



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
RESPON TIME DAN *TRIAGE* DENGAN SIMULASI PELAKSANAAN
BANTUAN HIDUP DASAR**

SKRIPSI

Oleh :

Uli Haris Sa'adah

30902000271

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

SEMARANG

2022



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
RESPON TIME DAN *TRIAGE* DENGAN SIMULASI PELAKSANAAN
BANTUAN HIDUP DASAR**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

Uli Haris Sa'adah

30902000271

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya

Semarang, 23 Januari 2022

Mengetahui,
Wakil Dekan I

(Ns. Hj. Sri Wahyuni, S.Kep., M.Kep.Mat)

Peneliti,

(Uli Haris Sa'adah)



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG *RESPON TIME*
DAN *TRIAGE* DENGAN PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Uli Haris Sa'adah

NIM : 30902000271

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal : 26 Januari 2022



Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep
NIDN 06-2005-7604

Pembimbing II

Tanggal : 26 Januari 2022



UNISSULA
جامعة سلطان المنج الإسلامية

Ns. Ahmad Ikhlasil Amal, MAN
NIDN 06-0510-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG *RESPON TIME*
DAN *TRIAGE* DENGAN SIMULASI PELAKSANAAN BANTUAN HIDUP DASAR**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Uli Haris Sa'adah

NIM : 30902000271

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 26 Januari 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Indah Sri Wahyuningasih, M.Kep

NIDN 06-1509-8902

Penguji II,

Dr. Erna Melastuti, S.Kep., Ns., M. Kep

NIDN 06-2005-7604

Penguji III,

Ns. Ahmad Ikhlasul AmalMAN

NIDN 06-0510-8901

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NIDN. 06-2208-7403

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2022**

ABSTRAK

Uli Haris Sa'adah

Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

86 hal + 8 tabel + xii (jumlah hal depan) + jumlah lampiran

Latar Belakang: Perawat sebagai tenaga kesehatan dituntut meningkatkan pengetahuan dan memberikan pelayanan yang maksimal agar bisa memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien khususnya pelayanan gawat darurat yang dapat dinilai dari kemampuan perawat dalam hal cepat tanggap, pelayanan tepat waktu, sikap yang baik dalam memberikan pelayanan, kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan serta dapat meningkatkan mutu jasa pelayanan. Perawat harus meningkatkan profesionalisme dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, serta memahami penilaian *primary* dan *secondary survey*, melakukan *triage* dengan cepat dan benar.

Metode: Desain penelitian Penelitian deskriptif korelatif, dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Jumlah responden sebanyak 30 orang dengan teknik *total populasi*. Data yang diperoleh diolah secara statistik dengan menggunakan rumus *chi-square*

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berumur 31-40 tahun sebanyak 21 (70,0%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 (60,0%), jenis pelatihan yang pernah di ikuti Triage sebanyak 12 (40,0%) dan lama bekerja 7-10 tahun sebanyak 9 (30,0%), pengetahuan tentang respon time baik sebanyak 14 (46,7%), pengetahuan tentang triage baik sebanyak 16 (53,3%), simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 25 (83,3%). Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang respon time dan triage dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar.

Simpulan: Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang respon time dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p < 0,001$, Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang triage dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p < 0,001$

Kata kunci: Pengetahuan, Respon Time, Triage, Simulasi BHD

Daftar Pustaka: 89 (2011 – 2020)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, Agustus 2022**

ABSTRACT

Uli Haris Sa'adah

The relationship between the level of knowledge of nurses about response time and triage with the simulation of the implementation of BHD in the emergency installation of RSI Sultan Agung Semarang

xii (number of preliminary pages) 59 pages + 8 table + appendices

Background: Nurses as health workers are required to increase knowledge and provide maximum service in order to provide optimal service to patients, especially emergency services which can be assessed from the ability of nurses in terms of responsiveness, timely service, good attitude in providing services, caring and attention in providing services and can improve the quality of services. Nurses must improve professionalism in the implementation of nursing care, as well as understand primary and secondary survey assessments, perform triage quickly and correctly

Method: Research design Correlative descriptive research, with a cross sectional approach. Data was collected by means of a questionnaire. The number of respondents as many as 30 people with a total population technique. The data obtained were processed statistically using the chi-square formula

Result: The results showed that the majority of respondents aged 31-40 years were 21 (70.0%), male sex was 18 (60.0%), the type of training that had been followed by Triage was 12 (40.0%) and 7-10 years of service 9 (30.0%), knowledge of good response time 14 (46.7%), knowledge of good triage as much as 16 (53.3%), simulating the implementation of basic life support according to SOP as many as 25 (83.3%). There is a relationship between the level of knowledge of nurses about response time and triage with simulating the implementation of basic life support

Conclusion: There is a relationship between the level of knowledge of nurses about response time with simulation of basic life support with a p value of 0.001, There is a relationship between the level of knowledge of nurses about triage with simulation of implementation of basic life support with a p value of 0.001

Keywords: Knowledge, Response Time, Triage, BHD Simulation

Bibliographies: 89 (2011 – 2020)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Puji syukur senantiasa kita panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpah rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyusun skripsi ini dengan baik yang berjudul **“Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dan *response time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar ”**

Dalam penulisan skripsi ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih atas bantuan, arahan, serta motivasi yang telah diberikan selama ini kepada:

- 1 Drs. H, Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
- 2 Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
- 3 Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung
- 4 Dr. Erna Melastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 1 yang baik dan sabar ketika membimbing selalu dapat menerima keluh kesah penulis
- 5 Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN. selaku pembimbing II yang baik dan sabar ketika membimbing selalu dapat menerima keluh kesah penulis
- 6 Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis

- 7 Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi
- 8 Keluarga penulis yang tercinta terutama orang tua yang telah memberikan nasihat, doa serta pandangan bagaimana menjalani dunia yang sesungguhnya.
- 9 Teman-teman mahasiswa seangkatan S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula, yang selalu mendukung, membantu, dan mendengarkan keluh kesah yang tak hentinya saat menyusun penelitian skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Peneliti berharap skripsi ini bermanfaat bagi banyak pihak.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Semarang, 20 Januari 2022

Uli Haris Sa'adah

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. IGD	10
B. Bantuan Hidup Dasar	14
C. Triage	16
D. Pengetahuan.....	22
E. Respon time.....	24
F. Kerangka teori	29
G. Hipotesis.....	30
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	31
B. Variabel penelitian.....	32
C. Desain Penelitian	32
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
E. Tempat dan Waktu Penelitian	35
F. Definisi Operasional	35
G. Instrumen atau alat Pengumpulan Data	36
H. Metode pengumpulan data	37
I. Rencana analisa data.....	39
J. Etika penelitian	40
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Tempat Penelitian	50
B. Hasil Penelitian.....	50

BAB V PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden	55
B. Analisa Univariat	59
C. Analisa Bivariat	63
D.	

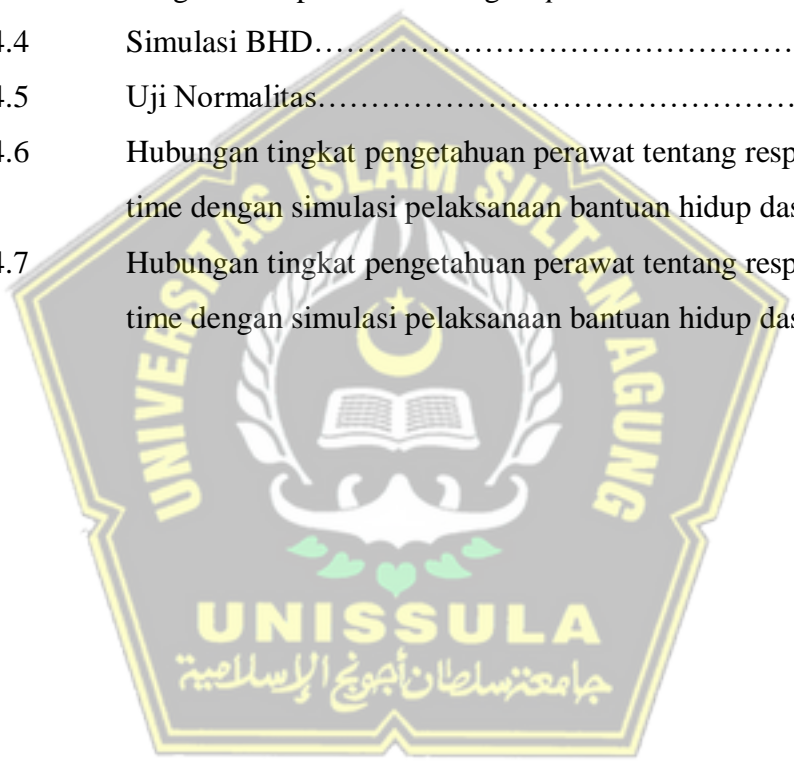
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	66
B. Saran	66

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Nomor tabel	Judul tabel	Halaman
3.1	Definisi Operasional	35
4.1	Karakteristik usia, jenis kelamin, jenis pelatihan dan lama bekerja.....	50
4.2	Pengetahuan perawat tentang <i>respon time</i>	51
4.3	Pengetahuan perawat tentang <i>respon time</i>	52
4.4	Simulasi BHD.....	52
4.5	Uji Normalitas.....	52
4.6	Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang respon time dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar	53
4.7	Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang respon time dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar	54



DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	Judul gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	29
2.2	Kerangka Konsep	31



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor lampiran	Judul Lampiran
Lampiran 1	Surat ijin survey penelitian
Lampiran 2	Surat ijin pelaksanaan penelitian
Lampiran 3	Surat keterangan layak etik
Lampiran 4	Surat permohonan menjadi responden
Lampiran 5	Surat persetujuan menjadi responden
Lampiran 6	Kuesioner penelitian
Lampiran 7	Lembar observasi bhd
Lampiran 8	Lembar konsul pembimbing
Lampiran 9	Hasil penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Keperawatan gawat darurat (*Emergency Nursing*) adalah pelayanan keperawatan secara komprehensif yang diberikan kepada pasien dengan injuri atau sakit yang mengancam kehidupan. Sebagai pemberi pelayanan pertolongan 24 jam, perawat dituntut dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan cermat yang mempunyai tujuan mendapatkan kesembuhan tanpa kecacatan (Novi, 2019). Perawat menjadi garda terdepan dalam memberikan pertolongan pertama pasien di IGD, oleh karena itu perawat perlu membekali dirinya dengan pengetahuan dan perlu meningkatkan kemampuan dan ketrampilan yang spesifik yang berhubungan dengan kasus-kasus kegawatdaruratan, pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan tersebut didapatkan dari berbagai pelatihan seperti BHD, *Triage*, BTCLS, BLS, ACLS, ENIL, namun pada kenyataannya masih ditemukan perawat yang kurang sigap dan terampil saat dihadapkan pada situasi pasien dengan gawat darurat pasien di IGD (Ramadhan & Wiryansyah, 2020)

Kematian pasien di IGD terjadi karena ketidakmampuan petugas kesehatan untuk menangani penderita pada fase gawat darurat (*golden period*). Ketidakmampuan tersebut bisa disebabkan oleh tingkat keparahan pasien, kurang memadainya peralatan di IGD, belum adanya sistem yang terpadu dan pengetahuan dalam penanggulangan darurat yang masih kurang, keadaan seseorang yang menjadi korban kecelakaan dapat semakin memburuk dan

bahkan berujung kematian apabila tidak ditangani secara cepat, pertolongan yang tepat dalam menangani kasus kegawatdaruratan adalah *Basic Life Support/ Bantuan Hidup Dasar* (Sesrianty, 2018). Henti jantung adalah kasus gawat darurat karena dapat terjadi secara tiba-tiba dan membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat. Jika tidak diberikan bantuan hidup dasar dengan cepat, korban dapat meninggal (Purnomo et al., 2021)

Bantuan hidup dasar atau *Basic Life Support* merupakan usaha yang pertama kali dilakukan untuk mempertahankan kehidupan saat penderita mengalami keadaan yang mengancam nyawa (Smeltzer dan Bare, 2018). Bantuan hidup dasar merupakan salah satu upaya yang harus segera dilakukan oleh seseorang apabila menemukan korban yang membutuhkannya. Oleh karena itu, setiap tenaga kesehatan khususnya perawat wajib menguasainya (Sesrianty, 2018).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan titik masuk yang sangat penting untuk pelayanan kesehatan bagi pasien yang membutuhkan penanganan dan perawatan yang mendesak baik itu secara gawat dan darurat. Gawat suatu kondisi dimana korban harus segera ditolong, apabila tidak segera ditolong maka akan mengalami kecacatan atau kematian. Jumlah dan kasus pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat tidak dapat diprediksi karena kejadian kegawatan atau bencana dapat terjadi kapan saja, dimana saja serta menimpa siapa saja. Karena kondisinya yang tidak terjadwal dan bersifat mendadak serta tuntutan pelayanan yang cepat dan tepat maka diperlukan *triage* sebagai langkah awal

penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat dalam kondisi sehari-hari, kejadian luar biasa maupun bencana (Purnomo et al., 2021).

Tujuan pelayanan di IGD yaitu tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal pada pasien secara cepat dan tepat dalam penanganan tingkat kegawatdaruratan agar mampu mencegah resiko kecacatan dan kematian (*to save life and limb*) dengan *respon time* selama kurang dari 5 menit dan waktu definitif sama dengan 2 jam (Karokaro et al., 2020). Kematian dan kesakitan pasien dapat diminimalkan atau dicegah dengan berbagai usaha perbaikan dalam bidang pelayanan kesehatan, salah satunya dengan meningkatkan pelayanan kegawatdaruratan (Gurning et al., 2018). Pelayanan kegawatdaruratan adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan kecacatan, karena waktu adalah nyawa. Dalam penanganan pasien gawat darurat, IGD memiliki sistem *triage* dalam melakukan tindakan kegawatdaruratan (Mackway-Jones et al., 2018). *Triage* adalah suatu proses memilih pasien menurut tingkat kegawatan dan prioritas dalam penanganan pasien (Tambengi et al., 2017). Penentuan prioritas penanganan akan dipengaruhi oleh tingkat kegawatan pasien, jumlah pasien yang datang, kemampuan staf IGD, ketersediaan alat pendukung serta ruangan (Winata, 2019).

Pengetahuan merupakan faktor dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Irawati et al., 2017). Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan

yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan non formal saja. Akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. (Ramadhan & Wiryansyah, 2020)

Penelitian tentang hubungan pengetahuan perawat tentang *Basic Life Support* (BLS) dengan kemampuan perawat dalam melakukan tindakan *Basic Life Support* (BLS) di RSUD Aminah Blitar menunjukkan hasil bahwa pengetahuan perawat dalam kategori cukup yaitu 23, dan hasil keterampilan perawat dalam kategori cukup terampil yaitu 22. Ini menunjukkan bahwa hasil nilai pengetahuan lebih tinggi dari hasil dari kemampuan karena kemampuan harus dinilai dengan praktek secara langsung (Novi, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh (Handayani, 2020) tentang Hubungan tingkat pengetahuan dengan *response time* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Wisata UIT Makassar didapatkan hasil tingkat pengetahuan terdapat 21 orang (67,7%) yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan terdapat 10 orang (32.3%) yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang, perawat yang mempunyai pengetahuan yang kurang yaitu mencari berbagai seminar ataupun media informasi yang sudah berkembang saat ini supaya pengetahuannya meningkat tentang *respon time*.

Penelitian yang dilakukan oleh (Tarigan, 2013) tentang hubungan pengetahuan dan sikap dengan pelaksanaan *triage* oleh perawat di unit gawat

darurat Rumah Sakit Awal BROS Bekasi didapatkan hasil pengetahuan perawat yang rendah didapatkan sebanyak 13 (81,3%) perawat yang kurang dalam melaksanakan *triage* dan 3 (18,8%) perawat yang baik dalam melaksanakan *triage* responden dengan pengetahuan rendah perlu meningkatkan pengetahuannya dalam praktik keperawatan khususnya dalam tindakan *triage* dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan keperawatan sebagai upaya pencegahan infeksi atau kematian pada pasien.

Penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan IGD terhadap tindakan *triage* berdasarkan prioritas didapatkan pengetahuan yang tinggi terhadap tindakan *triage* berdasarkan prioritas sebanyak 17 orang responden. Mayoritas petugas kesehatan IGD memiliki sikap yang positif terhadap tindakan *triage* berdasarkan prioritas sebanyak 19 orang responden dan sebagian besar petugas kesehatan IGD melaksanakan tindakan *triage* berdasarkan prioritas sesuai prosedur sebanyak 18 orang responden (Gurning et al., 2018).

Penelitian tentang Hubungan jumlah kunjungan pasien dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. DR. R.D. Kandou Manado didapatkan hasil bahwa ada hubungan jumlah kunjungan pasien dengan ketepatan pelaksanaan *triage* di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dengan kunjungan pasien tidak banyak yaitu 104 orang sedangkan cepat dalam *triage* sebanyak 83 orang (Nonutu et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan *response time* perawat pada penanganan pasien gawat darurat di IGD

RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado dengan hasil perawat vokasi sebanyak 27 dan perawat profesi sebanyak 21. Dengan hasil uji statistik yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan perawat pada penanganan pasien gawat darurat dengan nilai p 0,084 (Mulyadi et al., 2018).

Penelitian tentang Gambaran *response time* dan karakteristik petugas IGD RSU Anutapura Palu tahun 2019 didapatkan hasil sebanyak 94 pasien memperoleh *response time* baik (kurang dari 5 menit), 4 pasien *response time* cukup (5-10 menit), dan 1 pasien memperoleh *response time* buruk (lebih dari 10 menit). Penelitian yang dilakukan oleh (Fitrianingsih & Atikah, 2019) didapatkan hasil dari 170 responden diketahui 66 responden didapatkan *response time* perawat yang cepat dan kepuasan keluarga yang puas. *Response timenya* cepat tetapi kurang puas ada 41 responden yang mendapat *response timenya* lambat tetapi merasa puas ada sebanyak 27 responden dan 36 responden merasa tidak puas dan mendapatkan *response timenya* lambat (St Nashrah Azia et al., 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di IGD RSI Sultan Agung Semarang dibulan Mei 2021, jumlah tenaga perawat 34 yang terdiri dari S1 Ners 10 orang dan D3 Keperawatan 24 orang. Perawat yang bekerja di IGD merupakan Perawat Klinis (PK) I, PK II dan PK III. Perawat IGD sudah mendapat sosialisasi *in house training* mengenai *Triage* ATS. Jadi apabila ada pasien datang, semua perawat yang jaga pada waktu itu dapat melakukan *triage*.

Hasil survey awal pada 15 perawat menunjukkan bahwa 6 perawat masih bingung menentukan kasus pasien kategori kuning-merah, untuk pelaksanaan BHD 5 perawat masih belum berkesinambungan seharusnya dari *Airway* ke *Breathing* ke *Circulation* tetapi pada kenyataan banyak yang melakukan pemasangan infus dulu dari pada pemberian O₂, dan 4 perawat melakukan triage dengan benar, dari masalah di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang.

B. Rumusan masalah

Perawat sebagai tenaga kesehatan dituntut meningkatkan pengetahuan dan memberikan pelayanan yang maksimal agar bisa memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien khususnya pelayanan gawat darurat yang dapat dinilai dari kemampuan perawat dalam hal cepat tanggap, pelayanan tepat waktu, sikap yang baik dalam memberikan pelayanan, kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan serta dapat meningkatkan mutu jasa pelayanan. Perawat harus meningkatkan profesionalisme dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, serta memahami penilaian *primary* dan *secondary survey*, melakukan *triage* dengan cepat dan benar. Dari fenomena dan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah apakah ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Mendiskripsikan karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis pelatihan yang telah diikuti dan lama bekerja di IGD
- b. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *respon time* di IGD RSI Sultan Agung Semarang
- c. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *triage* di IGD RSI Sultan Agung Semarang
- d. Mendiskripsikan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang
- e. Menganalisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang
- f. Menganalisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat ke pasien

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan di IGD sehingga pasien tidak terlalu lama di IGD
- b. Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dari instansi yang mereka pilih

2. Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *response time* dan *triage* dengan pelaksanaan BHD

3. Pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini memberikan sumbangan bagi perkembangan usaha jasa agar memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar operasional dan meningkatkan kualitas pelayanan dan sebagai bahan pertimbangan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang sesuai dengan standar operasional



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian IGD

Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pasien gawat darurat adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera (Permenkes, 2018). IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan *triage*, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (Mahrur et al., 2016).

Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen instalasi gawat darurat rumah sakit sesuai dengan standar (Kemenkes RI, 2016)

2. Prinsip Pelayanan di IGD

Menurut (Permenkes, 2018) adapun prinsip umum pelayanan IGD di Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2019), sebagai berikut:

- a. Rumah sakit harus memiliki pelayanan *emergency* yang memiliki kemampuan dan pengetahuan pemeriksaan awal kasus-kasus *emergency* dan resusitasi serta stabilisasi (*live saving*).
- b. Instalasi gawat darurat rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari selama satu minggu nama untuk instalasi atau unit gawat darurat di rumah sakit harus sama atau diseragamkan menjadi instalasi gawat darurat.
- c. Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang pembayaran awal pada saat menangani kasus gawat darurat.
- d. Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal dalam waktu 5 menit setelah sampai di IGD.
- e. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional, dimana terdapat unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan.
- f. Semua rumah sakit harus berusaha dalam penyesuaian pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan standar yang ada.

Depkes RI (2010) Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit yaitu :

- a. Rumah sakit harus memiliki pelayanan *emergency* yang memiliki kemampuan dan pengetahuan untuk melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus *emergency* dan resusitasi serta stabilisasi (*live saving*).

- b. Instalasi Gawat Darurat rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari selama satu minggu
 - c. Nama untuk instalasi atau unit gawat darurat di Rumah Sakit harus sama atau diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat.
 - d. Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang pembayaran awal pada saat menangani kasus gawat darurat.
 - e. Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal dalam waktu 5 menit setelah sampai di IGD.
 - f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional, dimana terdapat unsur pimpinan dan unsur pelaksanaan.
 - g. Semua Rumah sakit harus berusaha dalam penyesuaian pelayanan gawat darurat minimal sesuai dengan standar yang ada
3. Standar IGD
- Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki pelayanan kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:
- a. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk rumah sakit.
 - b. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk puskesmas, klinik, dan tempat praktik mandiri dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan.
 - c. Menangani pasien segera mungkin setelah sampai di fasilitas pelayanan kesehatan.

- d. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
- e. Proses *triage* untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
- f. Membuat alur masuk pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, pasien harus segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus

4. Pelayanan IGD

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit menurut (Australasian College For Emergency Medicine, 2014) sebagai berikut:

- 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 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 multi-disiplin, multi-profesi, dan terintegritasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana) yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.
 - g. Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai klasifikasi.
5. Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat
- Menurut (Queensland Health, 2017) klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) terdiri dari:
- a. Pelayanan instalasi gawat darurat level IV sebagai standar minimal untuk rumah sakit kelas A.
 - b. Pelayanan instalasi gawat darurat level III sebagai standar minimal untuk rumah sakit kelas B.
 - c. Pelayanan instalasi gawat darurat level II sebagai standar minimal untuk rumah sakit kelas C.
 - d. Pelayanan instalasi gawat darurat level I sebagai standar minimal untuk rumah sakit kelas D

B. BHD (Bantuan Hidup Dasar)

1. Definisi BHD

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah dasar untuk menyelamatkan nyawa ketika terjadi henti jantung. Aspek dasar dari BHD meliputi pengenalan langsung terhadap henti jantung mendadak dan aktivasi system tanggap darurat, *cardiopulmonary resuscitation* (CPR) atau resusitasi jantung paru (RJP) dini, dan defibrilasi cepat dengan defibrillator eksternal otomatis/ *automated external defibrillator* (AED). Pengenalan dini dan respon terhadap serangan jantung dan stroke juga dianggap sebagai bagian dari BHD. Resusitasi jantung paru (RJP) sendiri adalah suatu tindakan darurat, sebagai usaha untuk mengembalikan keadaan henti napas dan atau henti jantung (yang dikenal dengan kematian klinis) ke fungsi optimal, guna mencegah kematian biologis (AHA, 2020)

Bantuan hidup dasar (*basic life support*) adalah suatu tindakan pada saat pasien ditemukan dalam keadaan tiba-tiba tidak bergerak, tidak sadar, atau tidak bernafas, maka periksa respon pasien. Bila pasien tidak merespon, aktifkan sistem darurat dan lakukan tindakan bantuan hidup dasar. Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah tindakan darurat untuk membebaskan jalan nafas, membantu pernafasan dan mempertahankan sirkulasi darah tanpa menggunakan alat bantu (Novi, 2019). BHD adalah suatu tindakan gawat darurat yang memerlukan pertolongan segera untuk membebaskan jalan nafas membantu pernafasan, dan mempertahankan sirkulasi darah tanpa menggunakan alat bantu (AHA, 2020).

2. Tujuan BHD

Tujuan dilakukannya BHD menurut (Sesrianty, 2018) adalah:

- a. Mencegah berhentinya sirkulasi atau berhentinya pernapasan
- b. Memberikan bantuan eksternal dan ventilasi pada pasien yang mengalami henti jantung atau henti nafas melalui resusitasi jantung paru

3. Indikasi BHD

Indikasi dilakukan BHD menurut (Gurning et al., 2014) adalah sebagai berikut :

a. Henti nafas

Henti nafas dapat disebabkan karena tenggelam, stroke, obstruksi jalan nafas oleh benda asing, inhalasi asap, kelebihan dosis obat, tekanan aliran listrik, trauma, koma.

b. Henti jantung

Henti jantung dapat mengakibatkan: *Ventrikel takikardi, ventrikel fibrilasi, asistol.*

4. Langkah-langkah BHD

Menurut (AHA, 2020) berikut ini adalah langkah-langkah dalam memberikan Bantuan Hidup Dasar (BHD), antara lain:

- a. Menilai tingkat kesadaran korban
- b. Panggil bantuan
- c. Cek nadi (<10 detik) -> Jika korban tak sadar.
- d. Lakukan kompresi (penekanan dada) 30 kali.
- e. Bersihkan jalan napas.

- f. Buka jalan napas/ tengadahkan kepala.
- g. Berikan ventilasi/ bantuan napas -> 2 kali tiupan.

C. *Triage*

1. Pengertian

Triage atau yang dalam bahasa Inggris adalah *Triage* berasal dari bahasa Prancis *Trier* yang arti dasarnya mengelompokkan atau memilih (Anggraini & Oliver, 2019). Proses pemilahan di dunia medis pertama kali dilaksanakan sekitar tahun 1792 oleh Baron Dominique Jean Larrey, seorang dokter kepala di Angkatan perang Napoleon. Pemilahan pada serdadu yang terluka dilakukan agar mereka yang masih bisa ditolong mendapatkan prioritas penanganan (Yuliano et al., 2019).

2. Prinsip *Triage*

Triage adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Kathleen, 2018). Akibat sumber daya yang terbatas itu pula, maka tidak mungkin semua korban dapat ditangani dengan segera secara tuntas. Pada titik ini lah dunia tenaga medis mulai memikirkan suatu peristiwa secara global (populasi), dan bukan hanya merujuk pada keadaan kesehatan seseorang atau per individu saja. Pada mass *casualties* inilah konsep prioritas penanganan sedikit berubah, dimana tenaga medis tidak memulai penanganan dari korban dengan cedera

terparah, namun diutamakan korban dengan *survival rate* yang tinggi dan menghabiskan paling sedikit sumber daya. Maka dapat disimpulkan bahwa prinsip *triage* adalah menyelamatkan sebanyak banyaknya pasien dengan sumber daya yang terbatas (Asmawi et al., 2017).

3. Jenis *Triage*

Jenis *triage* dapat digolongkan menjadi berbagai jenis tergantung cara penggolongannya. Apabila *triage* dibedakan berdasarkan tempat maka dapat dibedakan menjadi 3 jenis *triage* yaitu (Gustia & Manurung, 2018) :

a. *Triage* di tempat

Triage di tempat dilakukan di “tempat korban ditemukan” atau pada tempat penampungan yang dilakukan oleh tim pertolongan pertama atau tenaga medis gawat darurat.

b. *Triage* rumah sakit

Triage ini dilakukan saat korban memasuki pos medis lanjutan oleh tenaga medis yang berpengalaman (sebaiknya dipilih dari dokter yang bekerja di unit gawat darurat, kemudian ahli anestesi dan terakhir oleh dokter bedah)

c. *Triage* Evakuasi

Triage ini ditujukan pada korban yang dapat dipindahkan ke rumah sakit yang telah siap menerima korban bencana massal.

Sistem *Triage* di rumah sakit memiliki banyak variasi dan modifikasi yang sesuai dengan kondisi masing-masing rumah sakit. Beberapa sistem *triase* yang digunakan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1) *Patient Acuity Category Scale (PACS)*

Sistem PACS berasal dari Singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerjasama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hospital* (Santosa, 2019). PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- a) PAC 1 merupakan kategori pasien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh *delay*, contohnya antara lain *major trauma*, STEMI, *cardiac arrest*, dll.
- b) PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan. Contohnya antara lain stroke, fraktur terbuka tulang panjang, serangan asma, dll.
- c) PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, maupun berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasanya cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien. Contohnya antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dll.
- d) PAC 4 merupakan kategori pasien-pasien non emergency. Pasien ini dirawat di poli. Pasien tidak membutuhkan pengobatan segera

dan tidak menderita penyakit yang beresiko mengancam jiwa. Contohnya antara lain acne, dislipidemia, dll.

2) *Worthing Physiology Score System (WPSS)*

WPSS adalah suatu sistem skoring prognostik sederhana yang mengidentifikasi penanda fisiologi pada tahap awal untuk melakukan tindakan secepatnya, yang dituangkan dalam bentuk – *ntervention-calling score*. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, temperatur, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran berdasarkan AVPU (*alert, verbal, pain, unresponsive*) (Adhitya & Untoro, 2017). *Intervention-calling score* WPSS mempunyai keterbatasan pada pasien trauma oleh karena pada pasien trauma walaupun mengalami kondisi yang berat yang berkaitan dengan traumanya namun dalam keadaan akut seringkali masih memiliki cadangan fisiologi yang masih baik. WPSS melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi pasien, serta memberikan kategori *triage* yang objektif. Selain itu, WPSS memiliki beberapa keuntungan yaitu:

- a) Penilaian cepat dan akurat terhadap pasien gawat.
- b) Mengubah parameter klinis yang teratur kedalam suatu nilai skor.
- c) Peralatan yang dibutuhkan minimal, tidak menyakiti, serta mudah digunakan.
- d) Penilaian yang dilakukan akan seragan antar staf.

3) *Australian Triage Scale*

Australian Triage Scale (ATS) merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga paten terlihat pada waktu yang tepat, sesuai dengan urgensi klinisnya (*Emergency Triage Education Kit*, 2009). *Australian Triage Scale (ATS)* dirancang untuk digunakan di rumah sakit berbasis layanan darurat diseluruh Australia dan Selandia Baru. *ATS* adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis, terutama untuk memastikan bahwa pasien terlihat secara tepat waktu, sepadan dengan urgensi klinis mereka. Skala ini disebut *triage* kode dengan berbagai ukuran hasil (lama perawatan, masuk ICU, angka kematian) dan konsumsi sumber daya (waktu staf, biaya).

4) *Emergency Severity Index (ESI)*

Sistem *ESI* dikembangkan di Amerika Serikat dan Kanada oleh perhimpunan perawat emergency. *Emergency Severity Index* diadopsi secara luas di Eropa, Australia, Asia, dan rumah sakit di Indonesia.

Emergency Severity Index (ESI) memiliki 5 skala prioritas yaitu:

- a) Prioritas 1 (label biru) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/limb threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, status epileptikus, koma hipoglikemik.
- b) Prioritas 2 (label merah) merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter

- prioritas 2 adalah pasien-pasien hemodinamik atau ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut, luka sengatan listrik.
- c) Prioritas 3 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain, sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologi dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi.
- d) Prioritas 4 (label kuning) merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. contoh prioritas 4 antara lain, pasien BPH yang memerlukan kateter urine, *vulnus laceratum* yang membutuhkan *hecting* sederhana, dll.
- e) Prioritas 5 (label putih) merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain, *comman cold*, *acne*, eksoriasi, dll.

4. *Tagging* Warna Triage

Triage umumnya menggunakan warna dalam membedakan kondisi pasien.

Warna yang umum digunakan yaitu merah, kuning, hijau, dan hitam.

Berikut adalah penjabaran dari arti keempat warna yang umum digunakan dalam *triage* (Pranoto & Wibowo, 2020) :

- a. Merah, sebagai penanda korban yang perlu stabilisasi segera.
- b. Kuning, sebagai penanda korban yang memerlukan pengawasan ketat, tetapi perawatan dapat ditunda sementara.
- c. Hijau, sebagai penanda kelompok korban yang tidak memerlukan pengobatan atau pemberian pengobatan dapat ditunda
- d. Hitam, sebagai penanda korban yang telah meninggal dunia.

Selain empat warna yang telah disebutkan, terdapat beberapa guideline *triage* seperti pada *Australasian Triage Scale (ATS)*, *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*, *Emergency Severity Index (ESI)* yang menggunakan warna tambahan seperti putih dan biru.

5. Pedoman Penilaian *Triage*

Dalam menilai prioritas *triage*, diperlukan indikator penilaian yang terstandar. Poin - poin penilaian *triage* dapat dijabarkan sebagai berikut (Gustia & Manurung, 2018)

a. *Primary Survey (A,B,C)*

Merupakan proses deteksi cepat dan koreksi segera terhadap kondisi fungsi organ vital yang terancam. *Primary Survey* dilakukan dengan mengecek kesadaran korban dilanjutkan dengan memeriksa fungsi vital dengan sistematika A B C secara cepat.

b. *Secondary Survey (Head to Toe)*

Didefinisikan sebagai proses pencarian perubahan perubahan fisik anatomis yang dapat berkembang menjadi lebih gawat dan dapat mengancam jiwa apabila tidak segera diatasi. *Secondary Survey* dilakukan setelah survey primer tuntas.

c. *Pementauan* korban/pasien akan kemungkinan terjadinya perubahan perubahan kondisi:

- 1) Fungsi jalan nafas, fungsi pernafasan dan fungsi sirkulasi
- 2) Derajat kesadaran
- 3) Tanda tanda vital yang lain

d. Perubahan prioritas yang dikarenakan berubahnya kondisi korban/pasien.

6. Algoritma *Triage* Internasional

Triage yang dilakukan di setiap rumah sakit tentu akan berbeda dengan rumah sakit lain. Meski demikian, terdapat beberapa pedoman *triage* yang dikenal secara Internasional dan banyak dirujuk oleh rumah sakit di seluruh dunia dalam menentukan algoritma *triage* dalam rumah sakit (Ariyani & Rosidawati, 2020)

Alur pelayanan pasien di RSI Sultan Agung Semarang dibagi menjadi dua pintu utama yaitu melalui Instalasi Gawat darurat dan Instalasi Rawat Jalan. Pasien yang datang dalam keadaan gawat akan melalui IGD sedangkan pasien rujukan dokter spesialis, pasien kontrol rutin, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lainnya akan melalui

PPATRS (Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit) baik pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional), pasien umum dan asuransi lainnya.

RSI Sultan Agung Semarang membagi *triage* ke dalam 3 prioritas/tingkatan menggunakan ATS yang dimodifikasi, yaitu: (SNARS, 2016)

a. Prioritas I (label merah): ATS 1 & ATS 2

Mengalami gagal jantung paru diarahkan ke ruang resusitasi

b. Prioritas II (label kuning): ATS 3 & ATS 4

- 1) Kasus bedah ke ruang tindakan
- 2) Bukan kasus bedah ke ruang observasi

c. Prioritas III (label hijau): ATS 5

- 1) Pada jam kerja diarahkan ke poliklinik
- 2) Diluar jam kerja dilayani diruang *non emergency* setelah kasus-kasus gawat darurat terlayani

Alur pelayanan pasien IGD sesuai pasien prioritas I, prioritas 2 dan prioritas 3. Pasien akan ditangani dengan Pengkajian awal (*assessment*), pemberian intervensi dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi).

Pengkajian awal *triage* dilakukan oleh perawat IGD yang sudah mendapat sosialisasi *in house training* mengenai *triage* ATS. Perawat yang bekerja di IGD merupakan Perawat Klinis (PK) I, PK II dan PK III. Tahap selanjutnya adalah pemeriksaan oleh team spesialis/konsultasi hingga adanya disposisi untuk KRS, MRS, operasi atau tindakan khusus.

Semua pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat RSI Sultan Agung Semarang akan dilakukan *triage* oleh perawat *triage*. Saat perawat melakukan *triage*, keluarga pasien diarahkan untuk melakukan pendaftaran. Sehingga sesuai proses *triage* dilakukan secara simultan dengan proses pendaftaran pasien oleh keluarga pasien. Untuk penanganan pasien prioritas 1 (Kategori ATS 1 & ATS 2) yaitu pasien yang keadaannya mengancam jiwa dilakukan tindakan resusitasi dan stabilisasi segera sesaat pasien tiba di instalasi gawat darurat.

D. Alat Bantu (Peraga)

1. Pengertian

Menurut (Notoatmodjo, 2012a), yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut 'alat peraga, karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk menggerakkan indra sebanyak mungkin kepada suatu objek, sehingga mempermudah persepsi.

Seseorang atau masyarakat di dalam proses pendidikan dapat memperoleh pengalaman / pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu

pendidikan. Tetapi masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda dalam membantu persepsi seseorang. Elgar Dale (2019) membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, antara lain kata-kata, tulisan, rekaman, radio, film, televisi, pameran, *field trip*, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan dan benda asli.

2. Macam-Macam Alat Bantu Pendidikan

Macam alat bantu pendidikan (alat peraga) :

a. Alat Bantu Lihat (*Visual Aids*) Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada 2 bentuk :

- 1) Alat yang diproyeksikan, misalnya slide, film, film strip, dan sebagainya.
- 2) Alat-alat yang tidak dapat diproyeksikan :
 - a) Dua dimensi, gambar peta, bagan, dan sebagainya
 - b) Tiga dimensi, misal bola dunia, boneka, alat peragaan (*phantom*), dan sebagainya.
 - c) Model Anatomi Gigi (*Phantom Gigi*)

Sesuai dengan namanya, alat peraga ini berbentuk sebuah gigi manusia beserta lidah dan gusinya. Terdiri dari gigi atas dan bawah.

b. Alat-Alat Bantu Dengar (*Audio Aids*) Ialah alat yang membantu menstimulasi indra pendengar, pada waktu proses penyampaian bahan

pendidikan / pengajaran. Misalnya piringan hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.

- c. Alat Bantu Lihat – Dengar, seperti : televisi dan *video cassette*

Alat-alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids* (AVA).

E. Pengetahuan

1. Definisi pengetahuan

Menurut (KBBI, 2018), pengetahuan berarti segala yang diketahui, kepandaian, atau yang berkenaan dengan hal (mata pelajaran). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Muhdar et al., 2018).

2. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014):

- a. Pendidikan

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

- b. Informasi/Media Massa

Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi dan inovasi baru.

- c. Sosial budaya

Kebiasaan dan tradisi dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukannya. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan fasilitas yang diperlukan sehingga mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh dalam pengetahuan karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam mencari solusi dari masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

3. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif dibagi menjadi enam tingkatan yaitu (Notoatmodjo, 2014):

a. Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (*recall*).

b. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan untuk menjelaskan dengan benar tentang sesuatu yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

c. Aplikasi (*application*).

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

d. Analisis (*analysis*).

Kemampuan untuk menjabarkan materi dalam suatu komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

4. Kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut (Budiman, 2018):

- a. Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya $\geq 75\%$
- b. Tingkat pengetahuan kategori cukup jika nilainya 56-74%
- c. Tingkat pengetahuan kategori kurang jika nilainya $\leq 55\%$

F. Response Time

1. Pengertian *Respon Time*

Menurut suharteti et al *Respon time* adalah kecepatan dalam menangani klien. *Response time* sangat berhubungan dengan *triage* dimana standar *triage* yang paling banyak digunakan di Rumah Sakit untuk penanganan pasien di negara Australia dengan menggunakan lima kategori diantaranya, sangat mengancam hidup maka waktu tanggapnya langsung (0 menit), sedikit mengancam hidup (10 menit), beresiko mengancam hidup (30 menit), darurat (60 menit) dan kategori biasa dengan waktu perawatan (120 menit). Di Negara Kanada juga terdapat lima tingkatan *triage* yaitu Resusitasi (0 menit), gawat darurat (0 menit), darurat (<30 menit), tingkat biasa (<60 menit) dan tidak gawat (<120 menit) (*Departemen Of Health and Ageing Of Australian Government* (Lulie & Hatmoko, 2017).

2. Standar *Respon Time*

Standar *respon time* tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa pasien gawat darurat harus terlayani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di gawat darurat.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *Respon time* perawat

Adapun faktor yang memberikan pengaruh pada masalah *respon time* pada perawat menurut (Tambengi et al., 2017) dijelaskan bahwa :

a. Kompetensi perawat

Untuk menjamin pelayanan yang cepat dan tepat maka perawat harus mempunyai kompetensi. Faktor ini meliputi pendidikan.

b. Sarana dan prasarana

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana (fasilitas kesehatan). Jika sarana dan prasarana sesuai dengan standar maka perawat akan cepat dan tepat pula dalam memberikan pelayanan kepada klien.

c. Pengetahuan dan keterampilan

Pengetahuan dan keterampilan sangat penting, semakin tinggi pengetahuan dan keterampilan maka akan semakin baik pula pelayanan yang akan diberikan. Selain itu jika perawat mempunyai pengetahuan dan keterampilan maka perawat akan lebih cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada klien (Notoatmodjo, 2014)

d. Kecepatan pelayanan

Kecepatan pelayanan waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki pintu Instalasi Gawat Darurat (IGD). Kecepatan pelayanan yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan (Kepmen: Nomor:63/KEP/M.PAN/7/2003). Kecepatan pelayanan dalam hal ini adalah pelaksanaan tindakan atau pemeriksaan oleh dokter dan

perawat dalam waktu kurang dari 5 menit dari pertama kedatangan pasien di IGD.

e. Ketepatan pelayanan

Menurut (Fleeson et al., 2017), ketepatan waktu adalah kesesuaian pelayanan medis yang diberikan dari apa yang dibutuhkan dari waktu ke waktu. Hal ini berarti rumah sakit memberikan jasanya secara tepat semenjak saat pertama (*right the first time*). Selain itu juga berarti bahwa rumah sakit yang bersangkutan memenuhi janjinya misalnya menyampaikan jasanya sesuai dengan jadwal yang di sepakati ketepatan pelayanan adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan ke gawat daruratan penyakitnya sejak memasuki pintu IGD. Ketepatan pelayanan dalam hal ini adalah ketepatan pelaksanaan tindakan atau pemeriksaan oleh dokter dan perawat dalam waktu kurang dari 5 menit dari pertama kedatangan pasien di IGD. Lingkup pelayanan ke gawat daruratan tersebut di ukur dengan melakukan *primary survey* tanpa dukungan alat bantu diagnostik kemudian dilanjutkan dengan *secondary survey* menggunakan tahapan ABCD yaitu: A : *Airway management*; B : *Breathing management*; C : *Circulation management*; D : *Drug Defibrilator Disability*

Pertolongan kepada pasien gawat darurat dilakukan dengan terlebih dahulu melakukan *survei primer* untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang mengancam hidup pasien, barulah selanjutnya dilakukan *survei sekunder*. Tahapan *Survei primer* meliputi : A: *Airway* yaitu

mengecek jalan nafas dengan tujuan menjaga jalan nafas disertai control servikal; B: *Breathing* yaitu mengecek pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat; C: *Circulation* yaitu mengecek sistem sirkulasi disertai control perdarahan; D: *Disability* yaitu mengecek status neurologis; E: *Exposure* yaitu *enviromental control*, buka baju penderita tapi cegah *hipotermia* (Shalahuddin et al., 2019).

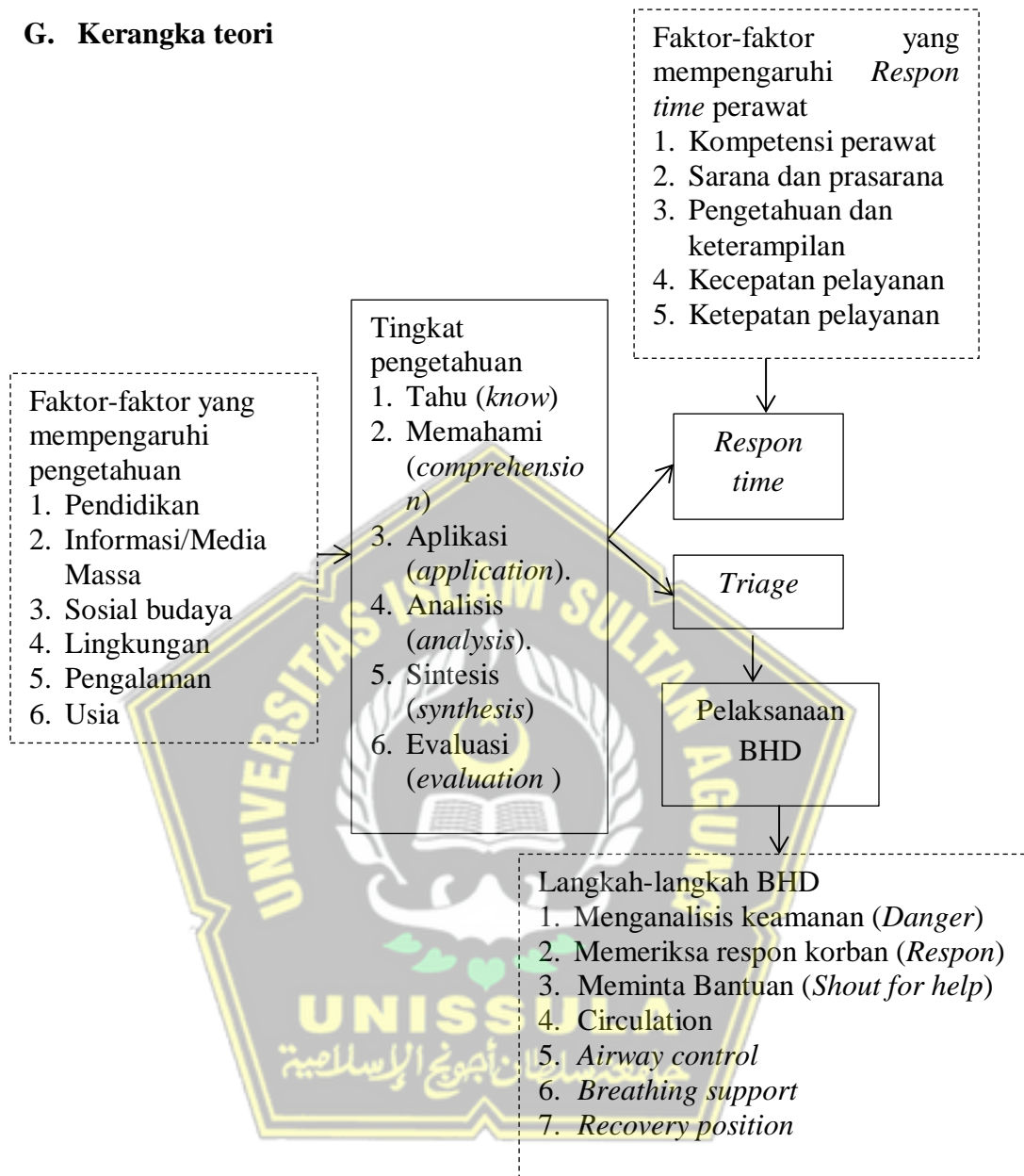
4. Standar pelayanan minimal

Menurut (Margiluruswati & Irmawati, 2017) Standar pelayanan minimal merupakan ketentuan yang menjadi tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh perawat kepada klien. Standar pelayanan minimum tersebut dijadikan sebagai panduan dalam melaksanakan perencanaan dan tindakan.

Standar pelayanan minimum pelayanan dengan indikator :

- a. Kemampuan dalam menangani *life saving* anak dan dewasa, standar 100%.
- b. Waktu tanggap pelayanan dokter dan perawat dalam melayani klien standar > 5 menit.
- c. Kepuasan pelanggan, standar >70%.

G. Kerangka teori



Gambar 2.1
Kerangka teori

(Sujarweni, 2015), (Notoatmodjo, 2012c), (Angraini & Oliver, 2019), (Gurning et al., 2014)

H. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu pernyataan sebagai jawaban sementara atas sebuah pernyataan penelitian yang harus di uji kebenarannya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2014).

Hipotesa yang diajukan dalam penelitian ini adalah:

1. H_{a1} : Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang
2. H_{a2} : Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang
3. H_{o1} : Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang
4. H_{o2} : Tidak ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

C. Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan yaitu desain penelitian korelatif. Penelitian deskriptif korelatif bertujuan untuk mencari adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen yaitu tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar. Pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan *cross sectional*, peneliti melakukan pengumpulan data variabel dependen dan independen secara bersama-sama (Notoadmodjo, 2012).

Metode *cross sectional* merupakan sebuah metode penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) maksudnya setiap subjek penelitian hanya dilakukan observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada suatu pemeriksaan (Notoadmodjo, 2012)

D. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh jumlah dari unit analisa yang ciri-cirinya akan diteliti atau sekelompok elemen yang menjadi objek penelitian (Arikunto, 2019). Populasi pada penelitian ini yaitu seluruh perawat di IGD RSI Sultan Agung Semarang yang berjumlah 30.

2. Sampel

Sampel penelitian merupakan sebuah pilihan dari sebagian populasi yang dipilih menggunakan suatu cara sampai bisa dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *total populasi*, yaitu teknik mengambil semua populasi yang ada (Nursalam, 2015).

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini (Hidayat, 2015) yaitu:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang layak untuk di laksanakan penelitian, yaitu:

- 1) Perawat di IGD RSI Sultan Agung Semarang
- 2) Perawat yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek penelitian yang tidak memenuhi syarat kriteria inklusi yaitu:

- 1) Perawat IGD RSI Sultan Agung Semarang yang tidak berada di tempat saat penelitian.
- 2) Perawat IGD RSI Sultan Agung Semarang yang sedang melakukan penelitian di luar
- 3) Perawat IGD RSI Sultan Agung Semarang yang sedang cuti

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah kumpulan instruksi yang lengkap untuk memutuskan apa yang akan diukur dan bagaimana cara mengukur variabel tersebut, hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat definisi operasional sebuah variabel yaitu nama variabel, definisi operasional, cara ukur, alat ukur, hasil ukur, dan skala (Setiadi, 2013).

Tabel 3.1. Definisi operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Independent: Tingkat pengetahuan perawat tentang <i>respon time</i>	Semua hal yang diketahui perawat tentang <i>respon time</i>	Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan jawaban y benar nilai 1 dan salah nilai 0	1. Baik jika nilainya $\geq 75\%$ 2. Cukup jika nilainya 56-74% 3. Kurang jika nilainya $\leq 55\%$	Ordinal
Tingkat pengetahuan perawat tentang <i>triage</i>	Semua hal yang diketahui perawat tentang <i>triage</i>	Menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan dengan jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0	1. Baik jika nilainya $\geq 75\%$ 2. Cukup jika nilainya 56-74% 3. Kurang jika nilainya $\leq 55\%$	Ordinal
Dependent: Simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar	Tindakan yang dilakukan perawat dalam melakukan bantuan hidup dasar	Menggunakan SOP AHA (<i>American Heart Association</i>) 2020	1. $>50\%$ sesuai SOP nilai 2 2. $<50\%$ tidak sesuai SOP nilai 1	Nominal

F. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di IGD RSI Sultan Agung Semarang dan dilaksanakan pada bulan November-Desember 2021.

G. Metode pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan memberikan kuesioner kepada responden. Pengambilan data dan prosedur pengumpulan data penelitian dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan permohonan izin kepada pihak akademik untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
2. Kemudian surat izin survei pendahuluan dari pihak akademik dilanjutkan ke Direktur RSI Sultan Agung Semarang, setelah itu peneliti menemui kepala diklat untuk meminta izin, setelah mendapatkan izin selanjutnya peneliti meminta izin kepada kepala ruangan IGD untuk melakukan penelitian.
3. Sebelum melakukan penelitian, responden diberikan informasi tentang rencana dan tujuan penelitian tentang tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD).
4. Setelah memahami penjelasan yang diberikan, responden dimintai persetujuan dengan cara menanda tangani *informed consent*.
5. Peneliti melakukan pengambilan data menggunakan kuesioner dengan cara menyebar kuesioner pada perawat yang berbeda dalam 3 shift (pagi, siang dan malam) selama 1 minggu.
6. Pada saat pengisian sebagian kuesioner peneliti tetap berada di samping responden, pengisian kuesioner diberikan waktu kepada responden selama 15 – 20 menit. Dan sebagian pengisian kuesioner tidak dapat di dampingi oleh peneliti dikarenakan keterbatasan waktu yang dimiliki oleh responden,

sehingga peneliti menyerahkan kuesioner kepada responden dan mengambilnya kembali saat jam sifit berakhir

7. Setelah selesai sesuai waktu yang diberikan, responden diminta mengumpulkan kuisisioner, kemudian peneliti melihat dan mengecek apakah data yang dikumpulkan sudah di isi dengan benar, selanjutnya peneliti mengakhiri pertemuan, dan dilanjutkan dengan responden berikutnya.
8. Peneliti melakukan pengambilan data keterampilan dalam melakukan tindakan bantuan hidup dasar dengan cara mengobservasi langsung saat responden melakukan tindakan bantuan hidup dasar dengan menggunakan phantom sesuai langkah – langkah tindakan bantuan hidup dasar menurut AHA 2020.
9. Waktu yang dibutuhkan saat melakukan observasi untuk satu orang responden $\pm \frac{1}{2}$ jam.
10. Setelah penelitian selesai, peneliti mengumpulkan semua data yang telah didapatkan saat penelitian.

H. Instrumen atau alat pengumpulan data

1. Instrumen Data

Kuesioner dan lembar observasi adalah alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini tiap variabelnya. Lembar observasi dipilih karena salah satu media yang menghubungkan antara peneliti dengan responden. Dengan lembar observasi akan lebih terarah dan dapat menghemat waktu, biaya, tenaga serta efisien (Notoadmodjo, 2012)

- a. Bagian pertama kuesioner digunakan untuk mengetahui dan memenuhi data karakteristik responden yang mencakup umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja.
- b. Bagian ketiga kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* terdiri dari 20 pertanyaan dengan jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0

Kisi-kisi kuesioner pengetahuan perawat tentang *triage*

No	Kuesioner	Jumlah Soal	<i>Favourabel</i>	<i>Unfavourabel</i>
	Pengetahuan perawat tentang <i>triage</i>	20	1,2,3,4,5,6,8,9,10,12,13,6,17,18,19,20	7,14,11,15,20

- c. Bagian kedua kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* terdiri dari 10 pertanyaan dengan jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0

Kisi-kisi kuesioner pengetahuan perawat tentang *respon time*

No	Kuesioner	Jumlah Soal	<i>Favourabel</i>	<i>Unfavourabel</i>
	Pengetahuan perawat tentang <i>respon time</i>	10	1,2,4,5,6,9,10	3,7, 8

- d. Bagian ke empat lembar observasi SOP pelaksanaan bantuan hidup dasar diambil dari AHA (*American Heart Association*) 2020, sesuai SOP nilai 2, tidak sesuai SOP nilai 1. Pelaksanaan simulasi BHD menggunakan phantom General Doctor GD 10200 CPR Training, sebanyak 1 buah

2. Uji instrumen

a. Uji validitas

Validitas merupakan ukuran yang memperlihatkan tingkat kevalidan suatu instrumen. Sebuah *instrument valid* memiliki validitas yang tinggi. Sedangkan, instrumen yang memiliki validitas rendah kurang berarti kurang valid. Pengujian validitas suatu variabel memakai rumus korelasi yang disebut dengan rumus korelasi *product moment* (Notoadmodjo, 2012).

Kuesioner diambil dari penelitian Winata (2019) tentang Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Triage* dengan *Triage Time* di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember Uji validitas pada 20 perawat dan hasil uji validitas r hasil $(0,470) > r$ tabel $(0,444)$ dengan taraf signifikan adalah 5%, sehingga kuesioner valid.

Kuesioner diambil dari penelitian Marthen (2020) tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang bantuan hidup dasar dengan *respon time* pasien Gangguan Napas dan Gangguan Sirkulasi di IGD RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar, kuesioner dilakukan uji validitas kepada 20 responden didapatkan nilai minimal 0,523 dan nilai maksimal 0,982 sehingga kuesioner valid.

b. Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan sebuah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya. Hal ini berarti menunjukkan

hasil pengukuran akan tetap konsisten meskipun dilakukan pengukuran berulang – ulang (Notoadmodjo, 2012).

Kuesioner diambil dari penelitian Winata (2019) tentang Hubungan Pengetahuan Perawat tentang *Triage* dengan *Triage Time* di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember Uji validitas pada 20 perawat uji reliabilitas kuesioner reliabel mempunyai nilai alpha 0,976.

Kuesioner diambil dari penelitian Marthen (2020) tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang bantuan hidup dasar dengan *respon time* pasien Gangguan Napas dan Gangguan Sirkulasi di IGD RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar, kuesioner dilakukan uji validitas kepada 20 responden didapatkan uji reliabilitas didapatkan nilai alpha 0,912 sehingga kuesioner reliabel

I. Pengolahan data

Proses pengolahan data di dalam penelitian ini memakai proses pengolahan dan penelitian menurut (S. Notoadmodjo, 2012) yaitu *editing*, *coding*, *scoring*, *data entry*, tabulasi data, *cleaning*.

1. *Editing* data (penyuntingan)

Dilaksanakan dengan mengisi identitas responden, nilai setiap pertanyaan dan hasil pengukuran kualitas tidur memakai lembar kuesioner. Editing dilaksanakan pada saat penelitian sehingga jika ada yang kesalahan dalam pengisian maka peneliti bisa segera mengulangi.

2. *Coding* data (pengkodean)

Pemberian kode angka pada data yang terdiri dari beberapa kategori merupakan arti dari coding data. Pemberian kode ini dilakukan pada pengolahan dan analisa data memakai computer. Dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk mempermudah melihat lokasi dan arti suatu kode variabel.

3. *Scoring* (penilaian)

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai sesuai dengan skor yang sudah ditentukan pada lembar kuesioner ke dalam program komputer.

- a. Kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* terdiri dari 20 pertanyaan dengan jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0
- b. Kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* terdiri dari 10 pertanyaan dengan jawaban benar nilai 1 dan salah nilai 0
- c. Lembar observasi SOP pelaksanaan bantuan hidup dasar, sesuai SOP nilai 2, tidak sesuai nilai 1

4. *Data Entry* (memasukkan data)

Peneliti memasukkan data dari hasil kuesioner ke dalam komputer untuk dilaksanakan uji *statistic*, data dilihat kembali oleh peneliti apakah ada kesalahan dalam memasukkan data, dan sudah lengkap atau belum.

5. Tabulasi data

Tabulating merupakan kegiatan dalam memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai dengan kriteria.

6. *Cleaning*

Pembersihan data adalah dengan memeriksa apakah data yang masuk sudah benar atau belum.

J. Analisa data

Analisa data dilaksanakan setelah kuesioner dikumpulkan oleh peneliti dengan cara: peneliti mengumpulkan semua data kemudian memeriksanya apakah jumlah kuesioner sudah lengkap.

a. Analisis univariat

Analisa univariat dapat dipakai untuk menjelaskan karakteristik masing - masing variabel penelitian (Nursalam, 2015). Analisa univariat dalam penelitian ini mencakup variabel jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja disajikan dalam distribusi frekuensi. Variabel lain seperti tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dan *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar disajikan dalam distribusi frekuensi.

b. Analisis bivariat

Analisa bivariat merupakan analisa yang dilaksanakan untuk mengetahui adanya keterkaitan dua variabel (Sujarweni Wiratna, 2015). penelitian ini menggunakan uji *chi square* dan *syarat chi square* tidak memenuhi sehingga menggunakan *fisher exact test*. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p = 0,031 (p < 0,05)$, ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p = 0,014 (p < 0,05)$

K. Etika penelitian

Kode etik penelitian merupakan sebuah pedoman etika yang digunakan untuk setiap penelitian yang melibatkan antara peneliti, subjek penelitian dan masyarakat yang akan mendapatkan pengaruh dari hasil penelitian tersebut (Sujarweni Wiratna, 2015). Setelah memperoleh persetujuan untuk melaksanakan penelitian dengan memperhatikan etika penelitian, mencakup: lembar persetujuan, tanpa nama, kerahasiaan, hak responden.

1. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Informed consent merupakan informasi yang lengkap mengenai tujuan dari penelitian yang akan dilakukan dan memiliki kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Setiap lansia yang mengalami inkontinensia urin menjadi responden mendapatkan lembar persetujuan serta penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, subjek bersedia untuk menjadi responden jika subjek menandatangani lembar persetujuan, tetapi jika subjek tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tidak akan memaksa dan akan tetap menghargainya.

2. Tanpa nama (*Anonimy*)

Anonimy merupakan suatu kerahasiaan identitas dari biodata responden untuk tetap menjaga kerahasiaan data responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, namun hanya memberikan nama inisial pada lembar untuk menjaga privasi.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Confidentiality merupakan kerahasiaan informasi kelompok data tertentu sebagai hasil riset. Semua informasi yang didapatkan dari responden, peneliti harus bersedia untuk menjamin kerahasiaannya, hanya pada kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

4. Hak responden (*Right to wit draw*)

Setiap responden mempunyai hak untuk mengundurkan diri, sehingga responden bisa dinyatakan untuk tidak diikutsertakan dalam penelitian dengan alasan tertentu. Dalam memutuskan etika penelitian yang subjeknya adalah manusia, peneliti berpedoman pada tiga prinsip dasar yaitu:

a. Penghormatan pada manusia

Memberikan otonomi atau kebebasan kepada mereka untuk membuat pertimbangan terkait pilihan-pilihannya merupakan perwujudan dari penghormatan pada manusia didalam penelitian ini. Peneliti secara hormat akan memberikan kesempatan kepada responden untuk memutuskan nasibnya sendiri.

b. Kebaikan

Prinsip yang sangat diutamakan didalam penelitian ini adalah kebaikan. Pada saat melaksanakan penelitian, peneliti akan berusaha semampunya untuk menghindari segala jenis kesalahan yang merugikan subjek penelitian.

c. Keadilan

Keadilan merupakan kewajiban etik untuk memperlakukan orang sesuai dengan apa yang benar dan layak secara moral dan untuk memberikan yang apa layak kepada setiap orang.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD RSI Sultan Agung Semarang, IGD terdiri dari jumlah bed 15, Jumlah pasien yang datang setiap harinya di IGD 50 pasien, IGD menerima macam-macam pasien *emergency*, tenaga perawat di IGD sebanyak 30, dan terbagi menjadi 3 shif yaitu pagi, siang dan malam.

B. Hasil penelitian

1. Analisa Univariat

a. Karakteristik usia, jenis kelamin, jenis pelatihan dan lama bekerja

Tabel 4.1 Deskripsi usia, jenis kelamin, jenis pelatihan dan lama bekerja di IGD RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Umur		
17-25 tahun	3	10.0
26-35 tahun	22	73.3
36-45 tahun	5	16.7
Jenis kelamin		
laki-laki	18	60.0
Perempuan	12	40.0
Jenis Pelatihan		
BHD	3	10.0
Triage	12	40.0
BTCLS	9	30.0
ACLS	3	10.0
ENIL	3	10.0
Lama Bekerja		
< 1 tahun	2	6.7
1-3 tahun	6	20.0
4-6 tahun	6	20.0
7-10 tahun	9	30.0

Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
> 10 tahun	7	23.3
Total	30	100,0

Tabel 4.2 di atas menunjukkan mayoritas responden berumur 26-35 tahun sebanyak 22 (73,3%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 (60,0%), jenis pelatihan yang pernah di ikuti *triage* sebanyak 12 (40,0%) dan lama bekerja 7-10 tahun sebanyak 9 (30,0%).

b. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *respon time* di IGD RSI Sultan Agung Semarang

Tabel 4.3 Deskripsi pengetahuan perawat tentang *respon time* di IGD RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan perawat tentang <i>respon time</i>	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kurang	6	20.0
Cukup	10	33.3
Baik	14	46.7
Total	30	100,0

Tabel 4.2 di atas menunjukkan mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *respon time* baik sebanyak 14 (46,7%)

c. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *triage* di IGD RSI Sultan Agung Semarang

Tabel 4.3 Deskripsi pengetahuan perawat tentang *triage* di IGD RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan perawat tentang <i>triage</i>	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kurang	4	13.3
Cukup	10	33.3
Baik	16	53.3
Total	30	100,0

Tabel 4.3 di atas menunjukkan mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *triage* baik sebanyak 16 (53,3%)

d. Mendiskripsikan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Tabel 4.4 Deskripsi simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di IGD RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Simulasi pelaksanaan BHD	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Tidak sesuai SOP	5	16.7
Sesuai SOP	25	83.3
Total	30	100,0

Tabel 4.4 di atas menunjukkan mayoritas responden melakukan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 25 (83,3%).

2. Uji normalitas

Hasil uji normalitas menggunakan *Shapiro wilk* Pengetahuan Respon Time didapatkan nilai 0,000, pengetahuan triase 0,000 dan smulasi BHD 0,000 sehingga didapatkan data tidak normal karena $p < 0,05$ sehingga menggunakan uji *chi-square*

3. Analisa Bivariat

a. Analisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Tabel 4.5 Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan <i>respon time</i>	Simulasi pelaksanaan BHD		Total	P value
	Tidak sesuai SOP Frekuensi (%)	Sesuai SOP Frekuensi (%)		
Kurang	5 (16,7)	1 (3,3)	6 (20,0)	0,001
Cukup	0 (0,0)	10 (33,3)	10 (33,3)	
Baik	0 (0,0)	14 (46,7)	14 (46,7)	
Total	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (100)	

Tabel 4.5 di atas menunjukkan pengetahuan *respon time* baik dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 14 (46,7%), ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai p 0,001 ($p < 0,05$).

Ada 3 cells (50.0%) yang nilai *expected councnt* kurang dari 5, maka di lakukan tranformasi data

Tabel 4.6 Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan respon time	Simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar		Total	P value
	Tidak sesuai SOP Frekuensi (%)	Sesuai SOP Frekuensi (%)		
Cukup+Kurang	5 (16,7)	11 (36,7)	16 (53,3)	0,031
Baik	0 (0,0)	14 (46,7)	14 (46,7)	
Total	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (100)	

Hasil pengetahuan cukup+kurang di gabung karena nilai expected count kurang dari 5, dan nilainya yang sedikit sehingga dilakukan penggabungan/tranformasi data. Setelah dilakukan tranformasi data dan dilakukan uji fisher tabel diatas menunjukkan ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai p 0,031 ($p < 0,05$).

b. Analisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Tabel 4.7 Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan tentang triage	Simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar		Total	P value
	Tidak sesuai SOP Frekuensi (%)	Sesuai SOP Frekuensi (%)		
Kurang	4 (13,3)	0 (0,0)	4 (13,3)	0,001
Cukup	1 (3,3)	9 (30,0)	10 (33,3)	

Baik	0 (0,0)	16 (53,3)	16 (53,3)
Total	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (100)

Tabel 4.5 di atas menunjukkan pengetahuan tentang *triage* baik dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 16 (53,3%), ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai p 0,001 ($p < 0,05$).

Ada 2 cell (50.0%) yang nilai *expected count* kurang dari 5, maka dilakukan transformasi data

Tabel 4.8 Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang (n = 30)

Pengetahuan tentang triage	Simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar		Total	P value
	Tidak sesuai SOP Frekuensi (%)	Sesuai SOP Frekuensi (%)		
Cukup+Kurang	5 (16,7)	9 (30,0)	14 (46,7)	0,014
Baik	0 (0,0)	16 (53,3)	16 (53,3)	
Total	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (100)	

Hasil pengetahuan cukup+kurang di gabung karena nilai *expected count* kurang dari 5, dan nilainya yang sedikit sehingga dilakukan penggabungan/tranformasi data. Setelah dilakukan tranformasi data dan dilakukan uji fisher tabel diatas menunjukkan ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai p 0,014 ($p < 0,05$)

BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berumur 26-35 tahun sebanyak 22 (73,3%). Menurut (Notoatmodjo, 2012b) usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa petugas kesehatan yang sudah terlatih dapat melakukan tindakan *triage* karena usia dewasa adalah waktu pada saat seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya. Kemampuan berpikir kritis pun meningkat secara teratur selama usia dewasa (Potter & Perry, 2015).

Menurut (Hurlock, 2012), semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini dilihat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Sedangkan menurut (Novi, 2019) seseorang yang menjalani hidup secara normal dapat diasumsikan bahwa semakin lama hidup maka pengalaman semakin banyak, pengetahuan semakin luas, keahliannya semakin mendalam dan kearifannya semakin baik dalam pengambilan keputusan tindakannya.

Penelitian yang sama dilakukan oleh (Erika et al., 2017) didapatkan hasil bahwa responden paling banyak yaitu umur antara 31-33 tahun yang tergolong dalam kategori orang dewasa. Hasil penelitian ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian (Ashra & Amalia, 2018) didapatkan bahwa rata-rata perawat yang bekerja di IGD RSUD Panembahan Senopati berumur antara 41-60 tahun (Dewasa madya). (Lamarre & Talbot, 2021) menyebutkan bahwa usia dewasa awal merupakan tingkat usia produktif dalam bekerja sehingga dapat melakukan berbagai tindakan keperawatan. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmodjo, 2014).

2. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 (60,0%). Hasil observasi yang peneliti dapatkan bahwa responden yang berjenis kelamin perempuan sangat jarang melakukan *triage* pada pasien dan seringnya yang melakukan adalah laki-laki. Berbeda dengan hasil distribusi jenis kelamin ini juga dikemukakan studi lain oleh (Widyani, 2019) mengenai fenomena sedikitnya perawat berjenis kelamin laki laki di Kanada dan Amerika, dimana hanya mencapai 5% dari total perawat aktif.

Banyak faktor yang telah terbukti melalui penelitian mempengaruhi besarnya perbedaan antara jumlah perawat laki laki dan perempuan ini, seperti perawat laki laki dianggap lebih sering melakukan pekerjaan berat dan kasar seperti mengangkat barang barang berat (Notoatmodjo, 2012a), isolasi

dari perawat lain yang mayoritas perempuan, dan pengalaman tidak enak dari kolega perempuan seperti permusuhan.

3. Jenis pelatihan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden jenis pelatihan yang pernah di ikuti *triage* sebanyak 12 (40,0%). Hasil analisis studi memberikan informasi bahwa intensitas atau lebih sering mengikuti pelatihan maka meningkatkan pemahaman perawat sehingga pelaksanaan SOP/prosedur tindakan kepada pasien oleh perawat semakin baik sehingga kinerja perawat menjadi terampil. Untuk meningkatkan keterampilan perawat dalam kasus gawat darurat, sebaiknya perawat mengikuti pelatihan *Triage*, ENIL, ATCLS, BHD dan BTCLS karena saat ini selain menjadi persyaratan mutlak untuk setiap perawat yang bekerja di IGD (Novi, 2019).

Perawat sebagai bagian dari anggota tim kesehatan wajib memiliki keterampilan dasar tentang *triage* sebagai kompetensi dasar. Hal tersebut dikarenakan sebuah kondisi henti nafas dan atau henti jantung bisa terjadi sepanjang rentang gawat darurat baik *prehospital*, *in-hospital* dan *post-hospital*. *Research* yang diselesaikan (Elizar, 2019) pada fokus Dampak *training* implementasi PPGD pada tindakan keperawatan di IGD dan ICU memperlihatkan hasil penelitian dan diperoleh data yaitu nilai $p=0,012$ ($p<0,05$).

4. Lama bekerja

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden lama bekerja 7-10 tahun sebanyak 9 (30,0%). Menurut Nitisemito (2016), *length of service* atau masa bekerja adalah lamanya karyawan seorang menyumbangkan tenaganya pada perusahaan tertentu. Sejauh mana tenaga kerja dapat mencapai hasil yang memuaskan dalam bekerja tergantung dari kemampuan, kecakapan dan ketrampilan tertentu agar dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik. Sedangkan menurut (Widyani, 2019), durasi masa kerja yang lama juga akan membentuk pola kerja yang efektif, karena berbagai kendala yang muncul akan dapat dikendalikan berdasarkan pengalamannya. Sehingga perawat yang berpengalaman akan mempunyai pengetahuan yang semakin banyak dan dapat menyelesaikan tugas yang sebaiknya.

Menurut (Nilam et al., 2017) yang mengatakan bahwa tidak ada alasan yang meyakinkan bahwa orang-orang yang telah lebih lama berada dalam suatu pekerjaan akan lebih produktif dan bermotivasi tinggi ketimbang mereka yang senioritasnya yang lebih rendah. Masa kerja yang telah dijalani oleh 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.

B. Analisa Univariat

1. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *respon time* di IGD RSI Sultan Agung Semarang

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *respon time* baik sebanyak 14 (46,7%). Sebagian besar perawat memiliki tingkat pengetahuan yang baik karena dalam memberikan bantuan pelayanan gawat darurat petugas harus mempunyai unsur kesiapan pengetahuan dan keterampilan karena erat kaitannya dengan upaya penyelamatan langsung terhadap pasien. Pengetahuan yang kurang hal ini karena perawat kurang update ilmu tentang *respon time*.

Perawat sangat berperan penting dalam *response time* dalam penanganan gawat darurat di ruang *triage*, karena salah satu peran perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan. Waktu tanggap menurut prioritas kegawatan. Menyebutkan bahwa waktu tanggap menurut prioritas kegawatan yaitu *emergency* kurang dari 5 menit *urgent* itu ada toleransi lebih dan sebisa mungkin harus ditangani segera (Ariyani & Rosidawati, 2020).

Standar *response time* tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa pasien gawat darurat harus terlayani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di gawat darurat, begitu juga dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit di sebutkan waktu tanggap

pelayanan di IGD adalah =5 (lima) menit terlayani setelah kedatangan pasien. Ada beberapa faktor yang dapat mendukung pengetahuan perawat tentang *respon time*, yaitu bisa didapatkan dari pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan *response time*, dapat pula didapatkan melalui pengalaman kerja yang didapatkan selama bekerja di IGD. Pengalaman dapat dialami sendiri oleh seseorang secara langsung, dari pengalaman itu seseorang dapat (St Nashrah Azia et al., 2020).

2. Mendiskripsikan pengetahuan perawat tentang *triage* di IGD RSI Sultan Agung Semarang

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *triage* baik sebanyak 16 (53,3%). Pengetahuan dan keterampilan perawat dalam penanganan pasien menjadi salah satu faktor keberhasilan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan (Nurhasim, 2014). Pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat IGD sangat dibutuhkan dalam pengambilan keputusan klinik agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan penilaian saat *triage* sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah. Pengetahuan tentang *triage* yang dimiliki oleh perawat IGD akan sangat membantu perawat dalam menangani kasus-kasus kegawatan dan juga dapat mencegah kecacatan maupun kematian pasien (Karim, 2014).

Notoatmodjo (2012) menyebutkan usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa awal petugas kesehatan

yang sudah memahami tentang *triage* karena usia dewasa adalah waktu pada saat seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya (Widyani, 2019).

Pengetahuan diperoleh karena adanya kemauan dari seseorang untuk menerima informasi dan memiliki motivasi dalam menerima hal baru sehingga pengetahuan seseorang dapat bertambah, namun jika individu itu sendiri tidak memiliki kemauan untuk menerima informasi tersebut maka dapat dipastikan bahwa tidak akan bertambah pengetahuannya (Notoatmodjo, 2012c).

Pengetahuan adalah suatu pemikiran yang dapat diperoleh dari pengalaman seseorang dalam mengenal atau memahami sesuatu. Pengetahuan tidak hanya diperoleh dari bangku pendidikan namun juga dapat diperoleh dari informasi langsung seperti berdiskusi dan informasi tidak langsung seperti membaca informasi dari artikel. Pengetahuan merupakan hasil tahu yang diperoleh dari panca indra. Beberapa hal yang dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Budiman dan (Wawan, A. & M., 2016) antara lain pendidikan, informasi/media massa, sosial, budaya dan ekonomi, lingkungan, pengalaman dan usia. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk maka semakin banyak pula pengetahuan yang didapat.

3. Mendiskripsikan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden melakukan simulasi pelaksanaan BHD sesuai SOP sebanyak 25 (83,3%). Metode simulasi Bantuan Hidup dasar (BHD) yang diterapkan pada perawat IGD sangat berperan penting, karena dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan perawat IGD. Metode simulasi yang digunakan merupakan metode yang sangat efektif dikarenakan mempermudah responden untuk menerapkan secara langsung (Rizki Fajar, 2016)

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan sesungguhnya tidak lepas dari pemberian pelatihan, sehingga tingkat pengetahuan dan keterampilan menunjukkan adanya perubahan setelah diberikan simulasi. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian (Herlina, 2019) pada anak karang taruna dan setelah dilakukan simulasi, hasil kesimpulan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara simulasi bantuan hidup dasar terhadap motivasi ($p=0.000$), skill ($p=0.000$), dan pengetahuan ($p=0.000$).

Setelah melakukan simulasi BHD diharapkan perawat IGD dapat memanfaatkan pengetahuan yang sudah dimiliki untuk melaksanakan pemberian bantuan hidup dasar kepada korban yang mengalami henti napas dan henti jantung yang disebabkan karena korban mengalami serangan jantung (*heart attack*), tenggelam, tersengat arus listrik, keracunan, kecelakaan dan lain-lain.

C. Analisa bivariat

1. Analisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan *respon time* baik dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 14 (46,7%), ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p < 0,001$ ($p < 0,005$). Ada beberapa faktor yang dapat mendukung pengetahuan perawat, yaitu bisa didapatkan dari pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan *response time*, dapat pula didapatkan melalui pengalaman kerja yang didapatkan selama bekerja di IGD.

Pengalaman dapat dialami sendiri oleh seseorang secara langsung, dari pengalaman itu seseorang dapat mengetahui hal-hal baru saat bekerja sehingga dapat menambah pengetahuan dalam mengerjakan pekerjaan tersebut. Hal ini didukung oleh pernyataan (Novi, 2019) bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, media, keterpaparan informasi, pengalaman, dan juga lingkungan.

Perawat sangat berperan penting dalam *response time* dalam penanganan gawat darurat di ruang triage, karena salah satu peran perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan. Waktu tanggap menurut prioritas kegawatan. menyebutkan bahwa waktu tanggap menurut prioritas kegawatan yaitu *emergency* kurang dari 5 menit *urgent* itu ada toleransi lebih dan sebisa

mungkin harus ditangani segera. Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan (Notoatmodjo, 2012a) Sistem klasifikasi triage mengidentifikasi tipe pasien yang memerlukan berbagai level perawatan. Prioritas didasarkan pada pengetahuan, data yang tersedia, dan situasi terbaru yang ada.

Penelitian yang berbeda yang dilakukan oleh (Darurat & Wisata, 2019). Berdasarkan hasil uji statistik yang didapatkan bahwa tidak adanya hubungan antara pengetahuan perawat dengan *response time* perawat pada penanganan gawat darurat. Begitupun dengan hasil penelitian Hasil uji *chi square* yang didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dengan *response time* perawat pada penanganan gawat darurat. tentang *response time* sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang bermakna.

2. Analisa hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan BHD di instalasi gawat darurat RSI Sultan Agung Semarang

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan tentang *traige* baik dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 16 (53,3%), ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p < 0,001$ ($p < 0,05$). Tingkat pengetahuan perawat di IGD didapatkan yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang *triage* lebih dominan jadi semakin baik pula dalam melakukan simulasi bantuan hidup dasar. Menurut (Martanti et al., 2015). Pengetahuan dalam melakukan *triage* berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang

tepat apakah pasien tersebut perlu pertolongan segera atau tidak, dengan tetap memperhatikan kemungkinan komplikasi yang muncul setelah dilakukan *triage*. Pengetahuan dan keterampilan petugas sangat dibutuhkan, terutama dalam pengambilan keputusan klinis di IGD.

Perawat dapat meningkatkan pengetahuan tentang *triage* dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan dan seminar mengenai ilmu keperawatan terutama mengenai pelaksanaan *triage* pada pasien kegawatdaruratan. Agar dapat memberikan pertolongan kepada pasien secara cepat dan tepat, serta melakukan BHD dengan benar dan cepat (Martanti et al., 2015).



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berumur 26-35 tahun sebanyak 22 (73,3%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 18 (60,0%), jenis pelatihan yang pernah di ikuti *Triage* sebanyak 12 (40,0%) dan lama bekerja 7-10 tahun sebanyak 9 (30,0%)
2. Mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *respon time* baik sebanyak 14 (46,7%)
3. Mayoritas responden mempunyai pengetahuan tentang *triage* baik sebanyak 16 (53,3%)
4. Mayoritas responden melakukan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar sesuai SOP sebanyak 25 (83,3%).
5. Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *respon time* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p = 0,031$ ($p < 0,05$)
6. Ada hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang *triage* dengan simulasi pelaksanaan bantuan hidup dasar dengan nilai $p = 0,014$ ($p < 0,05$)

B. Saran

1. Bagi ilmu keperawatan

Dapat memberikan sumbangsih bagi perkembangan dunia pendidikan dunia keperawatan, khususnya dalam ilmu keperawatan gawat darurat agar lebih

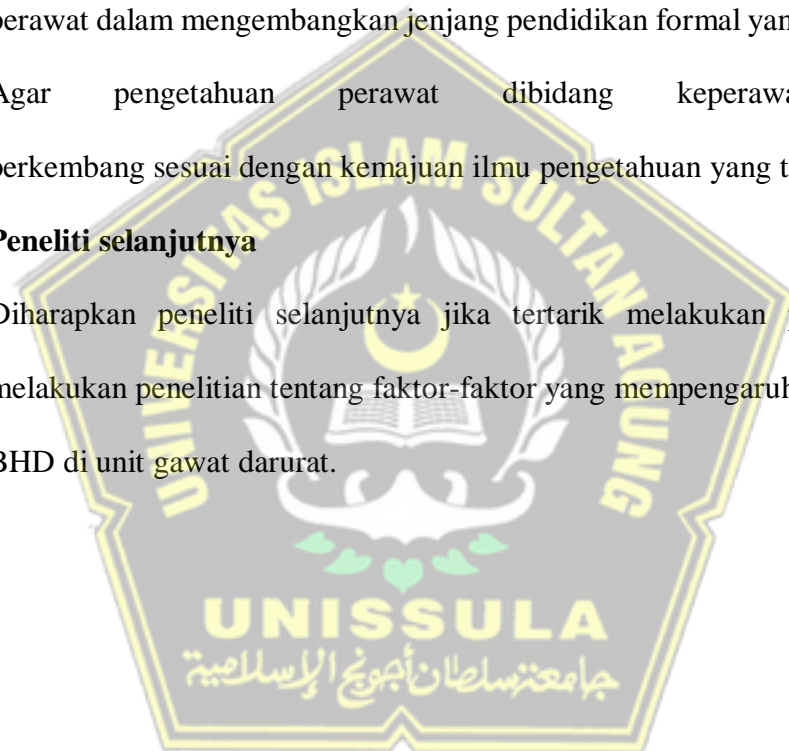
meningkatkan mutu pelayanan untuk melaksanakan BHD di rumah sakit, sehingga dapat di aplikasikan dengan baik.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan Rumah Sakit dapat menyediakan sarana dan prasarana bagi perawat dan memberikan kesempatan pada perawat untuk dapat mengikuti pelatihan-pelatihan dan memberikan kesempatan pada setiap perawat dalam mengembangkan jenjang pendidikan formal yang lebih tinggi. Agar pengetahuan perawat dibidang keperawatan dapat berkembang sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan yang terbaru

3. Peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya jika tertarik melakukan penelitian ini melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan BHD di unit gawat darurat.



DAFTAR PUSTAKA

- Adhitya, K., & Untoro, W. (2017). Kinerja Klinis Sebagai Prediktor Kepuasan Pasien Dengan Moderasi Prioritas Kegawatan Pasien. *Jurnal Economia*, 13(2), 155. <https://doi.org/10.21831/economia.v13i2.11011>
- Agus Pranoto, Y., & Wibowo, S. A. (2020). Aplikasi Desktop Sistem Triase Untuk Pendukung Prioritas Tingkat Kegawatan. *Jurnal Mnemonic*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.36040/mnemonic.v3i1.2319>
- AHA. (2020). *Guideline Resusitasi AMERICAN HEART ASSOCIATION Tahun 2020*.
- Anggraini, A. R., & Oliver, J. (2019). Triase. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Arikunto. (2019). Metodologi Penelitian, Suatu Pengantar Pendidikan. In *Rineka Cipta, Jakarta*.
- Ariyani, H., & Rosidawati, I. (2020). Literature Review : Penggunaan Triase Emergency Severity Index (ESI) di Instalasi Gawat Darurat (IGD). *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan, Dan Farmasi*, 20(2), 143–152.
- Ashra, F., & Amalia, S. (2018). Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Waktu Tanggap Penanganan Kasus Gawat Darurat di IGD Puskesmas Kumanis Kabupaten Sijunjung Tahun 2016 The Relationship Between Characteristics Of Nurse And Their Response Time In Emergency Case In Emergency Unit Of Pu. *Jurnal Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi Volume*, 9(2), 89.
- Asmawi. Hadju, Veni. Amirudin, R. (2017). Pengaruh Kompetensi terhadap Kinerja Perawat Instalasi Gawat Darurat dalam Melakukan Triase di RSUD Kabupaten Majene. *JST Kesehatan*.
- Australasian College For Emergency Medicine. (2014). Emergency Department design guidelines. *Jurnal Perawat Indonesia*, <https://ac>.
- Budiman. (2018). *Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan sikap dalam Penelitian Kesehatan* (Jakarta Salemba Medika (ed.)).
- Darurat, G., & Wisata, R. S. U. (2019). *Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan response time di Instalasi Gawat Darurat RSUD*. *Wisata UIT Makassar*. 25.
- Elizar. (2019). Pengaruh Stres Kerja, Beban Kerja dan Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Datu Beru Takengon. *Jurnal Keperawatan*.

- Erika, Ilmu, D. A. N., Islam, U., & Syarif, N. (2017). *Gambaran Beban Kerja*. 11(340), 38–46.
- Fleeson, W., Jayawickreme, E., Jones, A. B. A. P., Brown, N. A., Serfass, D. G., Sherman, R. A., Mestdagh, M., Pe, M., Pestman, W., Verdonck, S., Kuppens, P., Tuerlinckx, F., O'Connor, M. C., Paunonen, S. V, Baumert, A., Schmitt, M., Perugini, M., Johnson, W., Blum, G. S., ... Matyjek-, M. (2017). Correlation Between Nurse's Respon Time and Families' Anxiety Level of Red Triage (priority 2) Pasiensts at Dr. Moewardi Local General Hospital. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Gurning, Y., Karim, D. and M. (2014). 'Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas', *Skripsi*, p. 2. Available at: <http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/download/3530/3425>. 1–9.
- Gurning, Y., Karim, D., & Misrawati. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan igd terhadap tindakan triage berdasarkan prioritas. *Skripsi*.
- Gustia, M., & Manurung, M. (2018). Hubungan ketepatan penilaian triase dengan tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala di IGD RSU HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir. *Jurnal Jumantik*.
- Handayani. (2020). *Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan response time di Instalasi Gawat Darurat RSU Wisata UIT Makassar*.
- Herlina, S. (2019). Pengaruh Simulasi Pelatihan Bantuan Hidup Dasar (Bhd) Terhadap Motivasi Dan Skill Resusitasi Jantung Paru (Rjp) Pada Karang Taruna Rw 06 Kampung Utan Kelurahan Krukut Depok. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 3(2), 7. <https://doi.org/10.52020/jkwgi.v3i2.1038>
- Hidayat, aziz alimul. (2015). Metode Penelitian kebidanan teknis analisis data. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'budiyah*.
- Hurlock, E. B. (2012). *Psikologi Perkembangan, Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Erlangga.
- Irawati, W., Purwanti, E., & Setianingsih, E. (2017). Pelaksanaan Triage Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 6(1), 54–58.
- Karokaro, T. M., Hayati, K., Sitepu, S. D. E. U., & Sitepu, A. L. (2020). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Waktu Tanggap (Response Time) Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Grandmed. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 2(2), 172–180. <https://doi.org/10.35451/jkf.v2i2.356>
- KBBI. (2018). *Kamus Besar Indonesia*.
- Kemenkes RI. (2016). Permenkes RI Nomor 71 Tahun 2016. *Petunjuk Teknis*

Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017.

- Lamarre, A., & Talbot, J. (2021). *Hubungan Pengetahuan Universal Precaution dengan Kepatuhan Perawat dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSD Mangusada. 1(2), 33–35.*
- Lulie, Y., & Hatmoko, J. T. (2017). Respon Time (Waktu Tanggap) Perawat Dalam Penanganan Kegawatdaruratan Di Instalasi Gawat Darurat Rsu Pku Muhammadiyah Di Kabupaten Kebumen. *Interdisciplinary Journal Of Linguistics; University of Kashmir , Srinagar,J&K,INDIA ,190006.*
- M Fikri Ramadhan, & Oscar Ari Wiryansyah. (2020). HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG RESPONSE TIME DALAM MENENTUKAN TRIASE DIRUANG IGD. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan, 10(19), 56–62.* <https://doi.org/10.52047/jkp.v10i19.61>
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2014). Emergency triage: manchester triage group. In *UK: Blackwell Publishing Ltd.*
- Mahrur, A., Yuniar, I., & -, S. (2016). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Lamanya Waktu Tanggap dalam Pelayanan Gawat Darurat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan.* <https://doi.org/10.26753/jikk.v12i1.138>
- Margiluruswati, P., & Irmawati, L. I. (2017). Analisis Ketepatan Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Jkn Dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 2017 (Studi Di UPF Rawat Jalan Rsud Bhakti Dharma Husada) Pipintri. *JURNAL MANAJEMEN KESEHATAN Yayasan RS. Dr. Soetomo.*
- Martanti, R., Nofiyanto, M., Prasojo, R. A. J., Jendral, S., & Yani, A. (2015). *Hubungan tingkat pengetahuan dengan keterampilan petugas dalam pelaksanaan triage di instalasi gawat darurat rsud wates. 4(2), 69–76.*
- Muhdar, A., Indria, M., & Rusniah. (2018). eJKI | Vol. 7, No. 1, Maret 2018 Jurnal Kesehatan Islam. *Jurnal Kesehatan Islam, 7(1).*
- Mulyadi, Maatilu, V., & Malara, R. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Response Time Perawat pada Penanganan Pasien Gawat Darurat di IGD RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado. In *JURNAL KEPERAWATAN.*
- Nilam, Juwarti, & Fauziah. (2017). Asuhan Keperawatan. *Konsep Dasar Keperawatan.*
- Nining Fitrianiingsih, D. A. (2019). Hubungan Antara Response Time Perawat Dengan Kepuasan Keluarga Pasien Di IGD RSUD Kota Bogor. *Jurnal Ilmiah Wijaya, 11, 1–8.*
- Nonutu, P., Mulyadi, N., & Malara, R. (2015). Hubungan jumlah kunjungan pasien

dengan ketepatan pelaksanaan triase di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. DR. R.D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*.

- Notoatmodjo. (2012a). Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. In *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Notoatmodjo. (2014). Notoatmodjo. *Pengetahuan Sikap Dan Perilaku*.
- Notoatmodjo, S. (2012b). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012c). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (edisi revisi 2012). In *Jakarta: rineka cipta*.
- Novi, D. (2019). *Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Basic Life Support (BLS) dengan Kemampuan Perawat dalam Melakukan Tindakan Basic Life Support (BLS) di RSU* 45.
- Nursalam. (2015). Metodologi Penelitian Keperawatan. *Pendekatan Praktis. Jakarta: Salemba Medika*.
- Permenkes. (2018). *Pelayanan Instalasi Gawat Darurat*.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7. In *Jakarta: Salemba Medika*.
- Purnomo, E., Nur, A., A. Pulungan, Z. S., & Nasir, A. (2021). Pengetahuan dan Keterampilan Bantuan Hidup Dasar Serta Penanganan Tersedak Pada Siswa SMA. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 14(1), 42–48. <https://doi.org/10.23917/bik.v14i1.13008>
- Queensland Health. (2017). *Implementation Standart for Emergency Department Short Stay Unit Version 1.0*. Queensland Government.
- Rizki Fajar. (2016). Analisis Tingkat Keterampilan Teknik Dasar Sepakbola Antara Atlet Ssb Petrogres, Bima Amora, Dan Putra Zodiac Usia 11-12 Tahun. *Jurnal Kesehatan Olahraga*, 4(2).
- S. Notoadmodjo. (2012). PENDIDIKAN DAN PERILAKU KESEHATAN. JAKARTA: PT Rineka Cipta (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Santosa. (2019). Evaluasi Efektifitas Pelaksanaan Triase Menggunakan Patient Acuity Category Scale - Worthing Physiology Score System Di Instalasi Gawat Darurat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I. *Jurnal Ilmu Keperawatan*.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2014). Dasar-Dasar Metodologi Klinis Edisi Ke-4. In *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*.
- Sesrianty, V. (2018). dalam menangani kasus kegawat daruratan adalah Basic Life

- Support/ Bantuan Hidup Dasar (Dahlan, dkk, 2014). *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 5(2), 139–144. <https://doi.org/10.33653/jkp.v5i2.143>
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: In *Graha Ilmu*.
- Shalahuddin, I., Yamin, A., & Pebrianti, S. (2019). Determinan Perilaku Petugas Keperawatan Dalam Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat. *JURNAL PENDIDIKAN KEPERAWATAN INDONESIA*. <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.15160>
- Smeltzer dan Bare. (2018). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. 6(2), 153–163.
- SNARS. (2016). *Standar Nasional Akreditasi RS Indonesia*.
- St Nashrah Azia, D., Atikah, S., & Ilhamjaya, A. M. (2020). Gambaran Response Time Dan Karakteristik Petugas Igd Rsu Anutapura Palu Tahun 2019. *Medika Alkhairaat : Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(3), 100–108. <https://doi.org/10.31970/ma.v2i3.63>
- Sujarweni, V. W. (2015). *Metodologi Penelitian*. In *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Sujarweni Wiratna. (2015). *Metodologi Penelitian - Bisnis dan Ekonomi*. In *Metodologi Penelitian*.
- Tambengi, H., Mulyadi, N., & Kallo, V. (2017). Hubungan Waktu Tunggu dengan Kecemasan Pasien di Unit Gawat Darurat RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*.
- Tarigan. (2013). *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN PELAKSANAAN TRIAGE OLEH PERAWAT DI UNIT GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT AWAL BROS BEKASI*.
- Wawan, A. & M., D. (2016). Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia. In *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*.
- Widyani. (2019). Gambaran tingkat pengetahuan perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 1–9.
- Winata, B. A. P. (2019). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Triage Dengan Triage Time di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Jember. *Skripsi*.
- Yuliano, A., Kartika, K., & Alfandi, M. (2019). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Relawan Bencana dengan Keterampilan Melakukan Triase Metode Start di Kota Bukittinggi. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis*.