkat pendidikan diploma tiga memiliki waktu tanggap lambat. Menurut Sitorus (2011) semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula keterampilan yang dimiliki, karena dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan seseorang juga semakin baik atau semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Satrial dkk (2013) mengenai faktor-faktor

yang berhubungan dengan waktu tanggap pasien dengan cedera kepala di IGD RSUD Prof.DR.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng yang menyatakan bahwa responden yang berasal dari lulusan S1 dan ners semuanya memiliki waktu tanggap yang baik sedangkan lulusan diploma keperawatan peneliti menemukan bahwa lebih dari setengah jumlah responden memiliki waktu tanggap yang buruk.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Edy Sutrisno (2018) mengenai hubungan ketepatan waktu tanggap dengan keberhasilan penanganan kasus cedera kepala di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul yang menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat pendidikan Diploma tiga sebanyak (53%) memiliki waktu tanggap buruk sedangkan semua perawat lulusan ners memiliki waktu tanggap baik. Pendidikan merupakan salah satu unsur yang berhubungan dengan perilaku asertif seseorang. Perilaku asertif adalah sikap seseorang yang memiliki kepercayaan diri, dapat mengungkapkan pendapat dan ekspresi yang sebenarnya tanpa rasa takut, dan berkomunikasi dengan orang lain secara lancar. Salah satu ciri perilaku asertif adalah berfikir secara singkat, jelas dan logis. Perilaku asertif didapatkan dari proses belajar yang didapatkan di bangku pendidikan. Rendahnya tingkat pendidikan seorang perawat akan mempengaruhi perilaku serta kemampuannya dalam mengambil keputusan, pengembangan kreatifitas dan pemecahan masalah khususnya terhadap penanganan pasien yang membutuhkan tindakan atau pertolongan segera (Nursalam, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan hasil terdapat 3 (15.8%) responden dengan tingkat pendidikan ners memiliki waktu tanggap lambat dan 5 (26.3%) responden dengan tingkat pendidikan diploma tiga memiliki waktu tanggap cepat. Menurut Mangkunegara (2013) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi prestasi kerja seseorang antara lain faktor kemampuan dan motivasi. Kemampuan merupakan sejauh mana kapasitas seseorang dalam menyelesaikan tugas yang diberikan secara cepat dan tepat sesuai dengan hasil pelatihan dan pendidikan sedangkan motivasi merupakan kemauan

didalam diri seseorang yang mendorongnya untuk bertindak (Depkes RI, 2014)

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Vitriise Maatilu dkk (2014) di IGD RSUP Prof.Kandou Manado mendapatkan hasil tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap. Dalam menilai keterampilan seseorang yang dalam hal ini waktu tanggap perawat, juga dipengaruhi oleh faktor lain. Keadaan ini tergantung dari motivasi perawat dalam mempraktikkan keterampilan kerja yang didapat dari pendidikannya.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Awases (2013) yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja professional perawat dan menemukan tidak ada hubungan antar tingkat pendidikan seorang perawat dengan waktu tanggap. Menurut hasil pengamatan dari pengalaman kerja peneliti mayoritas perawat Diploma tiga yang memiliki waktu tanggap baik merupakan perawat yang telah lama bekerja di IGD atau masa kerja lebih dari 5 tahun sedangkan perawat lulusan ners sebagian besar merupakan pegawai baru sehingga mereka selalu menunggu petunjuk dari dokter jaga dan instruksi dari seniornya sebelum melakukan tindakan yang menyebabkan molornya waktu tanggap penanganan pasien.

Menurut asumsi peneliti tingkat pendidikan perawat dan bidan tidak mempengaruhi waktu tanggap. Hal ini disebabkan terdapat faktor lain yang mempengaruhi kinerja seseorang selain tingkat pendidikan yaitu kemampuan dan motivasi dalam melakukan pekerjaan. Motivasi tersebut dapat berupa pemberian insentif atau upah maupun penghargaan seperti kenaikan jabatan. Insentif merupakan suatu bentuk rangsangan yang dapat menjadikan seseorang lebih bergairah dan produktif. Pemberian insentif sebagai motivasi kerja yang dilakukan sesuai dengan situasi dan kondisi untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan (Sumaryati, 2017).

3. Hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Setiap pasien yang masuk ke IGD mempunyai berbagai macam kasus berbeda. Bahkan seringnya pasien yang datang dengan kasus kompleks dan membutuhkan kompetensi tinggi untuk ditangani. Sehingga untuk dapat menanganani dan memberikan pelayanan yang optimal, tentunya perawat yang bekerja di IGD dituntut untuk memiliki kecekatan, keterampilan, dan kesiagaan setiap saat. Dengan beban kerja yang diberikan kepada perawat IGD yang sangat fluktuatif tergantung kondisi pasien yang ditangani, ditambah banyaknya jumlah pasien dan shift kerja yang panjang melebihi kapasitas kerja manusia normal dikhawatirkan dapat menurunkan produktivitas dan stress akibat beban kerja yang tinggi (Hendianti, 2013)

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di IGD RS Stella Maris Makassar terdapat hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap perawat dan bidan pada pasien dengan triase merah. Hasil yang dianalisa dengan menggunakan uji statistic *Chi-Square* yang dibaca pada *fisher exact* dengan nilai $p = 0.020$ dimana nilai $p < \alpha = 0.05$. Analisis ringan, sedang dan beratnya beban kerja dinilai melalui tiga aspek yaitu dari segi aspek fisik, aspek psikologi, hingga aspek waktu kerja (Haryanti,2013). Dari segi aspek fisik berdasarkan jumlah pasien yang harus dirawat dan banyaknya perawat yang bertugas harus sesuai, aspek psikologis berdasarkan hubungan antar individu, perawat dengan pasien dan perawat dengan rekan kerja yang lain, aspek waktu kerja yaitu 8 jam/hari (Depkes RI,2014).

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan hasil sebanyak 7 (31.1%) responden dengan beban kerja ringan memiliki waktu tanggap cepat dan sebanyak 8 (36.3%) responden dengan beban kerja sedang memiliki waktu tanggap lambat. Perawat yang diberi beban kerja berlebih berdampak pada penurunan tingkat kesehatan, motivasi kerja, kualitas pelayanan keperawatan, dan kegagalan melakukan tindakan pertolongan terhadap pasien (WHO,2015). Menurut Nursalam (2017)

faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien yang dimasukkan ke unit tiap hari, rata-rata lama pasien di IGD, tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, frekuensi masing-masing tindakan dan rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan masing-masing tindakan. Dari hasil pengamatan selama penelitian di IGD RS Stella Maris Makassar rata-rata waktu tanggap perawat dan bidan pada triase merah adalah cepat yaitu sebanyak 10 (52.6%) responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari beberapa peneliti seperti Arif Mahrur dkk (2016) di IGD RSUD Dr. Soedirman Kebumen, Paulus Ronaldo (2016) di IGD RSUD Kabupaten Sorong dan Haryanti (2013) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap perawat yang menyatakan bahwa ada hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap. Beban kerja yang berlebihan akan menimbulkan kelelahan baik fisik maupun mental dan reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah sehingga waktu tanggap dalam pelayanan gawat darurat menjadi lambat. Beban kerja berkaitan erat dengan produktifitas tenaga kesehatan. Beban kerja yang tinggi juga mempengaruhi penampilan perawat seperti kurang rapi, muka tegang, cemberut dan tidak punya senyum yang dipersepsikan pasien bahwa pelayanan perawat tersebut lambat. Menurut hasil Haryanti (2013) beban kerja dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya jumlah perawat yang tidak memadai, jumlah pasien yang banyak, beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan, menuntut keterampilan khusus. Beban kerja tinggi perawat di RSUD Kabupaten Semarang terdiri dari beberapa kegiatan seperti mengantar pasien ke ruangan, pemasangan kateter intavena, melakukan *hecting* pada luka, serta melakukan dokumentasi asuhan keperawatan gawat darurat.

Berdasarkan hasil observasi peneliti di IGD RS Stella Maris Makassar, pasien yang masuk IGD dengan triase merah memerlukan penanganan secara cepat dan tepat sampai kondisi pasien stabil. Penanganan ini memerlukan lebih dari 1 perawat, beberapa tindakan,

dan menyita waktu sehingga kemungkinan pasien lain harus menunggu untuk dilayani. Lama waktu penanganan pasien dengan triase merah bergantung pada kondisi dan kebutuhan pasien sampai dinyatakan keadaan umum pasien stabil (DepKes, 2014). Menurut hasil pengamatan peneliti di ruang IGD RS Stella Maris Makassar rata-rata lama penanganan pasien triase merah ± 7 menit. Beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan perawat dan bidan di IGD juga merupakan faktor yang mempengaruhi beban kerja. Tindakan invasive seperti *hecting* luka, pemasangan IV kateter dan tindakan invasive lainnya yang didelegasikan pada perawat dikarenakan jumlah dokter jaga hanya satu orang per shift dan harus melakukan pemeriksaan pada semua pasien. Beban kerja yang fluktuatif di IGD sangat mempengaruhi waktu tanggap. Semakin tinggi kunjungan pasien, maka waktu tanggap akan semakin lambat. Jumlah rata-rata kunjungan pasien pada bulan desember hingga januari sebanyak 98 pasien/hari atau 33 pasien/shift dengan jumlah perawat 4 orang/shift

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan sebanyak 1 (11.1%) responden dengan beban kerja ringan memiliki waktu tanggap lambat dan 3 (21.6%) responden dengan beban kerja sedang memiliki waktu tanggap cepat. Selain beban kerja, terdapat faktor lain yang mempengaruhi waktu tanggap perawat salah satunya adalah aspek psikologis. Dalam aspek ini terdapat hubungan antar individu baik itu perawat dengan perawat, perawat dengan kepala ruangan, dan perawat dengan pasien dan keluarga pasien. Hubungan antar individu tersebut mempengaruhi kinerja dan tingkat produktif perawat. Semakin baik hubungan antar individu maka akan meningkatkan motivasi kerja dan kinerja perawat.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sahrul (2018) mengenai hubungan beban kerja perawat dengan *respon time* pada penanganan pasien di IGD RS Ibnu Sina Makassar yang menyatakan bahwa sebanyak 44% perawat dengan beban kerja standar tetapi memiliki waktu tanggap yang baik. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lain yaitu usia. Dalam teori Notoatmojo (2015) mengatakan bahwa usia berpengaruh terhadap

daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik. Kematangan individu dapat dilihat langsung secara objektif dengan periode umur sehingga berbagai proses pengalaman, pengetahuan, keterampilan, kemandirian terkait sejalan bertambahnya umur individu. Tingkat kematangan dalam berpikir dan berperilaku dipengaruhi oleh pengalaman kehidupan sehari-hari sehingga dalam pengambilan keputusan akan lebih terarah dan mencapai tujuan yang diinginkan.. Hasil pengumpulan data peneliti didapatkan sebanyak 16 (84.21%) responden dalam rentang usia 25-40 tahun.

Menurut asumsi peneliti kinerja perawat dalam hal ini waktu tanggap dipengaruhi oleh beban kerja. Beban kerja perawat IGD yang tinggi dengan beragamnya tindakan yang harus dilakukan sangat mempengaruhi waktu tanggap pelayanan keperawatan gawat darurat. Semakin tinggi beban kerja perawat maka semakin lambat pula waktu tanggap. Walaupun beban kerja merupakan faktor yang erat hubungannya dengan waktu tanggap, tetapi terdapat faktor lain yang mempengaruhi waktu tanggap yaitu aspek psikologis dan usia perawat. Kedua faktor ini ikut mempengaruhi lamanya waktu tanggap.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilaksanakan di IGD RS Stella Maris Makassar pada tanggal 18 Desember 2019 – 22 Februari 2020, dapat disimpulkan bahwa :

1. Waktu tanggap perawat di IGD RS Stella Maris Makassar sebagian besar berada pada kategori baik.
2. Pengetahuan triase perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar sebagian besar berada pada kategori baik.
3. Beban kerja perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar sebagian besar berada pada kategori sedang.
4. Tingkat pendidikan terakhir perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar sebagian besar diploma.
5. Ada hubungan antara pengetahuan triase dengan waktu tanggap perawat pada pasien dengan triase merah di IGD RS Stella Maris Makassar
6. Ada hubungan antara beban kerja dengan waktu tanggap perawat pada pasien dengan triase merah di IGD RS Stella maris Makassar.
7. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap perawat pada pasien dengan triase merah di IGD RS Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data dan kesimpulan diatas maka peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Saran untuk perawat agar mengikuti pelatihan mengenai penanganan kegawatdaruratan khususnya triase dan BTCLS untuk mendukung waktu

tanggap penanganan pasien yang cepat dan tepat. Bagi perawat yang belum mengikuti pelatihan dan BTCLS bukanlah suatu alasan untuk tidak memberikan penanganan secara cepat, karena ilmu dan pengetahuan bisa didapatkan melalui membaca buku dan internet.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

- a. Saran untuk instansi rumah sakit khususnya bagian pendidikan dan pelatihan untuk selalu memperbaharui ilmu dan pengetahuan perawat dan bidan Instalasi Gawat Darurat dengan cara mengikutsertakan dan berpartisipasi dalam pelatihan gawat darurat bagi yang belum mengikuti, serta kelengkapan sarana dan prasarana yang menunjang dalam pelayanan pasien IGD.
- b. Perhitungan jumlah kunjungan IGD dan jumlah perawat dan bidan diperhitungkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- c. Pemberian insentif atau upah maupun penghargaan seperti kenaikan jabatan, sehingga dapat meningkatkan motivasi perawat dan bidan dalam bekerja.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya agar lebih memperhatikan waktu penelitian agar lebih lama.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi waktu tanggap pelayanan gawat darurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali. (2014). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Jurnal Keperawatan
- Ahmad. R. (2012). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tanggap Perawat di RSUD DR Kariadi Semarang*. Jurnal Keperawatan
- Awases, M.H. (2013). *Factors Affecting the Performance of Professional Nurses in Namibia*. Research Gate
- Budiarto. (2016) *Response Time Perawat Di Ruang Instalasi Gawat Darurat (Response Time Nurse In Emergency General Installation)*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Depkes RI, 2014. *Pedoman Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Devita. 2012. *Buku Ajar Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Salemba Medika.
- Esther. 2013. *Wait Time for Treatment in Hospital Emergency Departements. NCHS. Data Publication*. Diakses dari <https://www.cdc.gov>
- Habib. 2016. *Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Haryanti. 2013. *Hubungan Antara Beban Kerja Dengan Stress Kerja Perawat Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Semarang*. Semarang: JMK.
- Hasymi. 2013. *Perawat Gawat Darurat, From Novice To Expert*. Diakses dari <http://www.poltekkes-provinsi-bengkulu.ac.id>.
- Hendianti. 2013. *Perbaikan Sistem Kerja untuk Meningkatkan Produktivitas dan Mengurangi Burnout pada Perawat UGD (Studi Kasus: UGD RSU Haji Surabaya)*. Surabaya: Institut Teknologi Sepuluh Nopember: 1-3.
- Hendiati. 2012. *Gambaran Beban Kerja Perawat Pelaksana Unit Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung*.
- Hidayat. (2013). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jerrard. 2012. *How Long Are Patients Willing to Wait in the Emergency Department Before Leaving Without Being Seen?*. Virginia: University of Maryland.

- Kemenkes RI, 2014. *Pedoman Kerja Perawat Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kepmenkes. 2018. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Lumbantoruan, P., Fitriany, Y., dan Martina, E.M., 2015. *BTCLS and Disaster Management*. Bogor: YPIKI.
- Maatilu. 2014. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat*. Jurnal Keperawatan.
- Mahrur, A. 2016. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Lamanya Waktu Tanggap Dalam Pelayanan Gawat Darurat di IGD RSUD DR.Soedirman Kebumen*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan
- Mangkunegara, A.P. (2013). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Salemba Empat
- Musliha. (2014). *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nazwar. (2012). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Waktu Tanggap Perawat Pada Penanganan Asma di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Jurnal Keperawatan
- Nehme. 2016. *Factors Influencing the Timeliness of Emergency Medical Service Response to Time Critical Emergencies*. , 3127 (August), pp.0–9.
- Notoatmodjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2017). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Medika
- Nur, W. (2018). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap Pasien di IGD Bedah RS Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Jurnal Keperawatan
- Oman. 2013. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta : EGC
- Pongantung, H. (2019). *Pedoman Penulisan Skripsi*. Makassar: CV Oase Grup.
- Rahmanto. 2014. *Response Time Penanganan Sindroma Koroner Akut (SKA) di Instalasi Rawat Darurat RSUD.Pandan Arang Boyolali*. *Berita Ilmu Keperawatan*. Vol. 1 No.3 Surakarta. Jawa Tengah.
- Ridjal, S. *Teori Motivasi dan Kinerja Karyawan*. Makassar : Fahmis Pustaka

- Ronaldo, S. *Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Waktu Tanggap Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat Menurut Persepsi Pasien di IGD RSUD Kabupaten Sorong*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan
- Said, S dan Mappanganro, A. 2018. *Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Respon Time pada Penanganan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar*. Journal of Islamic Nursing vol.3 No.1
- Saputra. 2015. *Analisis Faktor Kinerja Perawat Rumah Sakit Universitas Airlangga Berdasarkan Teori Gibson*. Jawa Timur: Universitas Airlangga.
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S., 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Penerbit Sagung Seto
- Satrial. (2013). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Waktu Tanggap Pasien dengan Cedera Kepala di IGD RSUD Prof.DR.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng*. Jurnal Keperawatan
- Sitorus. 2011. *Manajemen Keperawatan : Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat, ed 1*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Stanfield. (2015). *Clinical Decision Making in Triage: An Integrative Review*, 41(5), 396–403. Diakses dari <http://doi.org/10.1016/j.jen.2015.02.003>
- Sudihartono dan Sartono. 2011. *Standar Praktik Gawat Darurat yang mengacu kepada standar praktik Registered Nurse (RN) WP-SEAR*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sumaryati, E., dan Tini. (2017). *Buku Pegangan Wajib Semua Karyawan dan Perusahaan : Tentang PHK dan Pesangon*. Jakarta. Buku Kita
- Sunaryo. (2010). *Pelaksanaan Triage Oleh Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Immanuel Bandung*. Diakses dari <http://www.rsimmanuel.com>
- Sutarto. 2016. *Modul Guru Pembelajar*. Jakarta: Direktorat Jenderal Guru dan Tenaga Kependidikan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Sutrisno, E. (2018) . *Hubungan Ketepatan Waktu Tanggap Perawat dengan Keberhasilan Penanganan Kasus Cedera Kepala di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Digilib.
- Ziliwu, H.J., dan Abdu, S., 2014. *Buku Ajar Metodologi dan Riset Keperawatan*. Makassar : Penerbit Pustaka As Salam.

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN
DI IGD RS STELLA MARIS MAKASSAR**

No	Kegiatan	September				Oktober					November				Desember				Januari					Februari				Maret				April				
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
1	Pengajuan judul	■	■	■	■																															
2	Acc judul					■																														
3	Menyusun proposal						■	■	■	■																										
4	Ujian proposal										■	■																								
5	Perbaikan proposal											■	■	■																						
6	Pelaksanaan penelitian														■	■	■	■	■	■	■	■	■													
7	Pengolahan dan analisis data																							■												
8	Penyusunan laporan hasil penelitian																							■	■	■	■	■	■							
9	Ujian hasil																											■								
10	Perbaikan skripsi																												■							
11	Pengumpulan																															■				

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

1. Meliana Bertha Oktovianus (C1814201217)
2. Naning Karlina Limbong (C1814201221)

Adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan STIK Stella Maris yang sedang melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD Stella Maris Makassar.

Identitas semua responden dan informasi yang diperoleh dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab kami sebagai peneliti apabila informasi yang diberikan merugikan di kemudian hari.

Bapak/Ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja dan tanpa paksaan apapun. Jika bapak/ibu memutuskan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini, semua data yang diperoleh dalam penelitian ini tidak akan disalahgunakan tanpa izin responden. Informasi yang diperoleh dalam penelitian ini merupakan bahan atau data yang akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan akan dipublikasikan dalam bentuk skripsi. Atas kesediaan dan kerja sama bapak/ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Makassar, 18 Desember 2019

Peneliti I

Peneliti II

Meliana Bertha Oktovianus

Naning Karlina Limbong

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nomor Responden :

Menyatakan yang sebenarnya kepada peneliti, bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini dan saya akan membubuhkan nama dan tanda tangan saya sebagai tanda persetujuan. Saya telah mendapatkan penjelasan dan informasi mengenai maksud dan tujuan penelitian ini.

Demikian surat persetujuan ini saya buat secara sukarela tanpa adanya paksaan dari pihak mana pun.

Makassar, Desember 2019

Responden

.....

Lampiran 4

IDENTITAS RESPONDEN DAN TABEL OBSERVASI WAKTU TANGGAP FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU TANGGAP PELAYANAN PERAWAT DAN BIDAN DI IGD RS STELLA MARIS MAKASSAR

1. Identitas Responden

1. Nomor responden :(diisi oleh peneliti)
2. Nama responden : (tuliskan inisial)
3. Jenis Kelamin :
4. Usia :
5. Pendidikan Terakhir : Diploma / S1 / Ners (lingkari pilihan)

2. Lembar Observasi Lama Waktu Tanggap

Pasien	Kecepatan		Selisih waktu	Kategori	
	Waktu pasien masuk ke pintu IGD	Waktu respon petugas IGD		Cepat (≤ 5 Menit)	Lambat (> 5 menit)
1					
2					
3					

3. Kuesioner Pengetahuan Kegawatdaruratan Perawat Tentang Penerapan Triage

Pilihlah jawaban yang paling benar pada soal dibawah ini dengan memberi tanda silang (x) pada huruf a,b, atau c.

1. Usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatan trauma atau penyakit disebut...
 - a. Pengkategorian pasien
 - b. Triage
 - c. Prioritas utama penanganan
2. *Triage* pada umumnya dilakukan pada pasien dengan...
 - a. Semua pasien
 - b. Pasien korban kecelakaan
 - c. Pasien dalam kondisi kritis
3. Waktu untuk *triage* per orang adalah...
 - a. Lebih dari 30 detik
 - b. Kurang dari 30 detik
 - c. 15 detik
4. Prinsip utama *triage* adalah melakukan prioritas dengan urutan nyawa, fungsi dan..
 - a. Penampilan
 - b. Penampakan
 - c. Postur tubuh
5. Untuk memastikan urutan prioritas pada pasien akan dipasangkan...
 - a. Label *triage*
 - b. Kartu pengenalan
 - c. Kartu antrian
6. Pasien yang nyawanya dalam keadaan kritis dan memerlukan prioritas utama dalam pengobatan medis diberi label warna...
 - a. Merah
 - b. Hijau
 - c. Kuning
7. Pasien yang dapat menunggu untuk beberapa jam diberi label dengan warna...
 - a. Merah
 - b. Hijau
 - c. Kuning
8. Pasien yang telah melampaui kondisi kritis kemungkinan untuk diselamatkan atau telah meninggal diberi label...
 - a. Merah
 - b. Hijau
 - c. Hitam
9. Kondisi pasien yang mendasari klasifikasi dalam sistem *triage* adalah
 - a. Tingkat kegawatan
 - b. Perlu perawatan
 - c. Perlu penanganan segera
- 10.Keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat merupakan pengertian...
 - a. Gawat
 - b. Darurat

- c. Gawat darurat
11. Suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tetapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan merupakan pengertian...
 - a. Gawat
 - b. Darurat
 - c. Gawat darurat
 12. Suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (*airway, breathing, circulation*) jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal atau cacat merupakan pengertian...
 - a. Gawat
 - b. Darurat
 - c. Gawat darurat
 13. Metode *triage* START menggunakan 4 macam observasi yaitu bisa berjalan, bernafas, sirkulasi darah dan...
 - a. Kondisi tubuh
 - b. Derajat kegawatan
 - c. Tingkat kesadaran
 14. Berikut merupakan fungsi *triage* yang berkaitan dengan kegiatan pembedaan kegawatan yaitu...
 - a. Memberikan pasien label warna sesuai dengan skala prioritas
 - b. Menentukan kebutuhan media
 - c. Pemindahan pasien keruang operasi
 15. Berikut merupakan fungsi *triage* yang berkaitan dengan kegiatan anamnesa dan pemeriksaan...
 - a. Menilai tanda-tanda dan kondisi vital pasien
 - b. Menilai kemungkinan kecacatan pada pasien
 - c. Menilai kemungkinan tindakan operasi pada pasien
 16. Berikut merupakan fungsi *triage* yang berkaitan dengan kegiatan penentuan derajat kegawatan...
 - a. Menentukan prioritas penanganan pasien
 - b. Menentukan kebutuhan oksigenasi
 - c. Menentukan kebutuhan pasien
 17. Pasien post KLL masuk IGD dengan kondisi tidak sadar, tampak rhinorhea, dan masih ada pergerakan dinding dada serta usaha untuk bernapas. Tindakan prioritas yang perlu dilakukan adalah...
 - a. Memasang *Oropharyngeal Airway*
 - b. Melakukan *suction*
 - c. Memasang *semirigid cervical collar*
 18. Pasien masuk IGD dengan terdapat laserasi pada pergelangan tangan kanan, perdarahan 300 cc, tidak ada deformitas dan krepitasi, tindakan pertama kali yang dilakukan adalah...
 - a. Hentikan perdarahan dengan menekan area luka
 - b. Hecting
 - c. Memasang IVFD
 19. Pasien masuk IGD dengan diagnosis DOA karena sudah ditemukan pupil midriasis, nadi tidak teraba, tekanan darah tidak teraba, tidak ada napas spontan, kaku mayat, dan hasil pemeriksaan EKG sudah asistole. Namun, keluarga pasien memaksa anda melakukan RJP, sikap apa yang akan ada ambil?

- a. Edukasi keluarga bahwa tidak ada gunanya lagi melakukan RJP dengan bahasa yang baik dan mudah dimengerti keluarga pasien
 - b. Melakukan RJP untuk memberikan rasa ketenangan sedikit pada keluarga
 - c. Menolak dengan halus permintaan keluarga
20. Seorang pasien masuk di IGD dengan nyeri perut sejak 2 hari yang lalu, disertai muntah 8 kali, BAB encer 4 kali. Setelah dilakukan pemeriksaan, dokter menginstruksikan untuk menginjeksi obat antiemetik dan analgesik. Setelah perawat memberitahukan kolaborasi rencana tindakan keperawatan tersebut kepada pasien dan keluarga, ternyata pasien menolak untuk dilakukan tindakan injeksi karena pasien merasa takut. Bagaimana sikap selanjutnya yang harus dilakukan perawat?
- a. Melakukan edukasi ulang dan meyakinkan pasien bahwa tindakan yang akan dilakukan ini mampu mengurangi gejala yang dirasakan dengan cepat
 - b. Meminta pasien atau keluarga untuk menandatangani lembar penolakan tindakan
 - c. Tetap melakukan tindakan injeksi obat kepada pasien

D. Kuesioner Beban Kerja

Berilah tanda (√) pada jawaban yang menurut anda benar dengan kriteria sebagai berikut:

1. TP (Tidak Pernah) : tidak ada kendala dalam melaksanakan tugas
2. KK (Kadang-kadang) : menemukan kendala sebanyak 5 kali dalam melaksanakan tugas
3. S (Sering) : menemukan kendala sebanyak 7 kali dalam melaksanakan tugas
4. SL (Selalu) : menemukan kendala lebih dari 7 kali dalam melaksanakan tugas

No	Pertanyaan	TP (1)	KK (2)	S (3)	SL (4)
1	Apakah ada keluhan saat melakukan observasi pasien secara ketat selama jam kerja?				
2	Apakah beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan menjadi salah satu beban tersendiri?				
3	Apakah ada beban terhadap kontak langsung dengan pasien di ruang IGD secara terus menerus selama jam kerja?				
4	Apakah ada keluhan terhadap kurangnya tenaga perawat dibandingkan dengan jumlah pasien kritis?				
5	Apakah pengetahuan yang anda miliki tidak dapat mengimbangi sulitnya pekerjaan di IGD?				
6	Apakah keterampilan yang anda miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di IGD?				
7	Apakah ada keluhan selama membuat dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan?				
8	Apakah ada keluhan selama menjelaskan prosedur tindakan yang akan diberikan kepada pasien dan keluarganya?				
9	Apakah ada beban saat menghadapi pasien dengan karakteristik dalam kondisi lemah?				
10	Apakah ada beban menyampaikan informasi mengenai status kesehatan pasien kepada pasien dan keluarganya?				
11	Apakah anda malas mencari buku/refresh tentang keterampilan klinik untuk menambah ilmu?				
12	Apakah anda merasa kurang bangga dengan prestasi yang sudah anda capai di IGD?				
13	Apakah anda kurang memperhatikan dengan seksama saat pimpinan member penjelasan tentang SPO yang ada?				
14	Apakah anda mendapat teguran dari pimpinan terhadap pekerjaan yang anda lakukan.?				
15	Apakah anda dapat kurang berinteraksi dengan baik dengan pimpinan/rekan kerja?				
16	Apakah anda malas menemui KARU jika menemui hal-hal yang tidak saya mengerti diluar jam kerja?				

17	Apakah ada hubungan kerja sama tim perawat di ruangan anda berjalan yang kurangbaik?				
18	Apakah anda selalu acuh untuk mendiskusikan tentang pekerjaan dengan rekan kerja anda?				
19	Apakah anda kurang senang jika bias menjadi ketua tim di pekerjaan?				
20	Apakah Anda merasa kurang bertanggungjawab terhadap pekerjaan yang telah dibebankan?				
21	Apakah ada waktu dimana anda menggantikan dinas teman anda?				
22	Apakah ada jam kerja anda yang melebihi jam kerja produktif (8 jam)/hari?				
23	Apakah pernah anda tidak libur 1 hari dalam 7 hari?				
24	Apakah anda pernah melakukan pekerjaan 2 shift dalam 1 hari?				
25	Apakah ada kerja lembur anda yang tidak diapresiasi oleh instansi?				
26	Apakah ada tugas tambahan yang didelegasikan pada anda setiap bekerja?				
27	Apakah ada keluhan mengenai jadwal dinas yang terasa berat menurut anda?				
28	Apakah ada keluhan mengenai teman dinas yang anda anggap kurang kooperatif saat bekerja?				
29	Apakah anda merasa jika kunjungan pasien terlalu banyak, anda juga akan terlambat menangani pasien?				
30	Apakah anda merasa jumlah perawat yang sedang berdinas sudah sesuai dengan jumlah kunjungan pasien setiap shiftnya?				



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

=====
Nomor : 982.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2020

Pimpinan RS. Stella Maris Makassar menerangkan bahwa :

1. Nama Lengkap : Meliana Bertha Oktovianus
Tempat / Tgl. Lahir : Ujung Pandang, 11 Mei 1990
NIM : C1814201217
Asal Pendidikan : STIK Stella Maris Makassar Program Studi Sarjana Keperawatan
2. Nama Lengkap : Naning Karlina Limbong
Tempat / Tgl. Lahir : Ujung Pandang, 21 Oktober 1989
NIM : C1814201221
Asal Pendidikan : STIK Stella Maris Makassar Program Studi Sarjana Keperawatan

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 18 Desember 2019 s/d 22 Februari 2020 dengan judul :

“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap Pelayanan Perawat dan Bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana fungsinya.

Makassar, 21 Maret 2020
Direktur,


RS. Stella Maris
dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes

Cc. Arsip

Lampiran 5



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

=====
Nomor : 982.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2020

Pimpinan RS. Stella Maris Makassar menerangkan bahwa :

1. Nama Lengkap	: Meliana Bertha Oktovianus
Tempat / Tgl. Lahir	: Ujung Pandang, 11 Mei 1990
NIM	: C1814201217
Asal Pendidikan	: STIK Stella Maris Makassar Program Studi Sarjana Keperawatan
2. Nama Lengkap	: Naning Karlina Limbong
Tempat / Tgl. Lahir	: Ujung Pandang, 21 Oktober 1989
NIM	: C1814201221
Asal Pendidikan	: STIK Stella Maris Makassar Program Studi Sarjana Keperawatan

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 18 Desember 2019 s/d 22 Februari 2020 dengan judul :

“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap Pelayanan Perawat dan Bidan di IGD Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana fungsinya.

Makassar, 21 Maret 2020
Direktur,


RS. Stella Maris
dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes

Cc. Arsip

Lampiran 6

Tabel Output SPSS

Karakteristik Responden

Jenis Kelamin Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-Laki	7	36.8	36.8	36.8
Valid Perempuan	12	63.2	63.2	100.0
Total	19	100.0	100.0	

Umur Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
24	2	10.5	10.5	10.5
25	2	10.5	10.5	21.1
26	1	5.3	5.3	26.3
27	1	5.3	5.3	31.6
28	3	15.8	15.8	47.4
29	3	15.8	15.8	63.2
Valid 30	1	5.3	5.3	68.4
31	2	10.5	10.5	78.9
33	1	5.3	5.3	84.2
38	1	5.3	5.3	89.5
40	1	5.3	5.3	94.7
47	1	5.3	5.3	100.0
Total	19	100.0	100.0	

Analisis Univariat

Waktu Tanggap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Cepat	10	52.6	52.6	52.6
Valid Lambat	9	47.4	47.4	100.0
Total	19	100.0	100.0	

pengetahuan triase

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
baik	13	68.4	68.4	68.4
Valid cukup	6	31.6	31.6	100.0
Total	19	100.0	100.0	

tingkat pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ners	7	36.8	36.8	36.8
Valid s1	1	5.3	5.3	42.1
diploma	11	57.9	57.9	100.0
Total	19	100.0	100.0	

Beban Kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ringan	8	42.1	42.1	42.1
Valid Sedang	11	57.9	57.9	100.0
Total	19	100.0	100.0	

Analisis Bivariat

Pengetahuan_Triase_Transf * Waktu Tanggap Crosstabulation

		Waktu Tanggap		Total
		Cepat	Lambat	
Pengetahuan_Triase_Transf	Count	10	<5	13
	Expected Count	6.8	6.2	13.0
	% within	76.9%	n<5	100.0%
	Pengetahuan_Triase_Transf			
	% within Waktu Tanggap	100.0%	n<5	68.4%
	% of Total	52.6%	n<5	68.4%
	Residual	3.2	n<5	
	Std. Residual	1.2	n<5	

Cukup + Kurang	Adjusted Residual	3.1	n<5	
	Count	<5	6	6
	Expected Count	3.2	2.8	6.0
	% within	n<5	100.0%	100.0%
	Pengetahuan_Triase_Transf			
	% within Waktu Tanggap	n<5	66.7%	31.6%
	% of Total	n<5	31.6%	31.6%
	Residual	n<5	3.2	
	Std. Residual	n<5	1.9	
	Adjusted Residual	n<5	3.1	
Total	Count	10	9	19
	Expected Count	10.0	9.0	19.0
	% within	52.6%	47.4%	100.0%
	Pengetahuan_Triase_Transf			
	% within Waktu Tanggap	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	52.6%	47.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.744 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	6.902	1	.009		
Likelihood Ratio	12.242	1	.000		
Fisher's Exact Test				.003	.003
Linear-by-Linear Association	9.231	1	.002		
N of Valid Cases	19				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.84.

b. Computed only for a 2x2 table

Tingkat Pendidikan_Transf * waktu-tanggap Crosstabulation

			waktu-tanggap		Total
			cepat	lambat	
Tingkat Pendidikan_Transf	Ners + S1	Count	5	<5	8
		Expected Count	4.2	3.8	8.0
		% within Tingkat Pendidikan_Transf	62.5%	n<5	100.0%

	% within waktu-tanggap	50.0%	n<5	42.1%
	% of Total	26.3%	n<5	42.1%
	Residual	.8	n<5	
	Std. Residual	.4	n<5	
	Adjusted Residual	.7	n<5	
	Count	5	6	11
	Expected Count	5.8	5.2	11.0
	% within Tingkat Pendidikan_Transf	45.5%	54.5%	100.0%
Diploma	% within waktu-tanggap	50.0%	66.7%	57.9%
	% of Total	26.3%	31.6%	57.9%
	Residual	-.8	.8	
	Std. Residual	-.3	.3	
	Adjusted Residual	-.7	.7	
	Count	10	9	19
	Expected Count	10.0	9.0	19.0
Total	% within Tingkat Pendidikan_Transf	52.6%	47.4%	100.0%
	% within waktu-tanggap	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	52.6%	47.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.540 ^a	1	.463		
Continuity Correction ^b	.073	1	.788		
Likelihood Ratio	.544	1	.461		
Fisher's Exact Test				.650	.395
Linear-by-Linear Association	.511	1	.475		
McNemar Test				.727 ^c	
N of Valid Cases	19				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.79.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Binomial distribution used.

Beban Kerja Transf * Waktu Tanggap Crosstabulation

	Waktu Tanggap		Total
	Cepat	Lambat	

Beban Kerja Transf	Ringan	Count	7	<5	8
		Expected Count	4.2	3.8	8.0
		% within Beban Kerja Transf	87.5%	n<5	100.0%
		% within Waktu Tanggap	70.0%	n<5	42.1%
		% of Total	36.8%	n<5	42.1%
		Residual	2.8	n<5	
		Std. Residual	1.4	n<5	
	Adjusted Residual	2.6	n<5		
	Sedang + Berat	Count	<5	8	11
		Expected Count	5.8	5.2	11.0
		% within Beban Kerja Transf	n<5	72.7%	100.0%
		% within Waktu Tanggap	n<5	88.9%	57.9%
		% of Total	n<5	42.1%	57.9%
		Residual	n<5	2.8	
Std. Residual		n<5	1.2		
Adjusted Residual	n<5	2.6			
Total	Count	10	9	19	
	Expected Count	10.0	9.0	19.0	
	% within Beban Kerja Transf	52.6%	47.4%	100.0%	
	% within Waktu Tanggap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	52.6%	47.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.739 ^a	1	.009		
Continuity Correction ^b	4.539	1	.033		
Likelihood Ratio	7.368	1	.007		
Fisher's Exact Test				.020	.015
Linear-by-Linear Association	6.384	1	.012		
N of Valid Cases	19				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.79.

b. Computed only for a 2x2 table

tabel hasil kuesioner

A. kuesioner pengetahuan kegawatdaruratan perawat dan bidan tentang penerapan triase

no.responden	skor	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
1		2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2
2		2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
3		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2
4		2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2
5		2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1
6		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1
7		2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
8		2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2
9		2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
10		2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
11		2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
12		2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13		2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
14		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
15		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
16		2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2
17		2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
18		2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2
19		2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1

p19	p20	total skor	
1	1	33	2
1	1	34	1
2	1	33	2
1	1	32	2
2	1	30	2
2	1	31	2
2	1	36	1
2	1	34	1
2	1	36	1
1	1	36	1
2	1	37	1
1	1	34	1
1	1	34	1
1	1	34	1
2	2	35	1
1	2	35	1
1	1	33	2
2	1	34	1
2	2	34	1

B.kuesioner beban kerja

no.responc skor

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8
1	1	2	3	2	2	2	2	2
2	2	2	2	4	1	2	2	2
3	2	2	1	4	2	2	1	1
4	2	2	2	4	2	2	2	3
5	2	2	3	4	1	2	2	3
6	1	1	1	3	1	1	1	2
7	2	2	2	4	3	2	1	2
8	1	2	2	4	2	2	1	2
9	2	2	2	3	2	2	3	2
10	3	2	1	4	1	1	2	1
11	2	2	3	4	2	2	3	3
12	1	1	1	3	2	2	1	1
13	1	2	3	3	2	2	1	2
14	1	2	2	3	2	3	2	2
15	1	2	1	2	2	2	1	3
16	2	1	1	2	2	1	3	1
17	2	2	2	3	2	2	2	3
18	1	1	2	3	2	2	2	2
19	2	3	3	4	2	2	3	2

p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17
2	2	2	3	2	2	2	3	3
2	1	2	2	3	2	1	2	3
1	2	3	2	2	2	2	2	2
2	1	2	1	3	2	3	2	2
1	2	2	1	1	2	3	3	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	3	2	2	2	1	3	1
2	2	2	2	3	2	2	3	2
2	2	2	2	3	1	2	4	2
1	1	2	1	1	1	1	2	1
2	3	2	2	3	2	2	3	2
1	1	2	1	2	2	1	1	1
2	2	2	3	2	3	2	2	1
1	2	1	1	1	1	1	1	1
1	3	2	1	1	2	2	2	1
1	1	2	1	1	2	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	3	2
2	2	2	2	1	1	1	1	1
3	2	2	2	2	2	1	2	2

p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26
1	3	2	2	2	3	3	3	2
2	1	1	2	1	1	3	3	1
2	3	2	2	2	3	2	2	3
3	2	3	2	2	3	3	3	2
2	2	3	2	3	3	2	3	2
1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	3	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	1	2	2	2
2	3	2	3	2	2	2	2	2
1	1	1	2	1	1	2	1	1
2	2	2	3	3	2	2	3	2
1	1	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	3	3	2	2	2
1	1	1	2	2	2	1	1	1
1	1	1	3	2	3	2	1	1
1	2	1	1	1	2	1	2	2
2	2	2	2	4	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	2
2	1	1	2	4	2	2	2	1

p27	p28	p29	p30	total skor	
1	1	3	1	64	2
3	2	1	3	59	1
2	3	2	3	64	2
2	3	3	3	71	2
2	2	3	4	69	2
2	1	2	4	43	1
3	1	2	4	63	2
2	2	2	4	61	2
3	2	2	4	69	2
1	2	4	1	45	1
2	2	2	4	73	2
1	2	2	3	47	1
2	2	3	3	65	2
1	1	2	4	47	1
2	1	1	4	52	1
2	2	3	4	48	1
2	2	2	3	66	2
1	1	2	3	45	1
2	1	3	1	63	2

LEMBAR OBSERVASI LAMA WAKTU TANGGAP

no.responden	p1	p2	p3	
1	2	2	1	2
2	1	1	2	1
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	1	2	2	2
6	2	2	2	2
7	1	1	1	1
8	1	2	1	1
9	1	1	1	1
10	1	1	2	1
11	2	2	2	2
12	1	1	1	1
13	2	2	2	2
14	1	1	2	1
15	2	1	1	1
16	1	1	1	1
17	2	2	2	2
18	2	1	1	1
19	2	2	2	2

KUESIONER TINGKAT PENDIDIKAN

No.Responden	Tingkat Pendidikan
1	3
2	1
3	1
4	3
5	3
6	1
7	3
8	3
9	1
10	2
11	1
12	3
13	3
14	3
15	1
16	3
17	3
18	1
19	3

JENIS KELAMIN

No.Responden	Jenis Kelam
1	2
2	1
3	1
4	2
5	1
6	2
7	2
8	2
9	1
10	2
11	1
12	1
13	1
14	2
15	2
16	2
17	2
18	2
19	2

UMUR RESPONDEN

No.Responden	Umur
1	24
2	28
3	27
4	28
5	29
6	29
7	26
8	38
9	25
10	25
11	29
12	47
13	31
14	40
15	31
16	30
17	28
18	24
19	33

Lampiran 8

LEMBAR KONSUL

Nama dan Nim : Meliana Bertha Oktovianus (C1814201217)

Naning Karlina Limbong (C1814201221)

Program : S1 Keperawatan

Judul proposal : Faktor-faktor yang berhubungan dengan waktu tanggap pelayanan perawat dan bidan di IGD RS Stella Maris Makassar

Pembimbing : Yunita Carolina,Ns., M.Kep.

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Peneliti		Pembimbing
			I	II	
1	Rabu/16 Oktober 2019	Pengajuan Judul Penelitian : 1. Faktor – faktor yang mempegaruhi lama waktu penurunan rasa nyeri pada pasien dengan nyeri akut yang diberi obat anti nyeri secara intravena di ruang IGD stella maris Makassar. 2. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan lamanya waktu tanggap perawat dalam pelayanan			

		<p>gawat darurat di IGD stella Maris Makassar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Judul yang di ACC adalah judul yang kedua <p>Faktor-faktor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemahaman Pasien 2. Penempatan staf 3. Skill/kemampuan 4. Jumlah pasien per shift <ul style="list-style-type: none"> - Mencari jurnal tentang penelitian 			
2	Sabtu/19 Oktober 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Telaah jurnal - Membuat BAB 1 dengan kriteria : <p>A. Latar Belakang berisi tentang defenisi, prevalensi, jumlah pasien 3 bulan terakhir, penyakit apa yang terbanyak, kemudian waktu tanggap dan kenapa perlu untuk di teliti</p> <p>B. Rumusan Masalah berdasarkan kenapa perlu di teliti?</p> <p>C. Tujuan penelitian : Tujuan umum dan tujaun khusus</p> <p>D. Manfaat penelitian untuk</p>			

		sapa saja			
3	Selasa/22 Oktober 2019	<p>BAB I</p> <p>Latar belakang : perbaikan penempatan kata dan paragraph</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasukkan tentang triase, apa fungsi dari perawat triase dan seharusnya perawat triase ada di mana? - Memasukkan bagaimana waktu tanggap yang sesuai di lapangan dan faktor-faktor-faktor yang akan di teliti. - Mencari jurnal lebih banyak lagi - Mengganti faktor-faktor yang akan di teliti : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan Triase 2. Tingkat pendidikan 3. Beban Kerja - Membuat BAB II sambil perbaikan BAB 1 			
4	Jumat/25 Oktober 2019	<p>BAB I : Kata-kata mulai bagus dan paragraf, perbaikan kata-kata kenapa judul harus di</p>			

		<p>teliti.</p> <p>BAB II : Kumpul</p>			
5	<p>Senin/28 Oktober 2019</p>	<p>BAB I : Penulisan kata dan paragraf sudah jauh lebih baik.</p> <p>BAB II : Pengetikan sudah bagus dan isi, hanya perlu menambahkan tentang penempatan tugas perawat triase, apa fungsi dan seharusnya perawat triase ada dimana sesuai dengan teori.</p> <p>Kusioner : Menambahkan sedikit pertanyaan mengenai beban kerja sesuai dengan yang ada di teori : dari segi aspek fisik, psikologis dan waktu kerja</p> <p>Membuat BAB III dan BAB IV sambil perbaiki BAB II</p>			
6	<p>Rabu/30 Oktober 2019</p>	<p>BAB I dan II acc</p> <p>BAB III : Perbaiki jenis penelitian</p> <p>BAB IV : Tambahkan penjelasan di</p>			

		instrument penelitian			
7	Rabu/06 November 2019	Perbaiki BAB III bagian definisi operasional dan IV uji statistik apa yang akan di pakai			
8	Jumat/08 November 2019	ACC BAB III dan BAB IV			
9	Jumat/28 Februari 2020	BAB 5 dan Hasil Uji Statistik			
10	Rabu/04 Maret 2020	Perbaiki BAB 5			
11	Selasa/10 Maret 2020	Perbaiki Analisis Bivariat dan Pembahasan			
12	Senin/23 Maret 2020	Perbaiki BAB 5 lewat Video Conference			
13	25 Maret 2020	Perbaiki Pembahasan Konsul BAB 6			
14	27 Maret 2020	ACC BAB 5 Perbaiki BAB 6 dan Konsul abstrak			

15	29 2020	Maret	ACC BAB 6 Perbaikan Abstrak			
16	30 2020	Maret	ACC Abstrak Lanjut Ujian Skripsi			