

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Instalasi Gawat Darurat

2.1.1 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)

2.1.2 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 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 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.

2.1.3 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

2.1.4 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

2.1.5 Klasifikasi IGD

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

2.2 BHD (Bantuan Hidup Dasar)

2.2.1 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).

2.2.2 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

2.2.3 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.

2.2.4 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.

2.3 Triage

2.3.1 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).

2.3.2 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).

2.3.3 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 Hosptal* (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 – intervention- 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 seragam antar staf.

3) *Australian Triage Scale*

Australian Triage Scale (ATS) merupakan skala yang digunakan untuk mengukur urgensi klinis sehingga pasien 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, common cold, acne, eksoriasi, dll.

2.3.4 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.

2.3.5 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.

2.3.6 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 RS TMC 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.

RS TMC 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 di ruang 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 RS TMC 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.

2.4 Pengetahuan

2.4.1 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).

2.4.2 Faktor-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 kan 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.

2.4.3 Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif

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

a. Tahu (know)

Diartikan sebagaimengingat 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.

2.4.4 Kategori tingkat pengetahuan

Kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut :

- 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 $\leq 55\%$

2.5 Response Time

2.5.1 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).

2.5.2 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.

2.5.3 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 ketrampilan 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 Defibrillator 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).

2.5.4 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%.