

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENDIDIKAN DAN LAMA
KERJA PERAWAT DENGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN
KEPERAWATAN BERDASARKAN KATEGORI
ATS II DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD MAJALAYA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

**BOBI AKBAR
AK.1.15.009**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS BHAKTI
KENCANA
BANDUNG
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN LAMA KERJA
PERAWAT DENGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN
KEPERAWATAN BERDASARKAN KATEGORI ATS II
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD MAJALAYA

NAMA : BOBI AKBAR

NIM : AK.1.15.009

Telah Disetujui untuk Diajukan pada Sidang Skripsi
Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui :

Pembimbing I



Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing II

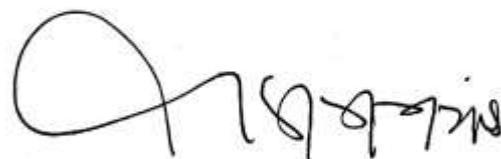


Nur Intan Hayati H. K., S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Program Studi Sarjana Keperawatan

Ketua,



Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Dewan
Penguji Sidang Akhir Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
Pada tanggal 20 Mei 2019

Mengesahkan

Program Studi Sarjana Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Penguji I

Penguji II



R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

Sri Wulan Megawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Dekan,

R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

PERNYATAAN

Dengan ini saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Bobi Akbar

NIM : AK.1.15.009

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan antara tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori ATS II di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya

Menyatakan :

1. Hasil penelitian yang saya lakukan ini adalah asli yang digunakan untuk untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung .
2. Hasil penelitian iini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri sebagai peneliti tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dan bimbingan.

Demikian pernyataan ini saya sampaikan. Saya siap menerima resiko atau sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila dikemudian haari ditemukan pelanggaran etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian penelitian saya.

Bandung, 08 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan

The image shows a 6000 Rupiah stamp with a signature over it. The stamp is rectangular and contains the text 'NETERAI TEMPEL', 'AF458AFF870-85263', and '6000 ENAM RIBU RUPIAH'. The signature is written in black ink over the stamp.

Bobi Akbar
NIM : AK.1.15.009

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENDIDIKAN DAN LAMA KERJA
PERAWAT DENGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN
KEPERAWATAN BERDASARKAN KATEGORI ATS
II DI IGD RSUD MAJALAYA**

ABSTRAK

Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu fasilitas kesehatan pertama saat datang ke Rumah Sakit. Salah satu pelayanan yang perlu diterapkan di IGD yaitu kesesuaian pelaksanaan *Response Time* sesuai dengan kondisi klien. Apabila *Response Time* tidak diterapkan dengan sesuai maka akan mempengaruhi keselamatan klien. Pelaksanaan *response time* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya yaitu tingkat pendidikan perawat dan lama kerja perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana hubungan antara tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori ATS II di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya. Desain penelitian yang digunakan yaitu *survey analitik cross sectional* dengan metode pengambilan sampel yaitu total sampling yang didapatkan sampel 20 perawat pelaksana di IGD RSUD Majalaya. Instrumen yang digunakan yaitu menggunakan lembar observasi dan Stopwatch merk Sport Butterfly untuk mengukur *response time* yang dikalibrasi tanggal 10 April 2019 di Inti Health Bandung. Hasil penelitian menunjukan berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar 16 (80%) perawat yang berpendidikan DIII Keperawatan. Dan dilihat dari lama kerja, sebagian besar 11 (55%) perawat memiliki lama kerja ≤ 5 tahun. Dan dilihat dari pelaksanaan *response time*, lebih dari setengah 11 (55%) perawat melaksanakan *response time* > 10 menit. Hasil analisa bivariat menunjukan terdapat hubungan tingkat pendidikan perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya dengan $p\text{-value } 0,026 \leq 0,050$. Dan hasil uji *Phi* yaitu $r_{\theta} = 553$ yang berarti keeratan hubungannya kuat. Hasil analisa bivariat kedua menunjukan terdapat hubungan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya dengan $p\text{-value } 0,001 \leq 0,050$. Dan hasil uji *Phi* yaitu $r_{\theta} = 798$ yang berarti keeratan hubungannya sangat kuat. Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan RSUD Majalaya perlu mengadakan evaluasi terkait pelayanan yang telah diberikan di IGD dan perlu meningkatkan kualitas perawat IGD dengan meningkatkan pendidikan perawat dan mensosialisasikan ulang tentang *response time* pelayanan keperawatan sehingga setiap perawat dapat memberikan pelayanan yang optimal salah satunya yaitu penerapan *response time* yang sesuai agar pelayanan kesehatan di RSUD Majalaya bisa lebih baik.

Kata Kunci : *Australian Triage Scale*, Lama kerja dan Tingkat Pendidikan Perawat dan *Response Time*

Daftar Pustaka : 31 Buku
9 Jurnal

**RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATION LEVEL AND NURSE LENGTH OF
WORK WITH RESPONSE TIME NURSING SERVICE BASED ON ATS
CATEGORIES II IN EMERGENCY DEPARTMENT OF RSUD MAJALAYA**

ABSTRACT

Emergency Department is one of the first health facilities that the client will get when the first time coming to the Hospital. One of the service that needs to be implemented in emergency department is the suitability of the implementation of "response time" in accordance with the client conditions. If the "response time" is not applied properly, it will affect the client safety. The implementation of "response time" can be influenced by several factors, one of the factor is education level and nurse length of work. The aims of the research is to find out the relationship between education level and nurses length of work with the "response time" of nursing services based on the ATS II category in Emergency Department of RSUD Majalaya. The research design used was a cross sectional analytic survey with a sampling method which sampling method was obtained by a sample of 20 nurses in Emergency Department of RSUD Majalaya. The instrument used was using an observation sheet and Stopwatch Butterfly Sport brand to measure the "response time" which calibrated on April 10, 2019 at "Inti Health Bandung". The results shows that according to education level, most of 16 (80%) educated nurses were graduated from diploma III of Nursing Program. Judging by the length of work, the majority of 11 (55%) nurses had a working period of ≤ 5 years. Judging from the implementation of the "response time", more than half 11 (55%) nurses performing it > 10 minutes. The results of the bivariate analysis showed that there was a relationship between nurse education level and "response time" of nursing services based on the ATS II category in Emergency Department of RSUD Majalaya with a value of $0.026 \leq 0.050$, and Phi test result is $r = 0,553$, which means that the relationship is strong. The second bivariate analysis showed that there was a relationship between length of work of nurses and "response time" of nursing services based on the ATS II category in Emergency Department of RSUD Majalaya with p -value $0.001 \leq 0.050$, and Phi test result is $r = 0,798$ which means that the relationship is very strong. Based on the results, it is expected that RSUD Majalaya needs to carry out evaluations related to the services provided at the Emergency Department. Besides that, it is also need to improve the quality of nurses by improving nurse education and re-socializing the "response time" so that every nurse can provide optimal service. One of the example is the implementation of appropriate "response time" so that the health services in RSUD Majalaya Hospital can be given properly.

Key words : Australian Triage Scale, length of work, Nurse Education Level and Response Time

Bibliography : 31 Books
9 Journals

RIWAYAT HIDUP (CURICULLUM VITAE)



Nama : Bobi Akbar
NIM : AK.1.15.009
Tempat, Tanggal Lahir : Cianjur, 09 Februari 1997
Alamat : Kp. Cileueur RT. 2 RW. 10 Desa Hegarmanah
Kecamatan Takokak Kabupaten Cianjur

Pendidikan :

1. SDN Sukamulya : 2003 – 2009
2. SMPN 5 Takokak : 2009 – 2012
3. SMAS PGRI Takokak : 2012 – 2015
4. Universitas Bhakti Kencana : 2014 – Sekarang
Bandung

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke khadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat kekuatan, kesehatan, karunia dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan berjudul “**Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan *Response Time* Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya**”

Skripsi ini dibuat oleh penulis sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan Tahun 2019. Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu selayaknya penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.HKes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes., Apt selaku rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. dr. Tuty Heryati, MM selaku Direktur RSUD Majalaya yang telah memfasilitasi peneliti untuk dapat melakukan penelitian di RSUD Majalaya.
6. Pihak lahan penelitian yaitu Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing I yang selalu memberikan bimbingan, masukan, masukan, motivasi, dan bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Nur Intan Hayati H. K, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan, masukan, motivasi, dan bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

9. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan arahan dan masukan demi kelancaran proses penelitian dan penyusunan skripsi ini.
10. Sri Wulan Megawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan demi kelancaran proses penelitian dan penyusunan skripsi ini.
11. Seluruh dosen, staf pengajar dan karyawan Universitas Bhakti Kencana Bandung terutama Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan yang telah banyak memberikan wawasan dan segala bentuk bantuan.
12. Terimakasih kepada Papah dan Mamah tercinta yang selalu memberikan doa, kasih sayang yang tiada henti, memberikan motivasi dan *support* setiap saat serta memberikan dukungan baik moril maupun material.
13. Teman-teman seperjuangan Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung angkatan 2015 yang telah membantu dan memberikan *support* setiap saat.
14. Seluruh alumni dan pengurus aktif Badan Eksekutif Mahasiswa STIKes Bhakti Kencana Bandung yang selalu memberikan motivasi kepada saya selama proses penyusunan skripsi ini.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah membantu dan memberikan motivasi pada penulis.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala dari Allah SWT. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca sehingga peneliti dapat memperbaiki dalam proses penelitian selanjutnya.

Bandung, 08 Mei 2019



Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGSAHAN	
PERNYATAAN	
ABSTRAK	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian	13
1.3.1 Tujuan Umum.....	13
1.3.2 Tujuan Khusus.....	14
1.4 Manfaat Penelitian	14
1.4.1 Manfaat Teoritis	14
1.4.2 Manfaat Praktis.....	15

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	17
2.1 Konsep Perawat Instalasi Gawat Darurat.....	17
2.1.1 Rumah Sakit	17
2.1.2 Instalasi Gawat Darurat	21
2.1.3 Perawat Instalasi Gawat Darurat	27
2.2 Konsep <i>Triage</i>	31
2.3 Konsep <i>Response Time</i>	40
2.4 Konsep Tingkat Pendidikan Perawat	43
2.5 Konsep Lama Kerja Perawat.....	66
2.6 Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan <i>Response Time</i> Pelayanan Keperawatan	68
BAB III METODE PENELITIAN	72
3.1 Rancangan Penelitian	72
3.2 Paradigma Penelitian.....	73
3.3 Hipotesis Penelitian.....	77
3.4 Variabel Penelitian	77
3.4.1 Variabel Independen (Bebas)	78
3.4.2 Variabel Dependen (Terikat).....	78
3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional.....	77
3.5.1 Definisi Konseptual.....	77
3.5.2 Definisi Operasional.....	79
3.6 Populasi dan Sampel	79
3.6.1 Populasi	79
3.6.2 Sampel.....	80

3.7	Pengumpulan Data	80
3.7.1	Teknik Pengumpulan Data	80
3.7.2	Instrumen Penelitian.....	81
3.7.3	Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	83
3.8	Pengolahan Data dan Analisa Data	84
3.8.1	Pengolahan Data.....	84
3.8.2	Analisa Data	85
3.9	Langkah-Langkah Penelitian.....	91
3.9.1	Tahap Persiapan Penelitian	91
3.9.2	Tahap Pelaksanaan Penelitian	92
3.9.3	Tahap Akhir Penelitian.....	92
3.10	Etika Penelitian	92
3.11	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	94
3.11.1	Lokasi	94
3.11.2	Waktu	94
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		95
4.1	Hasil Penelitian	95
4.1.1	Analisa Univariat.....	95
4.1.2	Analisa Bivariat.....	97
4.2	Pembahasan	101
4.2.1	Gambaran Tingkat Pendidikan Perawat di IGD RSUD Majalaya	101

4.2.2	Gambaran Lama Kerja Perawat di IGD RSUD Majalaya	104
4.2.3	Gambaran <i>Response Time</i> Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya..	107
4.2.4	Hubungan antara Tingkat Pendidikan Perawat dengan Response Time Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya	108
4.2.5	Hubungan antara Lama Kerja Perawat dengan Response Time Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya	111
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		114
5.1	Kesimpulan.....	114
5.2	Saran	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 <i>Key Performance Indicator</i> Intalasi Gawat Darurat Rumah Sakit	25
2.2 Pengkategorian <i>Response Time</i> Berdasarkan Kategori ATS	42
3.1 Definisi Oprasional	80
4.1 Gambaran Tingkat Pendidikan Perawat IGD RSUD Majalaya	100
4.2 Gambaran Lama Kerja Perawat IGD RSUD Majalaya	100
4.3 Gambaran <i>Response Time</i> Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya.....	101
4.4 Hubungan antara Tingkat Pendidikan Perawat dengan <i>response Time</i> Pelayanan Keperaawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya	102
4.5 Hubungan antara Lama Kerja Perawat dengan <i>response Time</i> Pelayanan Keperaawatan Berdasarkan Kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya.....	103

DAFTAR BAGAN

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	71
3.1 Kerangka Penelitian	75

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pernyataan Penelitian dari Kepala Ruangan IGD
- Lampiran 2 Lembar Observasi Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Hasil Uji SPSS
- Lampiran 4 Lembar Hasil Uji *Plagiat Checking*
- Lampiran 5 Lembar *Informed Consent*
- Lampiran 6 Surat Pernyataan Kesiapan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Lembar Observasi Penelitian
- Lampiran 8 Surat Pengantar Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 9 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 10 Surat Pengantar Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 11 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 12 Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal
- Lampiran 13 Surat Permohonan Pendaftaran Sidang Usulan Proposal
- Lampiran 14 Surat Pengantar Izin Penelitian
- Lampiran 15 Surat Balasan Izin Penelitian
- Lampiran 16 Lembar Konsultasi Bimbingan Skripsi
- Lampiran 17 Surat Permohonan Pendaftaran Sidang Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat dalam rangka upaya kesehatan dasar atau kesehatan rujukan dan upaya kesehatan penunjang baik secara perorangan maupun masyarakat tertentu secara paripurna (Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit). Menurut *World Health Organisation* (2017), rumah sakit merupakan suatu organisasi pelayanan sosial dan kesehatan yang meliputi pelayanan paripurna (komprehensif), pendidikan kesehatan (promotif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan juga sebagai pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Hal itu bertujuan supaya klien mendapatkan perawatan dengan kualitas yang tinggi dan tepat waktu (*Leading Practices in Emergency Department*, 2010).

Rumah sakit merupakan salah satu ujung tombak pembangunan dan peningkatan kualitas negara sehingga rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna yang terdiri dari pelayanan rawat inap, rawat jalan, pemeriksaan kesehatan atau laboratorium, serta yang paling penting yaitu pelayanan gawat darurat yang berkualitas. Instalasi Gawat Darurat merupakan bagian integral dari rumah sakit yang harus memberikan pelayanan 24 jam serta menjadi *front* utama pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada klien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin (Departemen Kesehatan RI, 2010).

Kualitas pelayanan Instalasi Gawat Darurat di setiap rumah sakit harus ditingkatkan dengan pelayanan yang optimal dan paripurna seiring dengan peningkatan jumlah kunjungan klien ke Instalasi Gawat Darurat yang terus meningkat. Data kunjungan klien ke IGD di seluruh Indonesia pada tahun 2008 yaitu 442.205 jiwa (13,3, %) dari seluruh kunjungan di seluruh rumah sakit umum, adapun kunjungan IGD berdasarkan rujukan mencapai 12 % dari 1.033 rumah sakit yang dilakukan penelitian dari total jumlah Rumah Sakit Umum yaitu 1.319 Rumah Sakit yang ada di Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2009). Data dari Kementerian Kesehatan (2013), jumlah kunjungan IGD Rumah Sakit bertambah pada tahun 2013 dengan jumlah kunjungan sebanyak 11.650.239 jiwa (13,17%) dari jumlah total kunjungan Rumah Sakit.

Berdasarkan penuturan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat yaitu Dodo Suhendar (2017), mengatakan bahwa data kunjungan klien ke IGD di Jawa Barat merupakan tertinggi di Indonesia. Dengan jumlah kunjungan yaitu 6.458.971 jiwa. Peningkatan jumlah kunjungan yang signifikan ini memerlukan perhatian yang lebih dengan memberikan kualitas pelayanan klien yang lebih baik.

Peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan ditunjang dengan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas khususnya memiliki perawat gawat darurat yang kompeten. Perawat IGD memiliki tanggung jawab yang lebih karena harus memberikan pelayanan cepat dan tepat pada setiap klien dengan karakteristik klien IGD yang tidak dapat diperkirakan kondisi dan jumlahnya serta harus memberikan pelayanan 24 jam. Kompetensi perawat

IGD yaitu telah lulus minimal Diploma III keperawatan, Profesi Ners dan memiliki STR, SIP, dan SIPP dengan pengalaman pelatihan kegawatdaruratan diantaranya ENIL, BTCLS, ACLS dan pelatihan penunjang lainnya (Undang-undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2014).

Keberhasilan pemberian pelayanan kegawatdaruratan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dapat ditinjau dari pelayanan yang sesuai dengan indikator *response time* yang ditunjang oleh pelaksanaan *triage* yang tepat yang bertujuan untuk stabilisasi klien sesuai dengan kondisi saat datang ke IGD bahkan pemberian tindakan resusitasi sehingga dapat meminimalkan kejadian kecacatan dan kematian di IGD. Pelayanan klien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting yaitu *Time saving is life saving* (Australian College for Emergency Medicine, 2014).

Kualitas pemberian tindakan di IGD sangat tergantung pada ketepatan *triage* yang dilakukan. *Triage* merupakan suatu tindakan penilaian dan pengelompokan klien berdasarkan kondisi dan tingkat keparahan klien. Metode *triage* rumah sakit yang saat ini berkembang adalah *triage* Australia (Australia Triage Scale /ATS), *triage* Kanada (Canada Triage Acquity System / CTAS), *triage* Amerika Serikat (Emergency Severity Index / ESI) dan *Simple Triage And Rapid Treatment* (START) dengan pengkategorian yang berbeda-beda sesuai dengan metode *triage* yang di gunakan. (Haryatun, 2014)

Banyaknya metode *triage* yang berkembang di Indonesia menjadikan banyak perbedaan metode yang diterapkan di setiap rumah sakit. Metode *triage* yang paling banyak dikembangkan yaitu *Australian Triage Scale (ATS)* yang menggunakan teknik pengkategorian dengan angka berdasarkan kondisi keparahan dan tingkat prioritas permasalahan klien yang terdiri dari ATS I, ATS II, ATS III, ATS IV dan ATS V (*Australian College for Emergency Medicine*, 2014).

Keberhasilan pemberian pelayanan di Instalasi Gawat Darurat bukan hanya di tinjau dari ketepatan pelaksanaan *triage* tetapi juga ditinjau dari kesesuaian pemberian tindakan berdasarkan *response time* yang disesuaikan dengan kondisi dan tingkat keparahan klien. *Response time* secara umum merupakan waktu tanggap pelayanan kesehatan dalam melakukan tindakan kepada klien yang dilihat dari awal masuk IGD sampai dilakukan tindakan baik fisik, psikologis dan tindakan lainnya yang disesuaikan dengan kondisi klien. Sedangkan *response time* pelayanan keperawatan merupakan waktu tanggap perawat dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan gawat darurat kepada klien berdasarkan penilaian setelah dilakukan *triage* atau pengelompokan klien (Kementrian Kesehatan, 2010).

Kesesuaian pelaksanaan *response time* telah dibahas oleh Kementrian Kesehatan (2010) yang menetapkan salah satu prinsip umumnya tentang penanganan klien gawat darurat yang harus ditangani dengan waktu yang disesuaikan dengan kondisi klien setelah dilakukan penilaian. Sehingga *Response time* juga dapat berarti *golden time* terhadap kehidupan klien yang menggambarkan semakin cepat klien mendapatkan pertolongan *definitif*

maka kemungkinan kesembuhan dan keberlangsungan hidup klien akan semakin besar, sebaliknya kegagalan *response time* di IGD dapat diamati dari yang berakibat fatal berupa kematian atau cacat permanen dengan kasus kegawatan organ vital pada klien (Rahmanto, 2014).

Penerapan *response time* klien perlu disesuaikan dengan kondisi klien setelah dilakukan *triage*. Indikator waktu tanggap atau *response time* yang banyak digunakan yaitu berdasarkan metode *Australian Triage Scale* (ATS) dengan kategori *response time* ATS I atau darurat mengancam jiwa yaitu sesegera mungkin yaitu di bawah 5 menit, ATS II dilakukan maksimal 10, ATS III dilakukan maksimal 30 menit, kemudian ATS IV dilakukan maksimal 60 menit dan ATS V atau *death of arrival* membutuhkan *response time* 120 menit (*Australian College for Emergency Medicine*, 2014)

Penanganan klien yang dilakukan tanpa memilah klien berdasarkan urutan kedatangan klien karena dapat mengakibatkan penundaan penanganan pada klien gawat darurat sehingga berpotensi pada kematian. Faktor-faktor lain juga yang mempengaruhi *response time* setelah dilakukan *triage* antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor klien, faktor perlengkapan instalasi gawat darurat, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* yang dilakukan di instalasi tersebut (*Australian Triage Process Review*, 2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi *response time* disampaikan oleh Anderson, A.K., Omberg, dan M.Svedlund (2015) dalam penelitiannya “*Analisis Factors of the Emergency Response at George Washington University Hospital*”, dengan metode penelitian yaitu *analitic survey* menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi

menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal seperti mencerminkan keterampilan perawat dan kapasitas pribadi. Sedangkan faktor eksternal lebih mencerminkan terhadap lingkungan kerja, termasuk beban kerja yang tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis klien dan riwayat klinis nya. Jika faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *response time* berdasarkan *triage* tidak akan berjalan optimal (Gerdtz & Bucknall, 2000 dalam Nur Ainiyah, 2015).

Pernyataan tentang faktor-faktor tersebut juga disampaikan dalam penelitian yang dilakukan oleh Maatilu (2014) dengan judul “Hubungan karakteristik perawat dengan *response time* di IGD RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado” dengan metode deskriptif korelatif yaitu terdiri dari tingkat pendidikan perawat, lama kerja perawat, tingkat pengetahuan perawat dan pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat. Penelitian ini di lakukan pada tanggal 14 Juni sampai 10 Juli 2014 di IGD RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado.

Rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang paripurna, cepat dan tepat. Penerapan *response time* pelayanan keperawatan di IGD dapat mempengaruhi kepercayaan keluarga klien terhadap rumah sakit. Dalam penelitian Rembet (2015) dengan judul penelitian yaitu “Hubungan *Response time* Perawat dengan Tingkat Kepercayaan Keluarga Klien Pada Triase Kuning (*Urgent*) Di Instalasi Gawat Darurat RSU GMIM Kalooran Amurang”. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan 36 responden (52.2%) yang mendapatkan *response time* cepat ≤ 5 menit dari perawat dan 33 responden (47.8%) yang mendapatkan *response time* yang

lambat > 5 menit dari perawat dan terdapat hubungan antara *response time* perawat dengan kepercayaan keluarga klien terhadap rumah sakit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gunawan (2017) dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat dengan *Response time* pada Klien Kecelakaan Lalu Lintas di Ruang UGD RSI Siti Khadijah dan RS Muhammadiyah Palembang”. Dengan metode deskriptif korelatif. Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan pengetahuan dengan *Response time* di Ruang UGD RSI. Siti Khadijah dan RS. Muhammadiyah Palembang tahun 2017 (P value = 0,017).

Pelayanan keperawatan yang cepat atau lambat akan mempengaruhi kepuasan klien terhadap rumah sakit. Hal tersebut disampaikan dalam penelitian yang dilakukan oleh Kusumawinahyu (2016) di Rumah Sakit Islam Surakarta dengan judul penelitian “Hubungan *Response Time* Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan Tingkat Kepuasan Klien Di Rumah Sakit Islam Surakarta”, peneliti menggunakan uji *Spearman rank correlation* dengan p value 0,010 ($p < 0.050$) yang berarti ada hubungan *response time* pelayanan IGD dengan tingkat kepuasan klien.

Berdasarkan dari beberapa riset yang telah disebutkan sebelumnya menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *response time* yaitu faktor internal yang meliputi karakteristik perawat diantaranya yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, pengetahuan perawat dan pengalaman mengikuti pelatihan kegawatdaruratan. Sedangkan faktor eksternal lebih mencerminkan terhadap lingkungan kerja, termasuk beban kerja yang tinggi, pengaturan shift, kondisi klinis klien dan riwayat klinis nya.

Response time sangat penting untuk diterapkan sesuai waktu yang telah ditentukan dan sehingga kepuasan klien terhadap rumah sakit bisa terjamin.

Penerapan *response time* harus diterapkan disemua rumah sakit salah satunya di rumah sakit yang ada di daerah Bandung. Bandung merupakan daerah yang terdiri dari Kota Bandung dan Kabupaten Bandung. Kota Bandung merupakan sebuah kota dengan rumah sakit terbanyak di Provinsi Jawa Barat yaitu mencapai 38 rumah sakit. Jumlah rumah sakit tersebut ditunjang dengan adanya rumah sakit yang ada di Kabupaten Bandung yaitu mencapai 9 rumah sakit. Jumlah klien ke IGD di Bandung yaitu kunjungan tahun 2016 di Kota Bandung mencapai 958.732 jiwa sedangkan data kunjungan di Kabupaten Bandung yaitu sebanyak 225.948 jiwa.

Tingginya jumlah kunjungan klien ke IGD di Kabupaten dan Kota Bandung perlu mendapat perhatian lebih dengan menyediakan fasilitas kesehatan yang paripurna dan meningkatkan kualitas pelayanan di setiap IGD rumah sakit. Satu-satunya rumah sakit di Kabupaten Bandung yang merupakan rumah sakit Pemkab dengan predikat kelas B dan akreditasi paripurna yaitu RSUD Majalaya. Sedangkan rumah sakit negeri dibawah Pemerintah Kota Bandung yang memiliki predikat kelas B dengan akreditasi paripurna hanya ada RSUD Kota Bandung. Sehingga pada studi pendahuluan yang telah saya lakukan, saya memilih di IGD RSUD Majalaya yang dibandingkan dengan IGD RSUD Kota Bandung.

Kedua rumah sakit tersebut memiliki karakteristik yang sama yaitu diantaranya merupakan rumah sakit kelas B dengan akreditasi paripurna serta *triage* di Instalasi Gawat Darurat yang digunakan juga sama yaitu menggunakan metode *Australian Triage Scale (ATS)* dengan jumlah kunjungan klien tertinggi di rumah sakit di kelasnya baik di Kabupaten Bandung maupun Kota Bandung.

Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya merupakan salah satu layanan kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Bandung yang didirikan pada tahun 1951, berupa Rumah Sakit Umum dan termasuk ke dalam Rumah Sakit Kelas **B dengan akreditasi paripurna**. Rumah sakit umum daerah Majalaya ini bertempat di Jl. Cipaku No.87 Kecamatan Paseh, Kabupaten Bandung, Jawa Barat, Indonesia. Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya ini juga memiliki Instalasi Gawat Darurat fasilitas instalasi gawat darurat dengan dokter jaga dan tenaga paramedis profesional serta didukung oleh dokter spesialis, ambulans, radiologi, laboratorium, bank darah dan farmasi/apotek. Ruangan di Instalasi Gawat Darurat terdiri dari Ruangan *Triage* yang ditambah dengan *bed* khusus klien *false emergency*, ruang gawat darurat umum, ruang tindakan, ruang IGD maternal, ruang IGD neonatal, ruang IGD anak, ruang resusitasi, ruang isolasi dan ruangan perawatan gawat darurat yaitu ruang aster.

Berdasarkan data hasil studi pendahuluan pada tanggal 4 Februari 2019 di IGD RSUD Majalaya, jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) perawat di IGD yaitu terdapat 21 perawat, dengan 1 kepala ruangan IGD dan perawat pelaksana yaitu 20, dengan jadwal dinas per sif 4-5 orang dengan latar

belakang pendidikan perawat pelaksana Ners 4 orang, Diploma III sebanyak 16 orang dan semua sudah mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan. Dari jumlah perawat pelaksana yang ada dapat dikategorikan berdasarkan lama kerjanya yaitu lebih dari 5 tahun ada 9 perawat dan kurang dari 5 tahun ada 11 perawat.

Jumlah kunjungan klien ke IGD bulan Januari-Desember 2017 sebanyak 26.232 klien, dengan *false emergency* sebesar 12.691 klien, *true emergency* yaitu 13.541 klien dengan jumlah klien meninggal di IGD yaitu 124 klien (Medrek RSUD Majalaya, 2017). Sedangkan data kunjungan klien pada bulan Januari-Desember tahun 2018 yaitu sebanyak 29.251 klien, dengan jumlah klien *false emergency* sebanyak 18.288 klien (62,5 %), *true emergency* yaitu sebanyak 10.963 klien (37,5 %) dengan jumlah klien meninggal yaitu sebanyak 201 (0,69 %) klien. Terjadi peningkatan yang signifikan pada jumlah kunjungan klien dari tahun 2017 – 2018 dengan jumlah selisih yaitu 3.019 klien. RSUD Majalaya merupakan rumah sakit yang memiliki jumlah kunjungan terbanyak di Kabupaten Bandung dan merupakan satu satunya rumah sakit pemerintah dengan kelas B paripurna di wilayah kabupaten Bandung (Medrek RSUD Majalaya, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 14 Februari 2019 di RSUD Kota Bandung sebagai bahan perbandingan dengan RSUD Majalaya, jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) perawat di IGD RSUD Kota Bandung yaitu terdapat 25 perawat, dengan 1 kepala ruangan IGD dan perawat pelaksana yaitu 24 dengan latar belakang pendidikan Diploma III sebanyak 17 orang, Sarjana sebanyak 1 orang dan Profesi Ners 6 orang, dan semua

sudah mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan. Dari jumlah perawat pelaksana yang ada dapat dikategorikan berdasarkan lama kerjanya yaitu lebih dari 5 tahun ada 10 perawat dan kurang dari 5 tahun ada 14 perawat.

Jumlah klien yang datang ke IGD bulan Januari-Desember 2018 sebanyak 33.576 klien, dengan *false emergency* sebesar 22.184 klien (66,1%), *true emergency* yaitu 11.392 klien (33,9 %) dengan jumlah klien meninggal di IGD yaitu 236 klien (0,70 %) (Medrek RSUD Kota Bandung, 2018).

Berdasarkan data hasil studi pendahuluan yang lebih menunjang pada penelitian yang akan saya lakukan yaitu di IGD RSUD Majalaya dengan data peningkatan jumlah kunjungan klien dari tahun 2017 – 2018 yaitu memiliki selisih 3.019 klien, tingginya data *true emergency* yaitu 10.963 klien serta data klien meninggal yang tinggi yaitu 201 orang. Dilihat dari jenis *triage* berdasarkan ATS yaitu yang perlu lebih diprioritaskan yaitu ATS 1, akan tetapi ketika dilihat dari jumlah kunjungan di IGD RSUD Majalaya antara ATS I yaitu 2.960 klien dengan ATS II yaitu 8.003 klien yang berarti lebih banyak ATS II. Selain didukung dari data kunjungan tersebut, dampak jika klien dengan ATS II tidak diberikan pelayanan sesuai dengan *response time* yaitu 10 menit akan berpengaruh pada kecacatan bahkan bisa saja terjadi perubahan menjadi ATS I dan menyebabkan kematian. Sedangkan untuk ATS I, di RSUD Majalaya memang ada ruangan khusus ATS I yaitu di ruang resusitasi dengan pelayanan dan pemantauan keadaan pasien yang tepat. Sehingga berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa perlu dilakukan penelitian pada *response time* pasien ATS II.

Tingkat pendidikan perawat vokasi dan profesi ners memiliki perbedaan dari segi kompetensi dan sistem pembelajaran yang didapatkan. Bukan hanya hal tersebut yang diduga menjadi faktor yang memengaruhi response time, tetapi juga lama kerja perawat. Menurut Ranupendoyo dan Saud (2005) masa kerja dapat menggambarkan pengalamannya dalam menguasai bidang tugasnya. Pada umumnya, petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalamannya sedikit. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi maka akan semakin berpengalaman orang tersebut sehingga kecakapan kerjanya semakin baik.

Tingkat pendidikan perawat yang telah lulus profesi ners (profesional) masih sangat sedikit yaitu 4 dari 20 orang perawat dengan jumlah perawat DIII (Vokasional) yaitu ada 16 yang yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kinerja dan kualitas pelayanan IGD berupa *response time* di IGD RSUD Majalaya. Tidak hanya tingkat pendidikan profesi ners yang sedikit, tetapi jumlah tenaga perawat yang masih dalam kategori baru juga melebihi jumlah setengah dari total perawat pelaksana yaitu 11 orang dari 20 perawat pelaksana sehingga dikhawatirkan dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada klien gawat darurat.

Faktor lain seperti beban kerja, tingkat pengetahuan dan usia tidak dilakukan penelitian karena untuk tingkat pengetahuan dan usia perawat sendiri pernah dilakukan penelitian oleh peneliti tahun 2017 di RSUD Majalaya atas nama Solehudin, sedangkan untuk beban kerja khususnya pada perawat IGD akan sulit untuk cara pengukurannya karena bisa jadi beban

kerja perawat IGD dapat dipengaruhi faktor lain seperti beban kerja di rumah, keluarga, pendidikannya serta beban kerja lain yang tidak ditemukan di IGD.

Data penunjang lain juga menunjukkan bahwa RSUD Majalaya merupakan 1 dari 9 rumah sakit yang berada di bawah Pemerintah Kabupaten Bandung yang dikategorikan kelas B dengan akreditasi paripurna. Berdasarkan data tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan *response time* Pelayanan Keperawatan berdasarkan kategori ATS II di IGD RSUD Majalaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan maka rumusan masalah penelitian ini adalah adakah hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori *ATS II* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori *ATS II* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pendidikan perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.
2. Mengidentifikasi lama kerja perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.
3. Mengidentifikasi *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori *ATS II* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.
4. Menganalisis keeratan hubungan antara tingkat pendidikan dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori *ATS II* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.
5. Menganalisis keeratan hubungan lama kerja perawat dengan *response time* pelayanan keperawatan berdasarkan kategori *ATS II* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Manfaat Bagi Keperawatan

Penelitian ini dapat berguna sebagai indikator dalam melakukan evaluasi terkait *response time* sehingga harus dipahami setiap perawat di IGD khususnya perawat manager sebagai bahan evaluasi sehingga dapat meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) perawat di Instalasi Gawat Darurat.

2. Manfaat bagi Institusi (STIKes Bhakti Kencana Bandung)

Dapat dijadikan sebagai tambahan literatur dan *Evidence Base Practice* sehingga dapat meningkatkan pengetahuan baik mahasiswa maupun dosen akademik tentang ilmu keperawatan khususnya Keperawatan Kegawatdaruratan tentang *response time* pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat.

3. Manfaat bagi Peneliti lain

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar dan referensi dalam mengembangkan penelitian yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan sesuai dengan *response time* yang sesuai untuk peneliti selanjutnya serta dapat menjadi acuan untuk membuat penelitian yang novelty yang bagus sehingga dapat menjadi acuan untuk meneliti faktor lainnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi RSUD Majalaya

Hasil penelitian ini diharapkan bisa digunakan sebagai data dasar dan bahan evaluasi yang dapat digunakan oleh rumah sakit sehingga meningkatkan mutu pelayanan khususnya pelayanan keperawatan sesuai dengan *response time* pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya.

2. Bagi Perawat

Dapat dijadikan evaluasi diri untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam menerapkan pelayanan keperawatan sesuai dengan *response time* di instalasi gawat darurat yang akan dilakukan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perawat Instalasi Gawat Darurat

2.1.1 Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 mengatakan bahwa, rumah sakit merupakan institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan secara perorangan dengan menyelenggarakan pelayanan gawat darurat, rawat inap serta rawat jalan. Sedangkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 menyatakan bahwa rumah sakit adalah sarana pelayanan kesehatan tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat yang dapat mengakibatkan infeksi nosokomial yang memungkinkan juga terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan fungsi tubuh.

Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*curatif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (Siregar, 2011).

2. Klasifikasi Rumah Sakit

UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 24 menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum kelas D. klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B, dan rumah sakit khusus kelas C . Selanjutnya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 tentang klasifikasi Rumah Sakit mengatur klasifikasi rumah sakit secara lebih detail berdasarkan layanan, sumberdaya manusia, peralatan, sarana prasarana dan administrasi manajemen (Triwibowo, 2012).

Rumah sakit berdasarkan pengelolaannya dibagi menjadi rumah sakit privat dan rumah sakit publik. Rumah sakit publik adalah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba yaitu Badan Layanan Umum (BLU). Menurut Undang-undang Pasal 1 No. 1 tentang Perbendaharaan Negara, menyatakan bahwa Badan Layanan Umum (BLU) merupakan instansi yang dibentuk dilingkungan pemerintahan guna memberikan pelayanan berupa penyediaan barang atau jasa kepada masyarakat dengan penjualan

tanpa mencari keuntungan untuk meningkatkan efisiensi dan produktifitas masyarakat. Hal ini berarti rumah sakit publik tidak bertujuan untuk mencari laba atau keuntungan (Triwibowo, 2012).

Menurut astuti (2009), Rumah sakit swasta adalah rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta atau non pemerintah, yaitu beberapa orang (*person*) sepakat untuk mendirikan badan hukum (*rechtperson*) dan badan hukum ini melakukan kegiatan dalam bidang pendirian dalam menjalankan rumah sakit. Selain didirikan oleh *person*, sering juga terdapat rumah sakit yang didirikan oleh kelompok-kelompok, seperti kelompok agama. Adapun bentuk badan hukum rumah sakit yang didirikan oleh pihak swasta ini lazimnya di gunakan oleh yayasan (*stichting*).

Menurut Martafari (2009), rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah baik pusat, daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum daerah adalah rumah sakit umum milik pemerintah provinsi, kabupaten atau kota yang berlokasi didaerah provinsi, kabupaten dan kota.

Menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 19 yaitu rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang menyediakan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

Sedangkan pengertian rumah sakit khusus merupakan institusi yang menyediakan pelayanan yang utama pada satu bidang atau jenis penyakit berdasarkan golongan umur, disiplin ilmu, organ atau kekhususan lain.

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU Nomor 44 tahun 2009, menyatakan bahwa tugas rumah sakit yaitu menyediakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan fungsi rumah sakit yaitu :

- 1) Penyediaan pelayanan pada pengobatan dan pemulihan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan pada pelayanan rumah sakit.
- 2) Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan individu secara paripurna pada tingkat kedua dan ketiga yang sesuai dengan kebutuhan kesehatannya.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Pelaksanaan *research*, pengembangan dan penapisan pada teknologi kesehatan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan sesuai dengan etik ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan. Rumah sakit menurut *Adit ama dalam Triwi bowo (2012)* setidaknya terdapat 5 (lima) fungsi sebagai berikut:
 - (1) Menyediakan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya.

- (2) Memiliki pelayanan rawat jalan
- (3) Melakukan pendidikan dan pelatihan
- (4) Melakukan penelitian dibidang keperawatan dan kesehatan.
- (5) Melaksanakan program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya

4. Pelayanan Rumah Sakit

Pelayanan penderita yang langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis, pelayanan farmasi, dan pelayanan keperawatan. Pelayanan penderita melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit atau luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan (Siregar, 2011).

2.1.2 Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit rumah sakit yang memberikan perawatan pertama kepada klien. Unit ini dipimpin oleh seorang dokter jaga dengan tenaga dokter ahli dan berpengalaman dalam menangani PGD (Pelayanan Gawat Darurat), yang kemudian bila dibutuhkan akan merujuk klien kepada dokter spesialis tertentu (Hidayati, 2004). Instalasi Gawat Darurat menyediakan penanganan awal bagi klien yang menderita sakit dan cedera yang dapat mengancam jiwa dan kelangsungan hidupnya. Adapun tugas Instalasi Gawat Darurat adalah

menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan serta pelayanan pembedahan darurat bagi klien yang datang dengan kondisi gawat darurat.

Menurut Depkes RI (2006), petugas tim kesehatan di Instalasi Gawat Darurat di rumah sakit terdiri dari dokter ahli, dokter umum, atau perawat yang telah mendapat pelatihan penanganan kegawatdaruratan yang dibantu oleh perwakilan unit-unit lain yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat.

2. Prinsip Umum Pelayanan IGD di Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi klien yang datang dengan gawat darurat medis. Salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap (*response time*) (Depkes RI, 2006). Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, klien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) maupun di gawat darurat sesuai dengan prosedur pelayanan rumah sakit. Prosedur ini merupakan kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani klien secara baik atau tidaknya, dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2011).

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena klien 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, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar. Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat.

Menurut Kepmenkes RI (2010), prinsip umum pelayanan IGD adalah sebagai berikut:

- 1) 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*).
- 2) Pelayanan di IGD Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
- 3) Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi IGD.

- 4) Rumah sakit dilarang memungut uang muka saat menangani kasus gawat darurat.
 - 5) Klien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
 - 6) Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana).
 - 7) Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.
3. Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani klien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut.

Tabel 2.1
Key Performance Indicator Intalasi Gawat Darurat
Rumah Sakit

Jenis pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan Mengenai <i>Life Saving</i>	
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikasi yang masih berlaku ATCLS/BTCLS/ACLS/PPGD	24 jam
	Kesediaan Tim penanganan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	< 5 menit setelah klien dating
	Kepuasan pelanggan	70 %
	Tidak adanya klien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian klien < 24 jam	< dua per seribu (pindahkan ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

(Sumber : Kementerian Kesehatan tahun 2010 dalam SPM Rumah Sakit Tahun 2014)

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multidisiplin dan multiprofesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi korban dengan

tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan.

4. Alur penanganan klien di IGD

Alur penanganan klien di IGD yaitu perawat menerima pasien, kemudian mencatat identitas lengkap dan jelas dan *informed consent*, perawat melakukan anamnesa (auto dan hetero anamnesa), perawat melakukan pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS), TTV dan pemeriksaan fisik awal, pengelompokan klien dan diagnosa awal, seperti gawat darurat: memerlukan tindakan segera dan mengancam jiwa, gawat non darurat: memerlukan tindakan segera tapi tidak mengancam jiwa, tidak gawat darurat: tidak *urgent* tindakan segera dan tidak mengancam jiwa. Tidak gawat tidak darurat boleh diberikan terapi simptomatik (sesuai gejala). Pada kasus gawat darurat perawat harus menghubungi dokter yang jaga dan melaporkan kondisi klien seraf dapat memberikan tindakan *Basic Live Support* (BLS) meliputi: *Air way*, *jaw thrust*, *chin lift* dan *hiperekstensi*, kemudian membersihkan jalan nafas dari sumbatan (sekret dan benda asing), memeriksa *breathing* dengan memasang oksigen, dan memeriksa *circulation*, serta memonitor pengeluaran urin.

Kegawatdaruratan merupakan keadaan yang mengancam jiwa, untuk itu diperlukan perawat yang kompeten sebagai praktisi, juga harus meningkatkan kemampuan yang terkait berbagai peran,

harus mengerti karakteristik pelayanan keperawatan yang tepat, cermat dan cepat.

2.1.3 Perawat Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian Perawat

Wardhono (2014) mendefinisikan perawat adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya. Sedangkan menurut Florence Nightngale dalam bukunya "*What it is, and What it is anot*", menyatakan bahwa peran perawat adalah menjaga klien mempertahankan kondisi terbaiknya terhadap masalah kesehatan yang menimpa dirinya. Perawat merupakan seseorang yang berprofesi sesuai dengan pengetahuan ilmiah, keterampilan dan sikap kerjanya dengan dilandari rasa tanggung jawab dan pengabdian (Lumenta 2014).

Menurut Nursalam (2013), proses keperawatan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak yaitu perawat dan klien. Bagi perawat proses keperawatan dapat digunakan sebagai pedoman dalam penyelesaian masalah klien, dan dapat menunjukkan profesi yang memiliki profesionalitas yang tinggi. Bagi klien proses keperawatan memberikan kebebasan kepada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhannya.

2. Perbedaan perawat di Ruang IGD dan Umum

Jika dilihat dari segi pengertian dan tugas pelaksanaannya ada perbedaan antara perawat yang jaga di ruangan khusus dan umum, yaitu sebagai berikut ini:

- 1) Perawat di Ruang IGD, yaitu seorang tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan ketrampilan khusus dalam menangani klien yang memerlukan penanganan khusus ataupun gawat darurat.
- 2) Perawat di Ruang Umum, yaitu seorang tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan ketrampilan secara umum atau belum memiliki ketrampilan secara khusus dalam menangani klien sakit yang tidak memerlukan penanganan khusus dengan tujuan memulihkan seperti keadaan semula dan perawat tersebut berada di ruangan rawat inap.

3. Dasar Hukum Perawat Gawat Darurat

1) Kualifikasi Perawat Gadar

- (1) Pendidikan D3 dengan pengalaman klinik dua tahun di rumah sakit.
- (2) Ners dengan pengalaman klinik 1 tahun di rumah sakit.
- (3) Telah memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan baik BTCLS / ACLS / ENIL.

(Sumber : Standar Pelayanan Gadar Depkes tahun 2011)

2) Kompetensi Perawat Gadar

- (1) Mampu menguasai *Basic Assesment Primary Survey dan Secondary Survey*
- (2) Mampu memahami *Triage* dan *Retriage*
- (3) Mampu memberikan aspek kegawat-daruratan, mampu melakukan tindakan keperawatan life saving tanpa alat dan stabilisasi
- (4) Mampu memahami terapi definitif
- (5) Mampu menerapkan aspek etik dan legal
- (6) Mampu melakukan komunikasi terapeutik pada klien dan keluarga
- (7) Mampu bekerjasama dengan tim
- (8) Mampu melakukan pendokumentasi dan pencatatan dan pelaporan

(Sumber : Standar Pelayanan Gadar Depkes tahun 2011 Dirjen BUK)

- 3) UU NO 38 Tentang Keperawatan Pasal 35
 - (1) Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, Perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya.
 - (2) Pertolongan pertama sesuai dengan yang dimaksud dalam ayat (1) bertujuan menyelamatkan nyawa klien dan menghindari kecacatan lebih lanjut.

- (3) Keadaan darurat sesuai dengan yang dimaksud dalam ayat (1) adalah kondisi dengan ancaman nyawa atau kecacatan klien.
 - (4) Keadaan darurat sesuai dengan yang dimaksud dalam ayat (1) di tentukan oleh perawat berdasarkan hasil dari evaluasi keilmuannya.
 - (5) Ketetapan lebih lanjut tentang kondisi darurat sesuai dengan yang dimaksud dalam ayat (1) yang diatur oleh Peraturan Menteri.
- 4) Kewenangan dan Kewajiban Perawat
- Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI No.HK.02.02/Menkes/148/2010 perawat memiliki kewenangan:
- (1) Melaksanakan asuhan keperawatan meliputi, pengkajian, penetapan, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.
 - (2) Melaksanakan tindakan keperawatan meliputi, pelaksanaan prosedur keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.
 - (3) Perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan dapat memberikan obat bebas atau obat bebas terbatas.

2.2 Konsep *Triage*

2.2.1 Pengertian *Triage*

Triage adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien atau kegawatannya yang memerlukan tindakan segera. Dalam *triage*, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu < 10 menit. Penggunaan awal kata “*trier*” mengacu pada penampisan *screening* di medan perang. Kata ini berasal dari bahasa Perancis yang berarti bermacam-macam dalam memilah gangguan. *Dominique larrey*, ahli bedah *Napoleon Bonaparte* yang pertama kali melakukan *triage*. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang efektif pada 100 juta klien yang membutuhkan pelayanan di IGD pada setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

Kekuratan dalam melakukan *triage* merupakan sebuah kunci untuk melakukan tindakan yang sesuai di IGD. Penatalaksanaan pada kondisi darurat didasarkan pada respon klinis daripada urutan kedatangan. Klien dengan prioritas rendah akan menunggu lebih lama untuk penilaian dan pengobatan (Manitoba Health, 2010). *Triage* memiliki fungsi penting di Instalasi Gawat Darurat (IGD), di mana banyak klien dapat hadir secara bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa klien dirawat sesuai urutan urgensi klinis mereka

yang mengacu pada kebutuhan untuk intervensi waktu-kritis. Urgensi klinis tidak identik dengan kompleksitas atau tingkat keparahan. *Triage* juga memungkinkan untuk alokasi klien untuk penilaian dan pengobatan daerah yang paling tepat, dan memberikan kontribusi informasi yang membantu untuk penanganan kasus lebih lanjut (*Australian Collage for Emeregency Medicine, 2010*).

2.2.2 Pembagian *Triage*

Berbagai sistem *triage* mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Tujuan triase adalah memilih atau menggolongkan semua klien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan. *Triage* terbagi atas *Single Patient Triage* dan *Routine Multiple Casualty Triage*.

1. *Single Patient Triage*

Menurut Puspongoro (2011), *triage* tipe ini dilakukan terhadap satu klien pada fase pra-rumah sakit maupun pada fase rumah sakit di Instalasi Gawat Darurat dimana klien dikategorikan ke dalam klien gawat darurat (*true emergency*) dan klien bukan gawat darurat (*false emergency*). Dasar dari cara *triage* ini adalah menanggulangi klien yang dapat meninggal bila tidak dilakukan resusitasi segera. *Single patient triage* dapat juga dibagi dalam kategori berikut:

- 1) Resusitasi adalah klien yang datang dengan keadaan gawat darurat dan mengancam nyawa serta harus mendapat penanganan resusitasi segera.
 - 2) *Emergent* adalah klien yang datang dengan kondisi gawat darurat yang dapat mengakibatkan kerusakan organ permanen sehingga klien harus ditangani maksimal 10 menit.
 - 3) *Urgent* adalah klien yang datang dengan keadaan darurat tidak gawat yang harus ditangani dalam waktu maksimal 30 menit
 - 4) *Non-urgent* adalah klien yang datang dalam kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan yang ringan-sedang, tetapi mempunyai kemungkinan atau dengan riwayat penyakit serius yang harus mendapat penanganan dalam waktu 60 menit.
 - 5) *False emergency* adalah klien yang datang dalam kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan ringan dan tidak ada kemungkinan menderita penyakit atau mempunyai riwayat penyakit yang serius.
2. *Routine Multiple Casualty Triage (RMCT)*
- 1) *Simple triage and rapid treatment (START)*

Dalam *Hospital Preparedness for Emergencies & Disasters* (2007) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident* korban massal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Ini memungkinkan paramedik untuk

memilah klien mana yang perlu dievakuasi lebih dulu ke rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60 detik per klien dan mengklasifikasi klien ke dalam kelompok terapi:

- (1) Hijau: klien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari klien lain, *walking wounded* dan klien histeri
 - (2) Kuning/*delayed*: semua klien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau.
 - (3) Merah/*immediate* (10%-20% dari semua kasus) : semua klien yang ada gangguan *air way, breathing, circulation, disability and exposure*. Termasuk klien-klien yang bernafas setelah *air way* dibebaskan, pernafasan > 30 kali per menit, *capillary refill* > 2 detik.
 - (4) Hitam: meninggal dunia
- 2) *Triage* bila jumlah klien sangat banyak

SAVE (secondary Assessment of Victim Endpoint).

Sistem ini dapat mentriase korban bencana yang sangat membantu bila dilakukan di lapangan dimana jumlah klien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit definitif (Depkes, 2007). Kategori *triage* dalam *SAVE* dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

- (1) Korban yang akan mati tanpa melihat jumlah perawatan yang diterimanya.
- (2) Korban yang akan selamat tanpa melihat langkah perawatan apa yang diberikan.
- (3) Korban yang akan sangat beruntung dari intervensi di lapangan yang sangat terbatas

2.2.3 Penerapan *Triage* Rumah Sakit

1. *Australia 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 di seluruh Australia dan Selandi Baru. ATS adalah skala untuk penilaian kegawatan klinis. Skala ini disebut *triage* kode dengan berbagai ukuran hasil (lama perawatan, masuk ICU, angka kematian) dan konsumsi sumber daya (waktu staf, biaya). Ini memberikan kesempatan bagi analisis dari sejumlah parameter kinerja di Instalasi Gawat Darurat (kasus, efisiensi operasional, review pemanfaatan, efektivitas hasil dan biaya).

2. *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-rumah sakit di Indonesia. *Emergency Severity Index (ESI)* memiliki 5 skala prioritas yaitu:

- 1) Prioritas 1 (label biru) merupakan klien-klien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/limb threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter pada prioritas 1 yaitu semua klien dengan gangguan pada ABCD. Contoh prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, status epileptikus dan koma hipoglikemik.
- 2) Prioritas 2 (label merah) merupakan klien-klien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah klien-klien dengan gangguan haemodinamik atau ABCD stabil dengan penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut dan luka sengatan listrik.
- 3) Prioritas 3 (label kuning) merupakan klien-klien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain,

sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologis dan EKG serta demam tifoid dengan komplikasi.

- 4) Prioritas 4 (label kuning) merupakan klien-klien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. Contoh prioritas 4 antara lain klien BPH yang memerlukan kateter urine, *vulnus laceratum* yang membutuhkan *hecting* sederhana.
- 5) Prioritas 5 (label putih) merupakan klien-klien yang tidak memerlukan sumber daya. Klien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada klien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain, *common cold*, *acne*, eksoriasi, dan lain-lain.

3. *Patient Acuity Category Scale (PACS)*

Sistem PACS berasal dari Singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerja sama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hospital*. (Hadi, 2014). PACS terdiri dari 4 skala prioritas yaitu:

- 1) PAC 1 merupakan kategori klien-klien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh *delay*, contohnya antara lain *major trauma*, STEMI dan *Cardiac arrest*.

- 2) PAC 2 merupakan kategori klien-klien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Klien 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 dan serangan asma.
 - 3) PAC 3 merupakan kategori klien-klien dengan sakit akut, moderate, mampu berjalan, dan tidak beresiko kolaps. Pertolongan secara efektif di IGD biasa cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien. Contohnya antara lain vulnus, demam dan cedera ringan-sedang
 - 4) PAC 4 merupakan kategori klien-klien *non-emergency*. Klien ini dirawat di poli. Klien tidak membutuhkan pengobatan segera dan tidak menderita penyakit yang beresiko mengancam jiwa. Contohnya antara lain *acne* dan dislipidemia.
4. *Worthing Physiology Score System (WPSS)*

WPSS merupakan suatu sistem *scoring prognostic* yang sederhana yang dapat mengidentifikasi penanda fisiologis tubuh pada tahap awal guna melakukan tindakan secepatnya yang disusun kedalam bentuk *Intervention Calling Score (ICS)*. Skor tersebut didapatkan dari pengukuran tanda vital yang mencakup

tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, temperatur, saturasi oksigen, dan tingkat kesadaran berdasar AVPU (*alert, verbal, pain, unresponsive*) (Duckitt, *et al.*, 2007). *Intervention Calling Score* (ICS) pada WPSS memiliki keterbatasan pada klien dengan trauma karena pada klien trauma mengalami kondisi darurat namun dalam keadaan akut biasanya masih memiliki kemampuan fisiologis yang masih baik.

The Worthing Physiological Scoring System (WPSS) melakukan penilaian tanda vital dengan sederhana dalam identifikasi klien, serta memberikan kategori *triage* yang obyektif. Selain itu WPSS memiliki beberapa keuntungan, yaitu:

- 1) Penilaian cepat dan akurat terhadap klien gawat.
- 2) Mengubah parameter klinis yang terukur kedalam suatu nilai skor.
- 3) Peralatan (tensimeter, termometer dan *pulse oxymetri*) yang dibutuhkan minimal, tidak menyakiti, serta mudah digunakan.
- 4) Penilaian yang dilakukan akan seragam antar staf.

2.3 Konsep *Response Time*

2.3.1 Pengertian *Response Time*

IGD sebagai gerbang utama penanganan kasus gawat darurat di rumah sakit memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan hidup klien. Wilde (2009) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*response time*). Menurut Kepmenkes Nomor 129 tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS), waktu tanggap pelayanan dokter di instalasi gawat darurat memiliki standar maksimal 5 menit di tiap kasus.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada klien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes RI, 2009).

Pranowo (2016) menyatakan bahwa waktu penatalaksanaan kegawatdaruratan medis dan *response time* berpengaruh terhadap mutu pelayanan di instalasi gawat darurat. Penyusunan standar tenaga keperawatan di rumah sakit diharapkan dapat digunakan untuk menetapkan kebutuhan tenaga keperawatan berdasarkan kualifikasi dan jenis pelayanan keperawatan di rumah sakit. Dalam penanganan gawat darurat ada filosofi "*Time Saving is Life Saving*" artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah

benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan bahwa klien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian (Sutawijaya, 2009).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2009 mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS), waktu tanggap pelayanan di IGD memiliki dimensi mutu keselamatan dan efektifitas. Kecepatan pelayanan di instalasi gawat darurat adalah kecepatan klien dilayani sejak klien datang sampai mendapat pelayanan (menit). *Response time* pelayanan keperawatan merupakan waktu tanggap perawat dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan gawat darurat kepada klien berdasarkan penilaian setelah dilakukan *triage* atau pengelompokan klien (Kemenkes, 2009 dalam Fadhillah, Harahap & Lestari, 2015, p.196).

Kesesuaian pelaksanaan *response time* telah dibahas oleh Kementerian Kesehatan (2010) yang menetapkan salah satu prinsip umumnya tentang penanganan klien gawat darurat yang harus ditangani dengan waktu yang disesuaikan dengan kondisi klien setelah dilakukan penilaian. Sehingga *Response time* juga dapat berarti *golden time* terhadap kehidupan klien yang menggambarkan semakin cepat klien mendapatkan pertolongan *definitif* maka kemungkinan kesembuhan dan keberlangsungan hidup klien akan semakin besar, sebaliknya kegagalan *response time* di IGD dapat diamati dari yang

berakibat fatal berupa kematian atau cacat permanen dengan kasus kegawatan organ vital pada klien (Rahmanto, 2014).

Tabel 2.2
Pengkategorian Response Time Berdasarkan Kategori ATS

ATS	ATS I	ATS II	ATS III	ATS IV 60 MENIT	ATS V 120 MENIT
<i>Response Time</i>	Segera membutuhkan penilaian dan perawatan	Penilaian dan perawatan dilakukan maksimal 10 menit	Penilaian dan perawatan dilakukan maksimal 30 menit	Penilaian dan perawatan dilakukan maksimal 60 menit	Penilaian dan perawatan dilakukan maksimal 120 menit
Deskripsi	<input type="checkbox"/> Obstruksi /Parsial Obstruksi	<input type="checkbox"/> Paten	<input type="checkbox"/> Paten	<input type="checkbox"/> Paten	<input type="checkbox"/> Paten
Keterangan Klinis	<input type="checkbox"/> <i>Distress</i> nafas berat <input type="checkbox"/> <i>Apnea</i> <input type="checkbox"/> Hipoventilasi	<input type="checkbox"/> <i>Distress</i> napas sedang	<input type="checkbox"/> <i>Distress</i> nafas ringan	<input type="checkbox"/> Tidak ada <i>distress</i> napas	<input type="checkbox"/> Tidak ada napas

Sumber : *Australian College of Emergency Medicine* (2010)

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Respon Time*

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada klien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga bisa menjamin pelayanan yang cepat dan tepat sesuai dengan kriteria *response time* yang ada. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, SDM dan manajemen IGD rumah sakit sesuai dengan standar (Kemenkes, 2009 dalam Haryatun, 2015)

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *response time* pelayanan keperawatan (Kemenkes, 2009 dalam Haryatun, 2015)

1. Karakteristik Perawat
 - 1) Jenis Kelamin
 - 2) Usia Perawat
 - 3) Tingkat Pendidikan
 - 4) Lama Kerja Perawat
 - 5) Pengalaman Menikuti Pelatihan Kegawatdaruratan
 - 6) Tingkat Pengetahuan
2. Jumlah Sumber Daya Manusia (SMD) perawat belum tercukupi di IGD.
3. Sarana dan prasana yang belum memadai.
4. Pelaksanaan *Triage* yang kurang tepat sesuai dengan kondisi klien.

2.4 Konsep Tingkat Pendidikan Perawat

2.4.1 Pengertian Pendidikan dalam Keperawatan

Menurut UU No. 20 Tahun 2003 Tentang Sisdiknas, pendidikan merupakan usaha yang dilakukan secara sadar dan terencana guna situasi belajar menjadi nyaman serta sesuai dengan proses pembelajaran agar peserta didik dapat aktif mengembangkan potensinya dalam hal spiritual, pengendalian diri, kecerdasan, kepribadian, akhlak mulia serta keterampilan yang berguna bagi dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional serta menjadi bagian integral pada pemberian pelayanan kesehatan dengan pelayanan komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual yang di tujukan pada masyarakat sakit ataupun sehat dengan pelayanan individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat (Undang-undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2014).

2.4.2 Peran Pendidikan Tinggi Keperawatan

1. Membina sikap pandangan dan kemampuan professional

Pendidikan tinggi keperawatan sangat berperan dalam membina sikap, pandangan dan kemampuan professional, lulusannya. Dengan harapan semua perawat dapat bersikap professional, berwawasan keperawatan luas, serta mempunyai pengetahuan ilmiah keperawatan yang cukup serta dapat menguasai keterampilan professional secara baik dan benar.

2. Meningkatkan mutu pelayanan atau asuhan keperawatan dan kesehatan

Pendidikan keperawatan menghasilkan perawat yang bersikap professional mencakup keterampilan intelektual, interpersonal dan tekhnikal, mampu mempertanggungjawabkan secara legal, keputusan dan tindakan yang dilakukan berdasarkan kode etik dan standar profesi, serta dapat menjadi contoh peran bagi perawat lain.

3. Menyelesaikan masalah keperawatan dan mengembangkan *Evidence Base Practice* keperawatan

Terjalannya kerjasama yang baik antar institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan dapat meningkatkan transformasi *Evidence Base Practice*, termasuk teridentifikasinya masalah kesehatan, terutama mengenai penelitian keperawatan dengan bertujuan menghasilkan jawaban terhadap pertanyaan, menghasilkan solusi masalah, baik melalui produk berupa teknologi atau metode baru maupun produk jasa serta menguji teori berdasarkan kondisi atau fakta baru.

4. Meningkatkan kehidupan organisasi profesi

Pendidikan tinggi keperawatan akan memfasilitasi perkembangan kehidupan organisasi keperawatan untuk lebih profesional. Dengan pendidikan profesional, perawat sebagai anggota dari suatu organisasi profesi akan lebih memahami dan menghayati peran, tanggung jawab, dan haknya sebagai anggota organisasi profesi yang memiliki sifat, pandangan, dan kemampuan profesional sangat memungkinkan organisasi keperawatan berperan sebagai pengendali mutu pelayanan asuhan keperawatan kepada masyarakat melalui pengaturan hak, tanggung jawab, dan kewenangan tiap perawat berdasarkan kompetensi yang dimiliki.

Organisasi profesi juga akan lebih berperan dalam pengembangan dan pembinaan keterampilan profesional dan menerapkan kode etik profesi bagi setiap anggotanya melalui pengadaan dan pengaturan sistem pendidikan berkelanjutan serta mengendalikan pemanfaatan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan.

2.4.3 Penataan Pendidikan Tinggi Keperawatan

Penataan pendidikan ini dimulai dengan penataan sistem pendidikan keperawatan menurut Undang-undang Keperawatan Nomor 23 tahun 2014 yaitu dimulai dari:

1. Program pendidikan D-III keperawatan (*Vocational Nurse*)

Program ini akan menghasilkan Ahli Madya Keperawatan (Perawat Vokasional) yang dikembangkan melalui landasan keilmuan dan keprofesian serta diharapkan memiliki kemampuan dan tingkah laku profesional serta akuntabilitas dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan dasar secara mandiri dibawah supervisi. Perawat Vokasional tersebut diharapkan dapat mempunyai kemampuan mengelolah peraktek keperawatan yang sesuai dangan kebutuhan klien.

2. Program pendidikan akademik

- 1) Sarjana Keperawatan

Sarjana Keperawatan merupakan jenjang pendidikan keperawatan yang bisa dilanjutkan dari jenjang pendidikan

DIII Keperawatan ataupun langsung dari jenjang pendidikan menengah atas. Sarjana keperawatan merupakan gelar akademik keperawatan yang hanya bisa digunakan untuk bidang keperawatan di akademik saja tidak bisa digunakan untuk di klinis.

2) Program Magister Keperawatan

Program ini menghasilkan perawat ilmunan (*Scintist*) dengan sikap tingkah laku dan kemampuan sebagai ilmunan keperawatan yang diharapkan mempunyai kemampuan: meningkatkan pelayanan profesi dengan jalan penelitian dan pengembangan, berpartisipasi dalam pengembangan bidang ilmunya, mengembangkan penampilanya dalam spectrum yang lebih luas dengan mengaitkan ilmu/profesi yang serupa serta merumuskan pendekatan penyelesaian berbagai masalah masyarakat dengan cara penalaran ilmiah.

3. Program Pendidikan Profesi Keperawatn

1) Profesi Ners

Program pendidikan Profesi Ners perawat profesional (*Ns = First Professional Degree*) dengan sikap, tingkah laku, dan kemampuan profesional, serta akuntabel untuk melaksanakan pemberian asuhan keperawatan dasar sampai asuhan dengan tingkat kerumitan tertentu secara mandiri. Mereka dituntut untuk memiliki kemampuan dalam meningkatkan mutu pelayanan dengan memanfaatkan Iptek

keperawatan yang maju secara tepat guna, serta kemampuan melaksanakan riset keperawatan dasar dan penerapan yang sederhana.

2) Ners Spesialis

Program pendidikan ini menghasilkan perawat ilmunan professional (Ns spesialis = second professional degree) dengan sikap, tingkah laku, dan keterampilan professional serta akuntabel untuk melaksanakan praktik keperawatan spesialistik ners spesialis merupakan ilmunan dalam bidang ilmu keperawatan klinik dengan kemampuan dan tanggung jawab sebagai ilmunan klinik.

2.4.4 Persyaratan Sistem Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis

Peningkatan ke jenjang karir profesional yang lebih tinggi, perawat klinis harus melalui pengembangan profesional berkelanjutan dan pengakuan terhadap kemampuan yang didasarkan kepada pengalaman kerja dan kinerja praktik keperawatan, serta memenuhi persyaratan tingkat pendidikan, pengalaman kerja klinis keperawatan sesuai area kekhususan serta persyaratan kompetensi yang telah ditentukan. Peningkatan jenjang karir profesional melalui pengembangan profesional berkelanjutan yang berdasarkan pendidikan dapat dilakukan melalui dua (2) cara yaitu pendidikan formal dan pendidikan berkelanjutan berbasis kompetensi (sertifikasi) antara lain :

1. Pendidikan Formal

1) Perawat Klinis I

Perawat Klinis I (*Novice*) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 3 - 6 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 2 -4 tahun. Perawat Klinis I harus mempunyai sertifikat pra klinis.

2) Perawat Klinis II

Perawat klinis II (*Advance Beginner*) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 6 - 9 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun. Perawat Klinis II harus mempunyai sertifikat PK I.

3) Perawat Klinis III

Perawat klinis III (*Competent*) memiliki latar belakang pendidikan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 10 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 9 - 12 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 6 - 9 tahun atau Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja 0 tahun dan menjalani masa klinis - 33- level III selama selama 2 - 4 tahun. Perawat klinis III

lulusan D-III Keperawatan dan Ners harus mempunyai sertifikat PK II.

4) Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV (*Proficient*) memiliki latar belakang pendidikan Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun dan menjalani masa klinis level IV selama 9 – 12 tahun atau Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja ≥ 2 tahun dan dan menjalani masa klinis level IV selama 6 – 9 tahun. Perawat Klinis IV harus mempunyai sertifikat PK III.

5) Perawat Klinis V

Perawat klinis V (*Expert*) memiliki latar belakang pendidikan Ners Spesialis I dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan mempunyai sertifikat PK IV atau Ners Spesialis II (Konsultan) dengan pengalaman kerja 0 tahun. Perawat klinis V menjalani masa klinis level 5 sampai memasuki usia pensiun.

2. Pendidikan Berkelanjutan Berbasis Kompetensi (Sertifikasi)

1) Perawat Klinis I

Perawat Klinis I (*Novice*) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 3 - 6 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan menjalani masa klinis level I selama 2 -4 tahun. Perawat klinis harus mempunyai sertifikat pra klinis.

2) Perawat Klinis II

Perawat klinis II (*Advance Beginner*) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 6 - 9 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun. Perawat klinis II harus mempunyai sertifikat PK I.

3) Perawat Klinis III

Perawat klinis III (*Competent*) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 10 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 9 - 12 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan menjalani masa -34- klinis level III selama 6 - 9 tahun. Perawat klinis III harus mempunyai sertifikat PK II dan sertifikasi teknikal.

4) Perawat Klinis IV

Perawat klinis IV (*Proficient*) memiliki latar belakang D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 19 tahun dan menjalani masa klinis level IV sampai memasuki masa pensiun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun dan dan menjalani masa klinis level IV selama 9 – 12 tahun. Perawat klinis IV harus mempunyai sertifikat PK III serta sertifikasi teknikal II.

5) Perawat Klinis V

Perawat klinis V (*Expert*) memiliki latar belakang Ners dengan pengalaman kerja ≥ 22 tahun dan menjalani masa klinis level V sampai memasuki usia pensiun. Perawat klinis V harus mempunyai sertifikat PK IV serta sertifikasi teknikal II.

2.4.5 Standar Level Karir dan Kompetensi Perawat di Rumah Sakit

Kompetensi perawat klinis di Rumah Sakit dideskripsikan sesuai level jenjang karir perawat klinis (PK I – PK V). Kompetensi sesuai level pada perawat klinis yaitu :

1. Perawat Klinis I

Perawat klinis I adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan dasar dengan penekanan pada keterampilan teknis keperawatan dibawah bimbingan. Kompetensi perawat klinis I yaitu:

- 1) Melakukan asuhan keperawatan (pengkajian, menetapkan diagnosis keperawatan, menetapkan intervensi dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi) dengan lingkup keterampilan tehnik dasar.
- 2) Menerapkan prinsip etik, legal, dan peka budaya dalam asuhan keperawatan.
- 3) Melakukan komunikasi terapeutik di dalam asuhan keperawatan.

- 4) Menerapkan caring dalam keperawatan.
- 5) Menerapkan prinsip keselamatan klien.
- 6) Menerapkan prinsip Pengendalian dan Pencegahan Infeksi.
- 7) Melakukan kerjasama tim dalam asuhan keperawatan.
- 8) Menerapkan prinsip mutu dalam tindakan keperawatan.
- 9) Melakukan proses edukasi kesehatan pada klien terkait dengan kebutuhan dasar.
- 10) Mengumpulkan data kuantitatif untuk kegiatan pembuatan laporan kasus klien.
- 11) Mengumpulkan data riset sebagai anggota tim penelitian.
- 12) Menunjukkan sikap memperlakukan klien tanpa membedakan suku, agama, ras dan antar golongan.
- 13) Menunjukkan sikap pengharapan dan keyakinan terhadap pasien.
- 14) Menunjukkan hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 15) Menunjukkan sikap asertif.
- 16) Menunjukkan sikap empati.
- 17) Menunjukkan sikap etik.
- 18) Menunjukkan kepatuhan terhadap penerapan standar dan pedoman keperawatan.
- 19) Menunjukkan tanggung jawab terhadap penerapan asuhan keperawatan sesuai kewenangannya.

- 20) Menunjukkan sikap kerja yang efektif dan efisien dalam pengelolaan klien.
- 21) Menunjukkan sikap saling percaya dan menghargai antara anggota tim dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

2. Perawat Klinis II

Perawat klinis II adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan holistik pada klien secara mandiri dan mengelola klien/sekelompok klien secara tim serta memperoleh bimbingan untuk penanganan masalah lanjut/kompleks. Kompetensi perawat klinis II yaitu:

- 1) Melakukan asuhan keperawatan dengan tahapan dan pendekatan proses keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan partial dan total care.
- 2) Menerapkan prinsip kepemimpinan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- 3) Menerapkan konsep pengelolaan asuhan keperawatan pada sekelompok klien.
- 4) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien untuk menentukan intervensi keperawatan.
- 5) Menetapkan jenis intervensi keperawatan sesuai tingkat ketergantungan klien.
- 6) Menerapkan prinsip etik, legal, dan peka budaya dalam pemberian asuhan keperawatan.

- 7) Menggunakan komunikasi terapeutik yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien.
- 8) Menerapkan caring yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien.
- 9) Melakukan kajian insiden keselamatan klien dan manajemen risiko klinis.
- 10) Melakukan kajian terhadap kejadian dan risiko infeksi pada klien.
- 11) Melakukan kerjasama antar tim.
- 12) Menerapkan pengendalian mutu dengan satu metoda tertentu sesuai kebijakan rumah sakit setempat.
- 13) Mengimplementasikan pengendalian mutu asuhan keperawatan.
- 14) Merumuskan kebutuhan belajar klien dan keluarga secara holistik sesuai dengan masalah kesehatan klien.
- 15) Menyusun rancangan pembelajaran sesuai dengan kebutuhan belajar klien dan keluarga.
- 16) Melakukan proses edukasi kesehatan pada klien dan keluarga.
- 17) Mengevaluasi ketercapaian edukasi kesehatan dan rencana tindak lanjut.
- 18) Melaksanakan preceptorsip pada tenaga perawat di bawah bimbingannya dan praktikan.
- 19) Melakukan diskusi refleksi kasus untuk meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan.

- 20) Menggunakan hasil penelitian dalam pemberian asuhan keperawatan.
- 21) Membantu pelaksanaan riset keperawatan deskriptif.
- 22) Melakukan survey keperawatan.
- 23) Menunjukkan sikap memperlakukan klien tanpa membedakan suku, agama, ras dan antar golongan.
- 24) Menunjukkan sikap pengharapan dan keyakinan terhadap pasien.
- 25) Menunjukkan hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. 26) Menunjukkan sikap asertif.
- 26) Menunjukkan sikap empati.
- 27) Menunjukkan sikap etik.
- 28) Menunjukkan kepatuhan terhadap penerapan standar dan pedoman keperawatan.
- 29) Menunjukkan tanggung jawab terhadap penerapan asuhan keperawatan sesuai kewenangannya.
- 30) Menunjukkan sikap kerja yang efektif dan efisien dalam pengelolaan klien.
- 31) Menunjukkan sikap saling percaya dan menghargai antara anggota tim dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

3. Perawat Klinis III

Perawat Klinis III adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan komprehensif pada area spesifik dan mengembangkan pelayanan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah dan melaksanakan pembelajaran klinis.

Kompetensi perawat klinis III yaitu:

- 1) Melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan partial dan total dengan masalah kompleks di area keperawatan spesifik.
- 2) Menerapkan filosofi dasar keperawatan pada area keperawatan spesifik.
- 3) Menerapkan penyelesaian dan pengambilan keputusan masalah etik, legal dalam asuhan keperawatan di unit keperawatan.
- 4) Menetapkan jenis intervensi keperawatan sesuai tingkat ketergantungan klien pada lingkup area spesifik.
- 5) Menerapkan prinsip kepemimpinan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- 6) Menerapkan konsep pengelolaan asuhan keperawatan pada unit ruang rawat.
- 7) Menggunakan metode penugasan yang sesuai dalam pengelolaan asuhan keperawatan di unit ruang rawat.
- 8) Menetapkan masalah mutu asuhan keperawatan berdasarkan kajian standar dan kebijakan mutu.

- 9) Melaksanakan analisis akar masalah (RCA) dan membuat grading risiko terhadap masalah klinis.
- 10) Mengidentifikasi kebutuhan belajar klien dan keluarga secara holistik sesuai dengan masalah kesehatan klien di area spesifik.
- 11) Mengidentifikasi dan memilih sumber-sumber yang tersedia untuk edukasi kesehatan pada area spesifik.
- 12) Melakukan tahapan penyelesaian masalah etik, legal dalam asuhan keperawatan.
- 13) Menggunakan komunikasi terapeutik yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien dan keluarga pada area spesifik.
- 14) Menerapkan caring yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien di area spesifik.
- 15) Menerapkan prinsip kerjasama interdisiplin.
- 16) Melaksanakan pengendalian mutu asuhan keperawatan di unit.
- 17) Menyusun rancangan pembelajaran sesuai dengan kebutuhan belajar klien dan keluarga pada area spesifik.
- 18) Melakukan proses edukasi kesehatan pada klien dan keluarga pada area spesifik.
- 19) Mengevaluasi ketercapaian edukasi kesehatan pada area spesifik dan rencana tindak lanjut.
- 20) Melaksanakan preceptorship dan mentorship pada area spesifik.

- 21) Menginterpretasi hasil penelitian dalam pemberian asuhan keperawatan pada area spesifik.
- 22) Menggunakan hasil penelitian dalam pemberian asuhan keperawatan pada area spesifik.
- 23) Melakukan riset keperawatan deskriptif analitik dan inferensial.
- 24) Menunjukkan sikap memperlakukan klien tanpa membedakan suku, agama, ras dan antar golongan.
- 25) Menunjukkan sikap pengharapan dan keyakinan terhadap pasien.
- 26) Menunjukkan hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 27) Menunjukkan sikap asertif.
- 28) Menunjukkan sikap etik.
- 29) Menunjukkan sikap empati.
- 30) Menunjukkan kepatuhan terhadap penerapan standar dan pedoman keperawatan.
- 31) Menunjukkan tanggung jawab terhadap penerapan asuhan keperawatan sesuai kewenangannya.
- 32) Menunjukkan sikap kerja yang efektif dan efisien dalam pengelolaan klien.
- 33) Menunjukkan sikap saling percaya dan menghargai antara anggota tim dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

4. Perawat Kinis IV

Perawat klinis IV adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan melakukan asuhan keperawatan pada masalah klien yang kompleks di area spesialistik dengan pendekatan tata kelola klinis secara interdisiplin, multidisiplin, melakukan riset untuk mengembangkan praktek keperawatan serta mengembangkan pembelajaran klinis. Kompetensi perawat klinis IV yaitu:

- 1) Melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan tingkat ketergantungan total dengan masalah kompleks di area spesialistik.
- 2) Menetapkan jenis intervensi keperawatan pada lingkup masalah klien yang kompleks di area spesialistik.
- 3) Menerapkan tata kelola klinis dalam pelayanan keperawatan.
- 4) Melakukan evaluasi efektifitas metode penugasan yang sesuai dalam pengelolaan asuhan keperawatan di unit.
- 5) Merumuskan indikator keberhasilan intervensi keperawatan.
- 6) Menetapkan pengelolaan asuhan klien dengan masalah kompleks pada area spesialistik.
- 7) Menetapkan upaya perbaikan mutu.
- 8) Melakukan tahapan penyelesaian masalah etik, legal dalam asuhan keperawatan dalam berbagai lingkup pelayanan keperawatan.

- 9) Menggunakan komunikasi terapeutik yang sesuai dengan karakteristik klien dengan masalah kompleks di area spesialistik.
- 10) Menerapkan prinsip caring yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien dengan kasus spesialistik.
- 11) Melaksanakan risiko klinis menggunakan pendekatan Healthcare Failure Mode & Effect Analysis atau Analisis Efek & Mode Kegagalan di Pelayanan Kesehatan(HFMEA).
- 12) Menerapkan prinsip kerjasama secara interdisiplin/interprofesional.
- 13) Melakukan upaya perbaikan mutu asuhan keperawatan dengan memberdayakan sumber terkait.
- 14) Melakukan pengendalian mutu asuhan keperawatan di beberapa unit.
- 15) Menyusun rancangan pembelajaran sesuai dengan kebutuhan belajar klien dan keluarga pada area spesialistik.
- 16) Melakukan proses edukasi kesehatan pada klien dan keluarga pada area spesialistik.
- 17) Mengevaluasi ketercapaian edukasi kesehatan pada area spesialistik dan rencana tindak lanjut.
- 18) Melaksanakan preceptorship dan mentorship pada area spesialistik.
- 19) Menganalisis hasil penelitian dalam pemberian asuhan keperawatan pada area spesialistik.

- 20) Menggunakan hasil penelitian dalam pemberian asuhan keperawatan pada area spesialistik.
- 21) Menunjukkan sikap memperlakukan klien tanpa membedakan suku, agama, ras dan antar golongan.
- 22) Menunjukkan sikap pengharapan dan keyakinan terhadap pasien.
- 23) Menunjukkan hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 24) Menunjukkan sikap asertif.
- 25) Menunjukkan sikap empati.
- 26) Menunjukkan sikap etik.
- 27) Menunjukkan kepatuhan terhadap penerapan standar dan pedoman keperawatan.
- 28) Menunjukkan tanggung jawab terhadap penerapan asuhan keperawatan sesuai kewenangannya.
- 29) Menunjukkan sikap kerja yang efektif dan efisien dalam pengelolaan klien.
- 30) Menunjukkan sikap saling percaya dan menghargai antara anggota tim dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

5. Perawat Klinis V

Perawat klinis V adalah jenjang perawat klinis dengan kemampuan memberikan konsultasi klinis keperawatan pada area spesialistik, melakukan tata kelola klinis secara transdisiplin, melakukan riset klinis untuk pengembangan praktik, profesi dan kependidikan keperawatan. Kompetensi perawat klinis V yaitu:

- 1) Menerapkan prinsip caring yang sesuai dengan karakteristik dan masalah klien yang kompleks di area spesialistik.
- 2) Merumuskan strategi penanganan akar masalah dan risiko klinis secara lintas disiplin.
- 3) Menganalisis potensi risiko klinis dari intervensi keperawatan.
- 4) Menerapkan prinsip dan model kerjasama secara interdisiplin/interprofesional dalam pelayanan kesehatan, transdisiplin.
- 5) Menerapkan tata kelola klinis dalam pelayanan kesehatan.
- 6) Mengembangkan metode penugasan berdasarkan bukti ilmiah.
- 7) Merumuskan indikator kinerja kunci pengelolaan asuhan klien dengan masalah kompleks pada area spesialistik sebagai acuan penilaian.
- 8) Mengembangkan metoda perbaikan mutu asuhan keperawatan berdasarkan bukti ilmiah.
- 9) Menggunakan filosofi dasar keperawatan sebagai dasar keputusan dalam pemberian asuhan keperawatan spesialistik.

- 10) Menyediakan pertimbangan klinis sebagai konsultan dalam asuhan keperawatan klien -20- dengan masalah klien yang kompleks di area spesialistik.
- 11) Melakukan pembinaan tata laku dan pertimbangan etik profesi, legal dalam lingkup pelayanan keperawatan.
- 12) Menggunakan komunikasi terapeutik yang sesuai dengan karakteristik, masalah klien yang kompleks di area spesialistik sebagai konsultan.
- 13) Menyusun strategi penanganan akar masalah dan risiko klinis secara lintas disiplin.
- 14) Menggunakan model kerjasama secara interdisiplin/interprofesional dalam pelayanan kesehatan, transdisiplin.
- 15) Melakukan pemberian konsultasi klinis dalam asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kompleks pada area spesialistik.
- 16) Mengembangkan berbagai alternatif intervensi keperawatan berdasarkan bukti ilmiah.
- 17) Mengembangkan sistem dalam menjaga mutu asuhan keperawatan secara keberlanjutan.
- 18) Melaksanakan konsultasi dan edukasi kesehatan baik bagi peserta didik, sejawat, klien, maupun mitra profesi sesuai kebutuhan.

- 19) Menyediakan advokasi sebagai konsultan dalam pelaksanaan preceptorship dan mentorship.
- 20) Mengevaluasi hasil penelitian untuk merumuskan intervensi keperawatan.
- 21) Melakukan riset keperawatan semi eksperimental dan eksperimental.
- 22) Menunjukkan sikap memperlakukan klien tanpa membedakan suku, agama, ras dan antar golongan.
- 23) Menunjukkan sikap pengharapan dan keyakinan terhadap pasien.
- 24) Menunjukkan hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 25) Menunjukkan sikap asertif.
- 26) Menunjukkan sikap empati.
- 27) Menunjukkan sikap etik.
- 28) Menunjukkan kepatuhan terhadap penerapan standar dan pedoman keperawatan.
- 29) Menunjukkan tanggung jawab terhadap penerapan asuhan keperawatan sesuai kewenangannya.
- 30) Menunjukkan sikap kerja yang efektif dan efisien dalam pengelolaan klien.
- 31) Menunjukkan sikap saling percaya dan menghargai antara anggota tim dalam pengelolaan asuhan keperawatan.

2.5 Konsep Lama Kerja Perawat

2.5.1 Pengertian Lama Kerja

Masa kerja ada karena adanya hubungan kerja, oleh karenanya perhitungan masa kerja dihitung sejak terjadinya hubungan kerja antara pekerja dan pengusaha atau sejak pekerja pertama kali mulai bekerja di perusahaan tertentu dengan berdasarkan pada perjanjian kerja (Pasal 50 UU Ketenagakerjaan Nomor 13 tahun 2003)

Masa kerja pekerja dihitung dari tanggal masuknya pekerja sesuai jenis status dalam perjanjian kerja. Ada 2 (dua) status pekerja yaitu PKWT (perjanjian kerja untuk waktu tertentu) / tenaga kerja kontrak dan PKWTT (perjanjian kerja untuk waktu tidak tertentu) / tenaga kerja tetap. Pekerja dengan status PKWT masa kerjanya sesuai periode waktu perjanjian yang sudah disepakati antara perusahaan dan pekerja, tidak berlaku lagi tanggal masuk dari pekerja tersebut sesuai surat kontrak sebelumnya. Setelah itu akan diberlakukan masa kerja baru dengan surat kontrak yang baru.

Status PKWTT ada yang namanya probation (percobaan 3 atau 6 bulan) dengan status surat perjanjiannya adalah kontrak sampai 3 bulan, kemudian perusahaan akan mengangkat pekerja tersebut sebagai pekerja tetap apabila lulus evaluasi kinerja selama probation 3 bulan yang sudah dijalani dan diangkat menjadi pekerja tetap (UU RI tentang Tenaga Kerja nomor 13 tahun 2003).

Lama kerja atau masa kerja adalah waktu untuk melakukan suatu kegiatan atau lama waktu seseorang sudah bekerja dengan (Tim penyusun KBBI, 2010). Masa kerja atau lama kerja merupakan kurun waktu atau seberapa lama perawat bekerja di suatu tempat sesuai dengan rentang waktu yang telah ditempuh oleh seseorang perawat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya (Mangkunegoro, 2013).

Lama kerja merupakan penghitungan waktu yang telah tempuh seseorang sejak menekuni pekerjaannya. Masa kerja dapat menggambarkan pengalamannya dalam menguasai bidang tugasnya. Pada umumnya, petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalamannya sedikit. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi maka akan semakin berpengalaman orang tersebut sehingga kecakapan kerjanya semakin baik. (Ranupendoyo dan Saud, 2005)

2.5.2 Klasifikasi Lama Kerja Perawat

Menurut Mangkunegoro (2013), lama kerja atau masa kerja dapat dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu:

1. Masa kerja kategori baru yaitu ≤ 5 tahun
2. Masa kerja kategori lama lama > 5 tahun

2.6 Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan *Response Time* Pelayanan Keperawatan

Departemen kesehatan mendefinisikan perawat adalah seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dimana pelayanan tersebut berbentuk pelayanan biopsiko sosial dan spiritual yang ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat. Proses keperawatan merupakan metode suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Proses keperawatan ini juga merupakan pendekatan *problem solving* yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal serta ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. (Nursalam, 2013)

Pengaturan tindakan medis secara umum dalam UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan dapat dilihat dalam Pasal 63 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan berdasarkan ketentuan dalam ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan, hanya boleh dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah memiliki keahlian dan kewenangan dibidang kesehatan. Dalam pelayanan kegawatdarutan, Depkes RI (2006), menyebutkan perawat gawat darurat mempunyai peran dan fungsi seperti fungsi independen yang merupakan fungsi mandiri yang berkaitan dengan pemberian asuhan (*care*), fungsi dependen merupakan fungsi delegasi baik sepenuhnya maupun sebagian yang diberikan dari profesi lain. Sedangkan fungsi kolaboratif yaitu melakukan kerjasama saling membantu dalam program kesehatan (perawat sebagai anggota tim kesehatan). Perawat dalam melakukan tindakan keperawatan memerlukan kecepatan, keteepatan serta kecakapan dalam menentukan sesuatu permasalahan yang ada di IGD dan tindakan atau pelayanan keperawatan yang

diberikan dapat dinilai dari *response time* yang dilakukan oleh perawat saat menangani masalah klien sehingga pelaksanaan *response time* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah tingkat pendidikan dan lama kerja perawat. Tingkat pendidikan perawat klinis di IGD terdiri dari DIII keperawatan, profesi ners dan ners spesialis (Undang-undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2018). Sedangkan masa kerja atau lama kerja dibedakan menjadi dua kategori yaitu masa kerja baru ≤ 5 tahun dan masa kerja lama > 5 tahun (Mangkunegoro, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi *response time* pelayanan keperawatan juga disampaikan menurut penelitian yang dilakukan oleh Vitrise Maatilu (2014) dengan judul penelitian “Hubungan karakteristik perawat dengan *response time* di IGD RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado” yaitu terdiri dari tingkat pendidikan perawat, lama kerja perawat, tingkat pengetahuan perawat dan pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 14 Juni sampai 10 Juni 2014.

Tingkat pendidikan yang dimiliki perawat antara satu dengan yang lainnya akan berbeda baik dalam segi keilmuan (*knowledge*) maupun dalam praktek karena semakin tinggi pendidikan perawat maka mata ajar keperawatannya pun akan semakin detail dan komprehensif. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mahyawati (2015) tentang “Hubungan tingkat pendidikan perawat dengan Waktu Tanggap Perawat di IGD PS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”, dengan hasil penelitian koefisien hubungannya yaitu 0.027 yang berarti terdapat koefisien hubungan antara tingkat pendidikan dengan waktu tanggap perawat.

Response time juga dipengaruhi oleh lama kerja atau masa kerja perawat, dimana perawat yang masa kerjanya baru akan berbeda dengan perawat yang masa kerjanya sudah lama atau bisa dikatakan senior. Masa kerja dapat dihitung berdasarkan teori Handoko (2010) dimana teori tersebut membahas bahwa masa kerja atau lama kerja perawat dihitung sejak perawat tersebut ditempatkan di tempat tertentu untuk bekerja sampai hari dimana perawat tersebut dikaji.

Pernyataan tersebut sesuai juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Kambuaya (2016) tentang “Hubungan Masa Kerja Perawat dengan Pelaksanaan *Triage* di IGD RSUD Kabupaten Sorong”, yang menyatakan bahwa masa kerja perawat sebanyak 76 % yaitu lebih dari tiga tahun dan pelaksanaan *triage* nya baik. Dengan kekuatan hubungan antara masa kerja dengan pelaksanaan *triage* yaitu nilai $p = 0.023$.

Rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang paripurna, cepat dan tepat. Penerapan *response time* pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat darurat dapat mempengaruhi kepercayaan keluarga klien terhadap rumah sakit. Dalam penelitian Mario Alan Rembet (2015) dengan judul penelitian yaitu “Hubungan *Response time* Perawat Dengan Tingkat Kepercayaan Keluarga Klien Pada *Triase Kuning (Urgent)* Di Instalasi Gawat Darurat RSUD GMIM Kalooran Amurang”. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa dari 69 responden, ada 36 responden (52.2%) yang mendapatkan *response time* cepat ≤ 5 menit dari perawat dan 33 responden (47.8%) yang mendapatkan *response time* yang lambat > 5 menit dari perawat

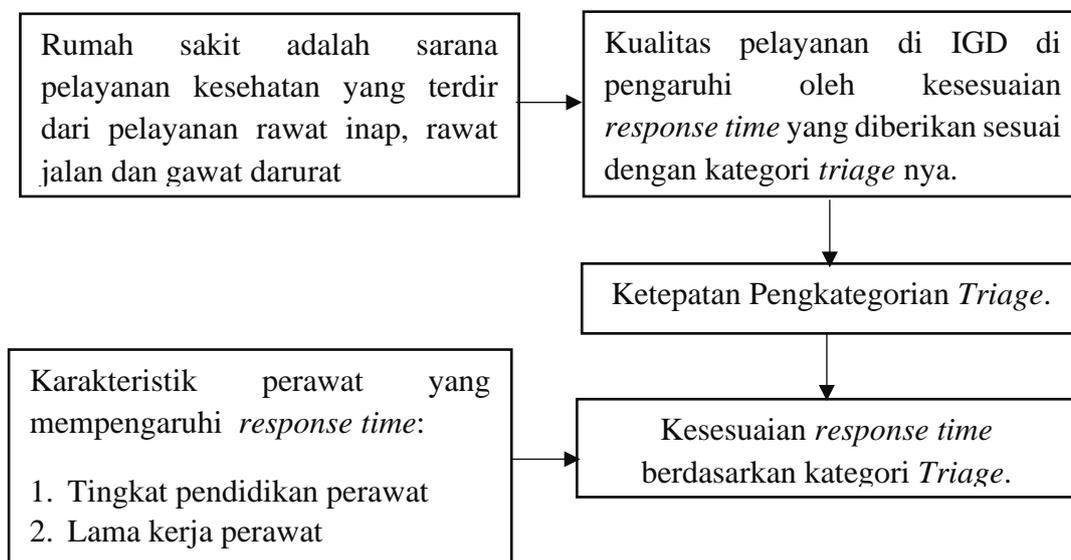
dan terdapat hubungan antara *response time* perawat dengan kepercayaan keluarga klienterhadap rumah sakit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Indra Gunawan (2017) dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat dengan *Response time* pada Klien Kecelakaan Lalu Lintas di Ruang UGD RSI Siti Khadijah dan RS Muhammadiyah Palembang”. Hasil penelitian ini didapatkan didapatkan ada hubungan pengetahuan dengan *Response time* di Ruang UGD RSI. Siti Khadijah dan RS. Muhammadiyah Palembang tahun 2017 (P value = 0,017).

2.7 Kerangka Teori

Bagan 2.1

Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan *Respon Time* Pelayanan Keperawatan Berdasarkan Kategori ATS II di Instalasi Gawat Darurat RSUD Majalaya Tahun 2019



Sumber : (Kemenkes, 2010), (Australian College for Emergency Medicine, 2014), (Undang-undang Keperawatan Nomor 38, 2014) dan (Mangkunegoro, 2013)