

**FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN
PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD
UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**NASRIJAL
NIM : 22010078**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MEDIKA NURUL ISLAM
2026**

LEMBAR ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **NASRIJAL** Nim : **22010078**

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya buat adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk dalam penelitian skripsi ini saya nyatakan dengan benar telah sesuai dengan kaidah-kaidah Penelitian ilmiah.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya-benarnya dan dipertanggung jawabkan.

Sigli, Januari 2026

Yang membuat pernyataan



(Nasrijal)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Skripsi Ini Dengan Judul :

**FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN
PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD
UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI**

Oleh:

**NASRIJAL
NIM. 22010078**

Telah Disetujui Untuk Dipertahankan Di hadapan Tim Penguji Skripsi Program
Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam

Sigli, 6 Januari 2026
Pembimbing,



Azwir, S.Kep, MARS

Mengetahui,
Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan
STIKes Medika Nurul Islam



Ns. Tuti Sahara, M.Kep
NIDN. 1303088901

LEMBARAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul :

**FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN
PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD
UPTD RSUD TGK CHIK DI TIRO SIGLI**

Oleh:

NASRIJAL

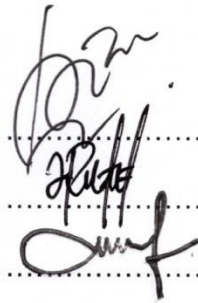
NIM: 22010078

Telah Dipertahankan Di hadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu
Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam

Sigli 09 januari 2026


Mengesahkan

Penguji I	: Ns.Dian Devita., S.Tr.Kep, M.Tr.Kep	1.
Penguji II	: Ns. Putri Zahara, S.Kep, M.K.M	2.
Pembimbing/ Penguji III	: Azwir., S.Kep, MARS	3.



Mengetahui,

Ketua,
STIKes Medika Nurul Islam



Ns.RISNA, S.Kep.M.Kep
NUPTK. 9057764665230230

Ketua,
Jurusan Ilmu Keperawatan STIKes
Medika Nurul Islam



Ns.LISNAWATI RAHAYU, S.Kep.M.Kep
NUPTK. 9959769670130292

LEMBAR MOTTO /PERSEMBAHAN

Menuntut ilmu bukan sekadar memenuhi kewajiban akademik, melainkan proses membentuk pola pikir, sikap, dan tanggung jawab. Skripsi ini adalah bukti bahwa setiap usaha yang dijalani dengan tekun akan menghasilkan pemahaman yang bermakna dan bernilai.

"Dalam setiap tahapan penelitian, kesabaran dan kejujuran menjadi pondasi utama. Hambatan bukan alasan untuk berhenti, tetapi bagian dari proses pendewasaan. Karya ini lahir dari keterbatasan yang dihadapi dengan keteguhan, serta keinginan untuk memberikan kontribusi meski sederhana.

"Akhirnya, segala ikhtiar disandarkan kepada Allah SWT. Dengan niat yang lurus dan usaha yang sungguh-sungguh, semoga ilmu yang diperoleh tidak hanya selesai di lembar skripsi, tetapi bermanfaat bagi diri sendiri, masyarakat, dan profesi.

Nasrijal

SEKOLAH TINGGI ILMU KSEHATAN

MEDIKA NURUL ISLAM

JURUSAN ILMU KEPERAWATAN

SKRIPSI

Januari 2026

Xiii + VI BAB + 73 + 9 Tabel + 2 Skema + 10 Lampiran

Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Perawat Tentang Ketepatan Penanganan Pasien Di Igd Uptd Rsud Tgk Chik Ditiro Sigli

ABSTRAK

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan yang membutuhkan perawat dengan pengetahuan yang baik dalam menangani pasien secara cepat dan tepat. Namun, tingginya beban kerja dan keberagaman karakteristik perawat di IGD berpotensi menimbulkan perbedaan tingkat pengetahuan yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan. Pengetahuan perawat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik individu maupun profesional. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Penelitian ini menggunakan desain analitik dengan pendekatan **cross sectional**. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di IGD, dengan jumlah sampel sebanyak **37 responden** yang diambil menggunakan **total sampling**. Variabel independen meliputi usia, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan, sedangkan variabel dependen adalah pengetahuan perawat. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner, penelitian dilakukan pada tanggal **21 Agustus 2025 sampai dengan 01 september 2025** dan analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji **Chi-Square** dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki tingkat pengetahuan yang baik. Hasil uji Chi-Square menunjukkan bahwa usia ($p = 0,546$), tingkat pendidikan ($p = 0,637$), lama kerja ($p = 0,413$), dan pelatihan ($p = 0,866$) tidak memiliki hubungan yang signifikan antara usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan dengan pengetahuan perawat. Kesimpulan penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan dengan pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat. Disarankan agar pihak rumah sakit tetap mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan perawat melalui program pengembangan kompetensi secara berkelanjutan.

Kata kunci :usia, pendidikan, lama kerja, pelatihan, pengetahuan perawat, IGD.
Daftar Pustaka : 11 buku, 9 jurnal ilmiah (2020-2025)

SEKOLAH TINGGI ILMU KSEHATAN

MEDIKA NURUL ISLAM

JURUSAN ILMU KEPERAWATAN

SKRIPSI

Januari 2026

Xiii + VI BAB + 73 + 9 Tabel + 2 Skema + 10 Lampiran

**Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Perawat Tentang
Ketepatan Penanganan Pasien Di Igd Uptd Rsud Tgk Chik Ditiro Sigli**

ABSTRACT

Emergency Department (ED) is a service unit that requires nurses to have adequate knowledge in providing rapid and accurate patient care. However, the high workload and diversity of nurses' characteristics in the ED may lead to variations in knowledge levels that can affect service quality. Nurses' knowledge is influenced by various factors, both individual and professional. This study aimed to determine the factors associated with nurses' knowledge in the Emergency Department of RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. This study employed an analytic design with a **cross-sectional** approach. The population consisted of all nurses working in the Emergency Department, with a total sample of **37 respondents** selected using a **total sampling** technique. The independent variables included age, educational level, length of work experience, and training, while the dependent variable was nurses' knowledge. Data were collected using a questionnaire. The study was conducted from **August 21 to September 1, 2025**. Data analysis was performed using univariate and bivariate analyses with the **Chi-square test** at a significance level of $\alpha = 0.05$. The results showed that the majority of nurses had a good level of knowledge. The Chi-square test indicated that age ($p = 0.546$), educational level ($p = 0.637$), length of work experience ($p = 0.413$), and training ($p = 0.866$) had no significant association with nurses' knowledge. In conclusion, there was no significant relationship between age, educational level, length of work experience, and training with nurses' knowledge in the Emergency Department. It is recommended that the hospital continue to maintain and improve nurses' knowledge through sustainable competency development programs.

Keywords: age, education, length of work experience, training, nurses' knowledge, Emergency Department.

References: 11 books, 9 scientific journals (2020–2025).

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb.

Alhamdulillah, puji syukur peneliti haturkan kepada Allah Swt. yang telah melimpahkan rahmat, petunjuk, dan keberkahan-Nya sehingga Penelitian skripsi ini dapat terselesaikan. yang berjudul “Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli“, ini merupakan bagian dari perjalanan akademik dalam menyelesaikan tugas akhir pada program studi Ilmu Keperawatan. Penelitian ini tidak terlepas dari lika-liku dan tantangan yang peneliti hadapi. Namun, berkat dukungan dan doa dari berbagai pihak, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

Oleh karena itu, Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungannya baik moril maupun materil, terutama kepada :

1. Ibu Ns.Risna,S.Kep,M.Kep selaku ketua STIKes Medika Nurul Islam Sigli.
2. Ibu Ns.Lisnawati Rahayu,S.kep,M.Kep, selaku Ketua Jurusan Keperawatan S-1 Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Sigli.
3. Bapak Azwir, S.Kep, MARS sebagai pembimbing yang telah memberikan banyak masukan dan saran selama proses bimbingan Skripsi ini.
4. Penguji I Ibu Ns.Dian Devita,S.Tr.Kep,M.Tr.Kep dan Ibu Ns.Putri Zahara, S.Kep,M.K.M selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan petunjuk dalam menyusun skripsi ini.

5. Direktur RSUD Tgk Chik Ditiro beserta jajaran yang telah membantu terlaksananya Penelitian ini.
6. Para Dosen dan staf Jurusan Ilmu Keperawatan yang telah membantu dan memberikan bimbingan serta ilmu pengetahuan kepada Peneliti selama mengikuti pendidikan pada Jurusan Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Sigli.
7. Kepada kedua orang tua dan keluarga besar yang telah memberikan doa dan semangat sehingga selesainya Penelitian Skripsi ini.
8. Rekan-rekan terbaikku yang telah berjuang bersama dalam suka dan duka serta saling memberi dukungan selama 4 tahun masa kuliah.
9. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i Jurusan Ilmu Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam Sigli yang tidak dapat Peneliti sebutkan satu persatu yang selalu memberikan semangat dan saling mendukung.

Peneliti telah berusaha melakukan yang terbaik dalam Penelitian Skripsi ini, namun Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa Skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan dari semua pihak. Semoga Skripsi ini dapat bermanfaat dan menjadi bahan referensi bagi Skripsi lainnya.

Wassalamu' alaikum wr.wb

Sigli, Januari 2026
Peneliti

NASRIJAL

DAFTAR ISI

LEMBAR OTORITAS.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Waktu Tanggap (<i>Response Time</i>)	7
B. Penentuan Prioritas Penanganan (<i>triage</i>)	11
C. Konsep Instalasi Gawat Darura.....	22
D. Wawancara (<i>Triage</i>).....	30
E. Pengetahuan Perawat.....	31
F. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi <i>Triage</i>	34
G. Kerangka Teori.....	42
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	43
A. Kerangka Konsep	43
B. Hipotesis Penelitian.....	43
C. Definisi Operasional.....	44
D. Cara pengukuran Variabel.....	45
BAB IV METODELOGI PENELITIAN.....	47
A. Jenis Dan Desain Penelitian	47
B. Populasi Dan Sampel	48
C. Tempat Dan Waktu Penelitian	49
D. Etika Penelitian	49
E. Alat Pengumpulan Data	51
F. Instrumen Penelitian.....	51
G. Pengumpulan Data	54
H. Pengolahan Data.....	55
I. Analisa Data	56
J. Penyajian Data	57
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	59
A. Hasil Penelitian	59
B. Pembahasan.....	67
C. Keterbatasan	71

BABVI PENUTUP	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	41
Skema 3.1 Kerangka Konsep.....	42

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kajian antar ruang untuk meminimalisir penyebaran virus	19
Tabel 3.1 Definisi operasional	44
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pelatihan	61
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi pendidikan	61
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi usia	62
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi lama kerja	62
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi pengetahuan perawat	63
Tabel 5.6 Hubungan faktor pelatihan.....	64
Tabel 5.7 Hubungan faktor pendidikan	65
Tabel 5.8 Hubungan faktor usia.....	66
Tabel 5.9 Hubungan faktor lama kerja	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 2 Rencana Anggaran Biaya
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4 Surat selesai penelitian
- Lampiran 5 Kartu Bimbingan/Konsultasi
- Lampiran 6 Lembaran Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Menjadi Responden Peneliti
- Lampiran 8 Lembar karakteristik responden
- Lampiran 9 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 10 Hasil SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan mengalami perkembangan dalam upaya menghadapi era globalisasi yang menuntut persaingan yang cukup tinggi di antara Rumah Sakit baik Rumah Sakit Swasta maupun Pemerintah. Pada kondisi persaingan yang tinggi, pelanggan memiliki informasi yang memadai dan mampu untuk memilih diantara beberapa alternatif pelayanan yang ada. Untuk memenangkan persaingan dalam mendapatkan pelanggan, rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang dapat memberikan kepuasan pada pasien dan keluarga (Basuki, 2019).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan rumah sakit yang memiliki peran penting dalam menangani pasien dengan kondisi gawat dan mengancam nyawa. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) menuntut kecepatan, ketepatan, serta ketelitian dalam pengambilan keputusan klinis. Dalam kondisi tersebut, perawat menjadi tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi langsung dengan pasien, sehingga pengetahuan perawat memegang peranan penting dalam menentukan kualitas dan keselamatan pelayanan kegawatdaruratan (Nursalam, 2020).

Triage merupakan suatu kegiatan memilih dan memilah pasien yang akan masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), dari proses memilih dan memilah pasien yang masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) akan dikategorikan

kedalam pasien *true emergency* dan *false emergency* (Conrad, 2022 dalam Susanti, 2021).

Pengetahuan perawat yang kurang memadai dapat berdampak pada keterlambatan tindakan, kesalahan penanganan, serta penurunan mutu pelayanan kesehatan. Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko komplikasi hingga membahayakan keselamatan pasien. peningkatan dan pemeliharaan pengetahuan perawat menjadi salah satu aspek penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (Notoatmodjo, 2021).

Secara global, *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa sebagian besar kematian dan kecacatan akibat kondisi gawat darurat dapat dicegah melalui sistem pelayanan *emergensi* yang efektif dan tenaga kesehatan yang kompeten. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit dengan tingkat kunjungan pasien yang tinggi dan beban kerja yang besar, sehingga menuntut kesiapan sumber daya manusia yang optimal, khususnya perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik (*World Health Organization* (WHO), 2021).

Di Indonesia, peningkatan jumlah kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat seiring dengan meningkatnya kasus kecelakaan, penyakit akut, dan kondisi kegawatdaruratan lainnya menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit. Kondisi ini menuntut perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk mampu melakukan triase, pengkajian awal, serta tindakan keperawatan secara cepat dan tepat. Namun, perbedaan karakteristik perawat seperti usia, tingkat pendidikan,

lama kerja, serta kesempatan mengikuti pelatihan dapat memengaruhi tingkat pengetahuan perawat dalam pelayanan kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2020).

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa usia, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan berhubungan dengan pengetahuan perawat dalam pelayanan kegawatdaruratan. Perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, masa kerja yang lebih lama, serta pengalaman mengikuti pelatihan dinilai memiliki pengetahuan yang lebih baik. Namun, penelitian lain menunjukkan hasil yang berbeda, di mana faktor-faktor tersebut tidak selalu memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat pengetahuan perawat. Perbedaan hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya kesenjangan penelitian (*research gap*) yang perlu dikaji lebih lanjut, terutama pada konteks dan karakteristik rumah sakit yang berbeda (Simamora, 2020; Dewi & Lestari, 2022).

Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli dipilih sebagai lokasi penelitian karena merupakan rumah sakit rujukan di Kabupaten Pidie yang memiliki Instalasi Gawat Darurat dengan tingkat kunjungan pasien yang cukup tinggi. Sebagai rumah sakit rujukan, Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli dituntut untuk memberikan pelayanan kegawatdaruratan yang cepat dan tepat. Selain itu, perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli memiliki karakteristik yang beragam dari segi usia, tingkat pendidikan, lama kerja, serta pengalaman mengikuti pelatihan kegawatdaruratan. Keberagaman karakteristik tersebut sesuai dengan faktor-faktor yang dibahas dalam kajian teori, sehingga menarik untuk diteliti apakah faktor-faktor tersebut berhubungan dengan tingkat pengetahuan perawat.

Sampai saat ini, penelitian yang secara khusus mengkaji hubungan usia, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan dengan pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli masih terbatas, penelitian ini penting dilakukan untuk mengisi kesenjangan penelitian serta memberikan gambaran empiris mengenai kondisi pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi pihak rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan melalui pengembangan kompetensi perawat secara berkelanjutan.

B. Rumusan Masalah

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab yang sangat besar di rumah sakit, salah satu tugas atau peran perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah melakukan triage pasien yang akan masuk di Instalasi Gawat Darurat (IGD) selain itu kecepatan waktu tanggap dalam memberikan bantuan kepada penderita kegawatdaruratan, “Apakah Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hubungan faktor pelatihan perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.
2. Mengidentifikasi hubungan faktor pendidikan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.
3. Mengidentifikasi hubungan faktor usia perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.
4. Mengidentifikasi hubungan faktor lama kerja perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

D. Manfaat Penelitian

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai upaya mengembangkan pengetahuan bagi mahasiswa, dosen dan Institusi pendidikan dalam kajian dan pengembangan riset, masukan dan rujukan dalam pendidikan.

2. Peneliti

Dapat menambah pemahaman Peneliti tentang Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro.

3. Peneliti Selanjutnya

Untuk dapat dijadikan bahan acuan dalam melakukan Penelitian Dan riset yang lebih kompleks dengan variabel yang berbeda dan kriteria sampel yang lebih kompleks.

4. Rumah Sakit

dapat menjadi bahan evaluasi bagi RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli dalam mengetahui tingkat pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar perencanaan pengembangan kompetensi perawat guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Waktu Tanggap (*Response Time*)

1. Pengertian

Response Time atau waktu tanggap adalah kecepatan waktu penanganan yang dimulai dari pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) sampai pasien mendapatkan tindakan awal akibat masalah kesehatan yang dialami. Kematian pada pasien gawat darurat merupakan suatu hal yang bisa saja dicegah apabila dalam penanganan pasien dilakukan dengan cepat dan efisien, waktu respon petugas kesehatan setidaknya <15 menit (Salvatierra dkk, 2024).

Semua pasien yang datang ke Instalasi Gawat darurat (IGD) dan mengalami kondisi gawat darurat dengan label non urgensi harus mendapatkan *response time* perawatan kesehatan dengan profesional dalam waktu 5 menit dari kedatangannya (Rochana dkk, 2024).

Pasien yang tidak mendapatkan pertolongan kegawatdaruratan dengan segera, akan berakibat fatal, sebab bisa berpeluang terjadi kematian, kecacatan atau pun kerusakan organ-organ yang disebabkan oleh cedera yang dialaminya. Terjadinya kasus pasien meninggal saat dalam kondisi kegawatdaruratan disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan primer (Mohammadi dkk. 2023).

2. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tanggap (*Response Time*)

Penelitian yang dilakukan oleh mahrur dkk. (2025), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi lamanya waktu tanggap (*response time*) perawat dalam pelayanan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut adalah keterampilan perawat, dan beban kerja perawat. Sedangkan Penelitian Yang dilakukan oleh Setiawan dkk. (2023) menunjukkan beberapa faktor yang mempengaruhi *response time* antara lain yaitu usia, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan. Penelitian Lain yang dilakukan oleh Hartati dan Halimuddin (2021) menunjukkan bahwa pengetahuan dan lama kerja juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*. Penelitian Yang dilakukan oleh Said (2021) menunjukkan bahwa beban kerja, latar belakang pendidikan, lama kerja perawat dan usia juga merupakan faktor yang mempengaruhi *response time*.

Menurut Karokaro, Tati Murni, dkk (2020) ada beberapa faktor yang mempengaruhi response time perawat di ruangan gawat darurat. Beberapa faktor tersebut meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, masa kerja, beban kerja, dan sarana prasarana rumah sakit tersebut. Menurut Hakim Abdul, Agustusan Rottie, dan Michael Y. karundeng (2024) faktor faktor yang mempengaruhi response time perawat antara lain pendidikan, pengetahuan, lama kerja, dan pelatihan dengan response time perawat.

Menurut Yoon et al (2023) mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi keterlambatan penanganan kasus gawat darurat diukur dengan *respon time* pelayanan pasien yaitu karena faktor internal dan

eksternal. Faktor internal terdiri dari usia, pendidikan, lama kerja dan keterampilan tenaga medis dan faktor eksternal pengawasan dan beban kerja (*overload*) lama kerja, beban kerja dan pengawasan dan pendampingan.

Wa Ode, dkk (2022) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di Instalasi Gawat darurat (IGD) adalah :

- a) Ketersediaan Stretcher
- b) Ketersediaan petugas
- c) Pola penempatan staf
- d) Tingkat karakteristik pasien
- e) Faktor pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman petugas kesehatan

Yang menangani kejadian gawat darurat.

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

3. Penerapan Waktu Tanggap (*response time*) Berdasarkan Kegawatan

Menurut Ratri (2024), ketanggapan (*responsiveness*) pelayanan keperawatan merupakan salah satu pengertian sebagai kecepatan perawat dalam melaksanakan prosedur asuhan sehingga berdampak pada kecepatan perawat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Tindakan pelayanan keperawatan yang cepat dan tanggap sangat diperlukan untuk kualitas kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Dalam

pencapaian kepuasan pasien yang maksimal pelaksanaan pelayanan keperawatan harus sesuai kode etik yang ada pada masing-masing rumah sakit dan perlunya peningkatan kualitas pelayanan didalamnya.

Response time perawat adalah kecepatan atau waktu tanggap pelayanan yang cepat (*responsif*), dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat yang waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai (Karika,2023).

4. Prosedur Pengukuran Standar waktu Tanggap (*Response Time*)

Pengukuran untuk tercapainya sebuah standar pelayanan dapat di evaluasi dari waktu ke waktu dan dapat dipakai sebagai tolak ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif terhadap perubahan dari standar atau target yang telah ditetapkan sebelumnya dengan selalu memperhatikan hubungan kerjasama para pelaksanaan pelayanan dari dokter, tenaga kesehatan dan tenaga lain yang bekerja di Rumah Sakit. Kecepatan pelayanan dokter di instalasi gawat darurat merupakan sebuah indikator standar pelayanan rumah sakit pengukuran sebuah *response time* yaitu jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di layani oleh dokter dengan standar < 5 menit terlayani setelah pasien datang, terselenggaranya pelayanan yang cepat, *responsive* dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat dan untuk memenuhi mutu dengan memperhatikan keselamatan

pasien dan keefektifitasan sebuah pelayanan rumah sakit. (MES-RMO-00-026 RSUD Tgk Chik Ditiro,14 AGUSTUS 2022).

B. Penentuan Prioritas Penanganan (*Triage*)

1. Pengertian

Triage berasal dari Prancis yaitu “ *Trier* ” yang berarti membagi ke dalam tiga kelompok (*Department of Emergency Medicine Singapore General Hospital* (DEM SGH),dalam Kartikawati 2022). Sistem ini dikembangkan di medan pertempuran dan digunakan bila terjadi bencana. Klasifikasi ini digunakan oleh militer perang untuk mengidentifikasi dan melakukan penanganan pada tentara korban perang yang mengalami luka ringan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan penanganan dapat kembali ke medan perang.

Triage juga diterapkan dalam lingkup bencana atau musibah misal dengan tujuan dapat menyelamatkan korban sebanyak mungkin dengan menggunakan teknik *Simple Triage and Rapid Treatment* (START). *Triage* mulai digunakan di unit gawat darurat pada akhir tahun 1950 dan awal tahun 1960. Penggunaan *triage* di unit gawat darurat disebabkan oleh peningkatan jumlah kunjungan ke unit gawat darurat yang dapat mengarah pada lamanya waktu tunggu penderita dan keterlambatan di dalam penanganan kasus-kasus kegawatan (Kartikawati, 2022).

Triase adalah suatu proses khusus dalam memilih pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat yang akan diberikan. Proses triase harus dilakukan oleh petugas

pertama yang tiba di tempat kejadian dan tindakan ini harus dinilai berulang kali (BTCLS, 2019).

Nash, Forero & Nugus (2022) mengkategorikan ATS (*Australian Triage Scale*) didasarkan pada lamanya waktu klien menerima tindakan. Skala prioritas pada ATS dibagi menjadi 5, yaitu :

a. Skala ATS 1

Harus segera ditangani (*persentase prioritas 100%*)

b. ATS 2

Maksimal *waiting time* 10 menit (*persentase prioritas 80%*)

c. ATS 3

Maksimal *waiting time* 30 menit (*persentase prioritas 75%*)

d. ATS 4

Maksimal *waiting time* 60 menit (*persentase prioritas 70%*)

e. ATS 5

Maksimal *waiting time* 120 menit (*persentase prioritas 70%*).

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

Area *triage* harus dilengkapi dengan peralatan darurat, fasilitas kewaspadaan standar seperti fasilitas cuci tangan, sarung tangan, prosedur keamanan (alarm atau akses bantuan keamanan), perangkat komunikasi yang memadai (telepon atau *intercom* dan lain-lain) dan fasilitas untuk merekam informasi dan pendokumentasian di triage (*Australasian College for Emergency Medicine, 2022*).

Australian Triage Scale (ATS) mulai berlaku sejak tahun 1994, desain ruang rumah sakit *New Zealand Australia* terus mengalami perbaikan. Saat ini sudah ada kurikulum resmi dari kementerian kesehatan Australia untuk pelatihan *Australian Triage Scale (ATS)* sehingga dapat diterapkan sesuai standar oleh perawat triase. Konsep *Australian Triage Scale (ATS)* ini kemudian menjadi dasar berkembangnya sistem triase di Inggris dan Kanada (Robertson, 2024).

Farrokhnia (2022) menyatakan bahwa triase merupakan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua klien yang memerlukan pertolongan dan penetapan prioritas penanganannya. Puspongoro (2022) mengartikan triase merupakan turunan dari bahasa perancis *trier* dan bahasa inggris *triage* yang artinya dalam bahasa Indonesia adalah sortir.

2. Tujuan (*Triage*)

Triage memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses penyelamatan pasien (Mahdalena, 2024).

Langkah-langkah untuk melakukan proses triase sehingga pasien dapat diidentifikasi kebutuhan darurat, mendesak atau segera diperiksa oleh dokter untuk mendapat asuhan. Menurut Kartikawati (2022) tujuan triase, yaitu :

- a. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam jiwa.

- b. Memprioritaskan pasien menurut kondisi ketakutannya.
- c. Menempatkan pasien sesuai dengan kekuatannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
- d. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

3. Prinsip-Prinsip (*Triage*)

Adapun prinsip-prinsip triase menurut *Australasian College for Emergency Medicine*.(2023) sebagai berikut:

- a. *Triage* seharusnya dilakukan segera dan tepat waktu. Kemampuan berespon dengan cepat terhadap kemungkinan penyakit yang mengancam kehidupan atau injuri adalah hal yang terpenting di departemen kegawatdaruratan (Santosa, 2024).
- b. Pengkajian seharusnya adekuat dan akurat.
- c. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.

Perencanaan yang efektif terhadap keselamatan dan perawatan klien didapatkan dari informasi adekuat dengan data akurat (Dadashzadeh *et al*, 2023).

Hal terpenting bagi perawat ketika melakukan *triage* adalah melakukan *response time*. Penelitian Dilakukan oleh nurhasim (2023) menyimpulkan bahwa meskipun banyak perawat yang mengerti tentang prinsip *triage* hanya sedikit perawat yang tahu istilah *response time*. *Response time* merupakan waktu tanggap terhadap pasien. Waktu tanggap yang dilakukan seorang perawat terbatas, hanya 10 menit. *Response time* juga dapat diartikan sebagai kecepatan melayani atau melakukan tindakan

cepat kepada pasien gawat darurat. *Response time* menuntut perawat mampu melayani pasien sesuai dengan urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara pasien ataupun dengan peralatan yang akan digunakan. Dengan kata lain, perawat selalu dihadapkan pada ketidakmungkinan dan banyak kondisi yang tidak terduga sebelumnya.

4. Sistem (*Triage*)

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

a. Pemeriksaan di Tempat (*Spot Check*)

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

b. *Triage* Komprehensif

Sistem *triage* komprehensif adalah standar dasar yang telah didukung oleh *Emergency Nurse Association (ENA)*. Sistem ini menekankan penanganan dengan konsep *airway control*, *breathing support*, *circulation support* (ABC) ketika menghadapi pasien gawat darurat. Penanganan pertama *triage* bertujuan untuk mencegah berhentinya detak jantung dan saluran pernapasan. Adapun indikasi atau penyebab napas berhenti, bisa disebabkan karena stroke, inhalasi asap, tenggelam, syok

listrik, trauma, tercekik, koma, tersambar petir. Keadaan darurat tersebut dapat ditangani dengan memberikan resusitasi jantung paru. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, *triage* komprehensif menekankan pada konsep ABC, A (*airway control*: jalan napas), B (*breathing support*: pernapasan), dan C (*circulation support*: sirkulasi). Sebenarnya ada tiga elemen lain selain ABC, yaitu *disability of neurity* (D), *expose* (E), *full set of vital sign* (F). Namun demikian, penanganan yang sering digunakan dilapangan adalah penanganan ABC.

c. Penanganan jalan nafas (*Arway control*)

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

d. Bantuan nafas (*Breathing support*)

Breathing Support atau memberi bantuan napas. Mengetahui pasien masih bernafas atau tidak dapat dilakukan dengan melihat, merasakan, dan mendengar bunyi napas. Jika dalam kondisi pingsan, pasien diposisikan secara stabil lateral untuk membebaskan jalan napas. Kemudian perawat bisa memberi napas buatan dengan cara meniup melalui mulut sebanyak dua kali sembari menutup hidung pasien (posisi kepala *ekstensi*). Jika muncul reaksi denyut nadi, perawat bisa

melanjutkan pemberian nafas buatan 10 sampai 12 kali per menit tanpa kompresi dada.

e. Bantuan Sirkulasi (*Circulation Support*)

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

f. Pemilahan dengan Dua Petugas (*Triage Two-tier*)

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

g. Pemilahan lanjutan (*Triage Expanded*)

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

5. Proses (*Triage*)

Menurut Kartikawati (2022), ada dua hal penting untuk memahami proses triase, yaitu :

a. Proses Meremehkan (*Undertriage*)

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

b. Proses Berlebihan (*Uptriage*)

Uptriage merupakan proses *overestimating* tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. *Triage* dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan triage. Misalnya, perawat merasa ragu menentukan pasien masuk di prioritas 3 atau 2. Selain itu, triage juga dilakukan perawat yang ragu menentukan pasien masuk ke prioritas 1 atau 2. perawat bisa saja mengganti prioritas yang awalnya ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. *Triage* digunakan untuk menghindari penurunan kondisi penderita. Dua hal diatas penting dipahami oleh perawat gawat darurat.

Dari dua hal tersebut, perawat mampu memutuskan tindakan untuk pasien dengan cepat. Misalnya, apakah segera dibawa ke ruang perawatan atau menunggu. Apabila pasien stabil, proses *triage* dapat

dilanjutkan dengan melakukan pengkajian antar ruang (pandangan sekilas) pada pasien yang datang. Hal yang sering diperhatikan dalam proses *triage* antar ruang adalah menjaga kebersihan. Ketika perawat menangani pasien gawat darurat, perawat harus memperhatikan dan mengontrol pasien melalui pemeriksaan fisik yang disebut dengan istilah *head to toe*. Berikut tabel pengkajian antar ruang yang diperuntukkan bagi orang dewasa. Kajian antar ruang untuk meminimalisir penyebaran virus.

Tabel 2.1 Kajian Antar Ruang untuk Meminimalisir Penyebaran Virus

Cara	Hasil Temuan
Melihat	<ul style="list-style-type: none"> a. Kepatenan jalan napas b. Status pernapasan, penggunaan oksigen c. Tanda-tand apendarahan eksternal d. Tingkat kesadaran: interaksi dengan perawat, e. Tidak sadar, menangis f. Keluhan nyeri : wajah tamak gerimis, tangan tampak menggenggam g. Warna dan keadaan kulit h. Penyakit kronis : kanker, penyakit paru kronis, dan lain-lain i. Keadaan tubuh : bengkak j. Perilaku umum takut, sedih, marah, biasa k. Adanya alat bantu medis, balutan, dan lain- lain l. Pakaian kotor atau bersih.
Mendengar	<ul style="list-style-type: none"> a. Suara nafas abnormal b. Cara berbicara, bahasa intonasi c. Interaksi dengan orang lain
Mencium	<ul style="list-style-type: none"> a. Bau keton, alkohol, urine, sisa muntahan b. Rokok, infeksi, kondisi kurang higienis, obat-obatan.

Sumber : buku ajar dasar-dasar keperawatan gawat darurat. 2022)

6. Kasifikasi (*Triage*)

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

a. Kelas I

Kelas 1 meliputi pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa. Misalnya pasien mengalami memar minor.

b. Kelas II

Pasien termasuk kelas dua adalah penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien. Misalnya flu, demam biasa, atau sakit gigi.

c. Kelas III

Pasien yang berada di kelas tiga, pasien berada dalam kondisi semi mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya mampu menunggu kurang lebih selama dua jam sebelum pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.

d. Kelas IV

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

e. Kelas V

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

Kartikawati (2022) membagi *triage* menjadi beberapa bentuk, sebagai berikut :

a. *Triage* dua tingkat

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

b. *Triage* tiga tingkat

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

c. *Triage* empat tingkat

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

d. *Triage* lima tingkat

Amerika Serikat menerapkan *triage* lima tingkat di rumah sakit. Amerika Serikat menggunakan *triage* ini karena meyakini bahwa dengan *triage* ini kualitas pelayanan pasien akan bertambah, karena menerapkan skala *triase* terstandar dan proses kategori ekuitas. Penggunaan *triage* lima tingkat di Amerika dikarenakan kesepakatan yang telah dibuat sejak tahun 2003 lalu. Isi kesepakatan tersebut melibatkan *American College of Emergency Physicians (ACEP)* dan *ENA*.

e. Skala *Triage* Australia

Jika di Amerika menggunakan *triage* lima tingkat, maka di *Australia* memiliki *triage* yang berbeda. *Triage* di *Australia* dimulai sejak pasien datang pertama kali di Unit Gawat Darurat (UGD). Perawat akan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ketika akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan. Berikut adalah skala *triase* *Australia* dan skala ekuitasnya, yang dipaparkan oleh Kartikawati (2022).

C. Konsep Instalasi Gawat Darurat

1. Pengertian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu pintu utama atau garda terdepan dalam memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat selama

24 jam. Dilihat dari definisinya, bahwa Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian dari rumah sakit yang memberikan penanganan awal kegawatdaruratan. Sedangkan kondisi gawat darurat dalam Permenkes No 47/2021 Pasal 1 ayat 3 tentang Pelayanan Gawat Darurat diartikan sebagai keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. ancaman nyawa dan kecacatan pada pasien berbeda-beda, tergantung seberapa parah kondisi yang dialami oleh pasien tersebut.

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting dalam pencegahan terjadinya kematian dan kecacatan korban (Hamarno, 2024).

Unit Gawat Darurat (UGD) atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dan membutuhkan pertolongan pertama (Hadiansyah et al., 2019).

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

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

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

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

IGD adalah salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit) lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2021). Instalasi Gawat Darurat (IGD) berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2021). Instalasi Gawat Darurat (IGD) berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2021).

Secara garis besar kegiatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit dan menjadi tanggung jawab Instalasi Gawat Darurat (IGD) secara umum terdiri dari :

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

IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam rumah sakit. Kriteria umum Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2021) :
 - a. Dokter /dokter gigi sebagai kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
 - b. Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
 - c. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
 - d. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
 - e. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.

Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2. Klasifikasi Unit Gawat Darurat

Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat adalah (Kemenkes, 2022) :

a. Instalasi Gawat darurat Bintang IV (Standar Minimal Rumah Sakit Type A).

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

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

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

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

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

d. Instalasi Gawat Darurat Bintang I (Standar Rumah Sakit Tipe D

Memiliki dokter umum yang selalu siap ditempat (*on-site*) 24 jam yang memiliki kualifikasi pelayanan GELS (*General Emergency Life Support*) dan atau ATLS + ACLS dengan kemampuan memberikan *resusitasi* dan *stabilisasi Airway, Breathing, Circulation* serta memiliki alat transportasi untuk pasien gawat darurat dan dapat melakukan pasien gawat darurat dan dapat melakukan rujukan dan komunikasi yang siaga 24 jam. (Rifaskes,2022).

3. Alur Pasien Instalasi Gawat Darurat

Alur pasien Instalasi Gawat Darurat berdasarkan standar operasional prosedur di Rumah Sakit adalah tata cara penerimaan dan pelayanan pasien di instalasi gawat darurat agar pasien tertangani dengan tepat, cepat dan konsisten sesuai dengan triase. Tujuan dari alur pasien Instalasi Gawat

Darurat (IGD) adalah memastikan bahwa pelayanan dan penanganan pasien di instalasi gawat darurat dilakukan sesuai dengan kategori triase rumah sakit. Prosedur alur pasien Instalasi Gawat Darurat (Kebijakan RSUD Tgk Chik Ditiro, 2025) adalah sebagai berikut:

- a. Perawat atau dokter terlatih melakukan triase saat pasien datang ke instalasi gawat darurat RSUD Tgk Chik Ditiro, ditangani sesuai dengan tingkat kegawatannya.
- b. Perawat atau dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) menempatkan pasien kategori triase 1, untuk pasien yang akan dilakukan resusitasi dan aktifkan sistem *code blue* sesuai dengan prosedur.
- c. Perawat atau dokter memberitahu pasien atau keluarga dengan kategori triase 2 - 4, untuk dilakukan pendaftaran di Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- d. Pasien dengan triase 5, pasien dipersilahkan untuk periksa ke poli umum.
- e. Dokter jaga Instalasi Gawat Darurat (IGD) akan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (bila diperlukan), kemudian menentukan diagnosa dan melakukan pemberian obat dan tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien kemudian melakukan evaluasi hasil tindakan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan di rekam medis pasien yang terdapat dalam *trakcare*.
- f. Perawat atau dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) pasien triase 1 yang dilakukan *resusitasi* bila berhasil pasien akan diproses untuk rawat inap

sesuai dengan indikasi dan pasien triase 2 – 4 yang sudah dilakukan pemeriksaan oleh dokter jaga dan dinyatakan pasien perlu rawat inap sesuai dengan kondisi pasien di ruang rawat inap atau ruang perawatan intensif sesuai dengan kriteria masuk.

- g. Setiap pasien yang rawat inap akan dilakukan *screening* khusus meliputi *swine* flu, Ebola, H5N1, MERS. Pemeriksaan lab dasar yaitu DL, SGOT, SGPT, Ureum, Creatinine, Serum Elektrolit, GDA. Usia > 35 tahun dilakukan rekam jantung EKG, dan untuk usia > 40 tahun dilakukan foto thorax.
- h. Bila pasien *post* MRS dari luar negeri dan rawat inap selama 7 hari di RS dalam negeri wajib untuk dilakukan pemeriksaan MRSA.
- i. Pasien atau keluarga dipersilahkan untuk melakukan pendaftaran rawat inap. Waktu yang dibutuhkan untuk proses pemeriksaan fisik sampai pasien siap untuk diantar ke ruang rawat inap adalah 90 menit sesuai dengan indikator mutu ruang Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro.
- j. Perawat atau dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) melakukan resusitasi pada pasien triase 1 jika tidak berhasil dan dinyatakan meninggal oleh dokter jaga, pasien dipulangkan sesuai prosedur pasien pulang dari rumah sakit.
- k. Perawat atau dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) menjelaskan kepada pasien atau keluarga, apabila ruang rawat inap penuh, fasilitas tidak

tersedia atas permintaan pasien atau keluarga akan dirujuk ke rumah sakit lain sesuai dengan prosedur rujuk ke rumah sakit lain.

1. Perawat atau dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD), dalam keadaan bencana massal lakukan prosedur sesuai dengan waspada bencana dari luar rumah sakit.

D. Wawancara (*Triage*)

Wawancara *triage* dimulai ketika perawat memperkenalkan diri dan menjelaskan peranan *triage* secara singkat. Pada saat wawancara yang waktunya relatif singkat, perawat menentukan keluhan utama dan riwayat luka atau sakit saat ini. Berdasarkan hasil temuan, perawat *triage* melakukan pengkajian yang berfokus pada masalah dan melakukan pengukuran tanda-tanda vital dan kemudian perawat menentukan tingkat kedaruratan *triage* dari keterangan yang didapatkan. Setelah itu akan diputuskan apakah pasien langsung dikirim ke ruang perawatan untuk mendapatkan tindakan langsung atau pasien diharuskan daftar terlebih dahulu dan menunggu di ruang tunggu untuk mendapatkan perawatan selanjutnya dari dokter dan perawat (Kartikawati, 2020).

Tujuan wawancara *triage* ini adalah untuk menentukan keluhan utama, mendapatkan penjelasan dari tanda dan gejala yang terkait, menggolongkan tingkat kedaruratan pasien dan melakukan perawatan berdasarkan riwayat. Pertanyaan pertama yang diajukan kepada pasien adalah tentang alasan mengapa pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Perawat selalu menggunakan pertanyaan terbuka, seperti “Apa yang anda keluhkan saat ini?” atau “Apa yang

anda rasakan saat ini ?". keluhan utama sebaiknya dicatat sesuai dengan kata-kata pasien.

Jika pasien mengatakan beberapa masalah, perawat *triage* harus memfokuskan pasien untuk menentukan alasan utama kedatangannya di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Jika pasien datang dengan menggunakan ambulans, keterangan tentang pasien dapat diperoleh dari petugas kesehatan sebelumnya, tetapi penting untuk dilakukan verifikasi kepada pasien dalam rangka untuk mencocokkan antara keterangan petugas kesehatan dan pasien. Hal ini dilakukan jika pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif. *Triage* pada anak-anak merupakan hal yang penting dan menantang bagi perawat. Dalam melakukan *triage*, perawat harus tetap memperhatikan tingkat perkembangan pasien dan segera untuk melakukan pengkajian. Pada anak-anak, keluhan utama dan data subyektif diperoleh dari pengasuhannya. Pada anak yang lebih besar atau remaja, keluhan dapat diperoleh dengan memberikan keterangan sendiri. *Emergency Nursing Pediatric Course* menggunakan *Clinical Integrated Assessment Model for Pediatric Emergency Department Severity* (CIAMPEDS) untuk menjelaskan komponen pengkajian pada anak-anak (Kartikawati, 2020).

E. Pengetahuan Perawat

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari proses penginderaan dan pemahaman seseorang terhadap suatu objek yang menjadi dasar dalam pembentukan sikap

dan perilaku (Notoatmodjo, 2021). Dalam keperawatan, pengetahuan mencakup pemahaman teori, prosedur, dan standar praktik keperawatan.

2. Tingkatan Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2020), pengetahuan seseorang dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tingkatan berdasarkan kemampuan kognitifnya, mulai dari tingkat paling dasar hingga tingkat yang lebih kompleks. Tingkatan pengetahuan ini menggambarkan sejauh mana seseorang mampu memahami dan menggunakan informasi yang dimiliki dalam suatu tindakan.

a. Tahu (*Know*)

Tingkat pengetahuan tahu merupakan tingkat paling dasar, yaitu kemampuan seseorang untuk mengingat dan mengenali informasi yang telah diterima sebelumnya. Pada tingkat ini, individu hanya mampu menyebutkan atau mengidentifikasi suatu konsep tanpa harus memahami makna atau penerapannya. Dalam konteks pelayanan IGD, perawat pada tingkat tahu mampu menyebutkan pengertian response time, jenis-jenis triage, atau langkah-langkah dasar penanganan kegawatdaruratan, namun belum tentu mampu menerapkannya secara tepat dalam praktik klinis.

b. Memahami (*Comprehension*)

Tingkat memahami menunjukkan kemampuan seseorang untuk menjelaskan kembali suatu konsep dengan kata-katanya sendiri serta menginterpretasikan makna dari informasi yang diperoleh. Pada tingkat ini, perawat tidak hanya mengetahui, tetapi juga memahami alasan dan tujuan

suatu tindakan. Dalam konteks IGD, perawat yang memiliki tingkat pemahaman mampu menjelaskan tujuan response time, alasan penentuan prioritas melalui triage, serta pentingnya pelaksanaan SOP dalam penanganan pasien gawat darurat. Tingkat pemahaman ini menjadi dasar penting dalam pengambilan keputusan awal di IGD (Notoatmodjo, 2020).

c. Aplikasi (*Application*)

Tingkat aplikasi merupakan kemampuan seseorang untuk menggunakan pengetahuan yang dimiliki dalam situasi nyata. Pada tingkat ini, perawat mampu menerapkan konsep dan prinsip keperawatan dalam praktik pelayanan. Dalam pelayanan IGD, perawat dengan tingkat aplikasi yang baik mampu menerapkan sistem triage secara tepat, melaksanakan tindakan awal sesuai SOP, serta melakukan penilaian ABC/ABCDE secara cepat dan benar. Kemampuan aplikasi ini sangat berkaitan dengan kecepatan response time, karena pengetahuan yang tidak diaplikasikan tidak akan berdampak langsung pada tindakan keperawatan (Potter & Perry, 2021).

d. Analisis (*Analysis*)

Dalam Konteks Penilaian *irway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* (ABCDE) Tingkat pengetahuan analisis merupakan kemampuan perawat untuk menguraikan dan menilai kondisi pasien secara komprehensif, serta menentukan prioritas tindakan berdasarkan tingkat kegawatan. Dalam pelayanan Instalasi Gawat Darurat, kemampuan analisis ini diwujudkan melalui penerapan pendekatan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation,*

Disability, Exposure) yang digunakan untuk menilai dan menangani pasien secara sistematis dan berurutan.

F. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Perawat

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek melalui pancaindra. Pengetahuan memegang peranan penting dalam membentuk sikap dan tindakan seseorang, termasuk dalam praktik keperawatan. Pengetahuan perawat yang baik akan mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat, khususnya dalam pelayanan kegawatdaruratan.

Menurut Notoatmodjo (2021), tingkat pengetahuan dapat diukur menggunakan instrumen kuesioner dan dinilai berdasarkan persentase jawaban benar. Hasil pengukuran pengetahuan kemudian dikategorikan ke dalam dua tingkat, yaitu :

1. pengetahuan baik (76–100%)
2. Tidak baik ($\leq 75\%$)

Dalam penelitian ini, kategori pengetahuan dikelompokkan menjadi dua, yaitu baik dan tidak baik, di mana kategori tidak baik merupakan gabungan dari kategori cukup dan kurang.

Menurut Albert Bandura dalam *Social Cognitive Theory*, pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh interaksi timbal balik antara faktor individu (*personal factors*), perilaku (*behavior*), dan lingkungan kerja (*environment*). Ketiga faktor ini saling memengaruhi dan membentuk proses belajar serta penerapan

pengetahuan dalam praktik profesional, termasuk pada perawat di Instalasi Gawat Darurat (Bandura, 2021).

1. Faktor individu (*Personal Factors*)

Faktor individu merupakan karakteristik internal yang dimiliki oleh perawat dan berperan penting dalam proses perolehan serta pemahaman pengetahuan. Faktor ini mencakup aspek biologis, psikologis, dan kognitif yang melekat pada individu perawat. Usia perawat memengaruhi tingkat kematangan berpikir dan kemampuan dalam menerima serta mengolah informasi.

Perawat dengan usia yang lebih matang umumnya memiliki kemampuan analisis yang lebih baik karena pengalaman hidup dan kerja yang lebih panjang. Selain itu, tingkat pendidikan formal turut menentukan luas dan kedalaman pengetahuan perawat. Perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kemampuan berpikir kritis dan pemahaman teori kegawatdaruratan yang lebih baik (Bandura, 2021).

Motivasi dan *self-efficacy* juga termasuk dalam faktor individu. *Self-efficacy* merupakan keyakinan perawat terhadap kemampuannya sendiri dalam melaksanakan tindakan keperawatan secara tepat. Perawat yang memiliki *self-efficacy* tinggi akan lebih aktif mencari informasi, mengikuti pelatihan, dan mengaplikasikan pengetahuan yang dimiliki dalam praktik klinik. Sebaliknya, perawat dengan kepercayaan diri rendah cenderung pasif dalam pengembangan pengetahuan meskipun memiliki kesempatan belajar (Bandura, 2021).

2. Perilaku (*Behavior*)

Faktor perilaku berkaitan dengan tindakan nyata yang dilakukan perawat dalam menjalankan tugas profesionalnya. Perilaku kerja perawat mencerminkan sejauh mana pengetahuan yang dimiliki digunakan dan dikembangkan melalui pengalaman langsung di lapangan.

Pengalaman kerja merupakan bagian penting dari faktor perilaku. Perawat yang sering terlibat dalam penanganan kasus gawat darurat akan lebih terlatih dalam mengenali kondisi pasien dan mengambil keputusan secara cepat dan tepat. Pengulangan tindakan keperawatan yang sesuai standar akan memperkuat pengetahuan dan keterampilan perawat melalui proses pembelajaran berkelanjutan (Bandura, 2021).

Selain itu, kebiasaan mengikuti pelatihan, seminar, dan simulasi kegawatdaruratan merupakan bentuk perilaku belajar aktif. Perilaku ini memungkinkan perawat memperbarui pengetahuan sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan. Perawat yang memiliki perilaku belajar yang baik cenderung menunjukkan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan perawat yang jarang melakukan pengembangan diri (Bandura, 2021).

3. Lingkungan kerja (*Environment*)

Lingkungan kerja merupakan faktor eksternal yang memengaruhi proses belajar dan penerapan pengetahuan perawat. Lingkungan ini mencakup kondisi fisik, sosial, dan organisasi tempat perawat bekerja.

Ketersediaan standar operasional prosedur (SOP), pedoman klinis, serta fasilitas penunjang pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) akan memudahkan perawat dalam memahami dan menerapkan pengetahuan secara tepat. Lingkungan kerja yang mendukung pembelajaran, seperti adanya supervisi dari atasan, diskusi kasus, dan budaya keselamatan pasien, akan meningkatkan pengetahuan perawat secara berkelanjutan (Bandura, 2021).

Selain itu, dukungan dari rekan kerja dan manajemen rumah sakit juga berperan penting. Lingkungan kerja yang kondusif dan kolaboratif mendorong perawat untuk saling berbagi pengalaman dan pengetahuan. Sebaliknya, lingkungan kerja yang penuh tekanan, beban kerja tinggi, dan kurangnya dukungan dapat menghambat proses belajar dan menurunkan kualitas pengetahuan perawat (Bandura, 2021).

Pengetahuan perawat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, pendidikan, pengalaman kerja, dan pelatihan yang diikuti (Notoatmodjo, 2021; Afriyani et al., 2022) :

1. Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu faktor eksternal yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan perawat. Pelatihan kegawatdaruratan seperti *Basic Life Support* (BLS), *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS), dan *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) dirancang untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam menangani pasien gawat darurat secara cepat dan tepat (*American Heart Association*, 2021).

Pelatihan perawat adalah kegiatan pengembangan kompetensi yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kesiapsiagaan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, khususnya pada kondisi kegawatdaruratan (Nursalam, 2020). Menurut Kemenkes RI (2020), Nursalam (2020), dan beberapa penelitian keperawatan terbaru, pelatihan perawat dapat dikategorikan sebagai berikut:

a. Pelatihan Dasar Kegawatdaruratan

Pelatihan dasar merupakan pelatihan awal yang bertujuan membekali perawat dengan keterampilan dasar penanganan kegawatdaruratan, seperti PPGD (Pertolongan Pertama Gawat Darurat) atau pelatihan kegawatdaruratan internal rumah sakit (Kemenkes RI, 2020).

b. Pelatihan Lanjutan Kegawatdaruratan

Pelatihan lanjutan adalah pelatihan yang berfokus pada peningkatan kompetensi klinis lanjutan dalam menangani pasien gawat darurat, seperti BTCLS (*Basic Trauma and Cardiac Life Support*) atau Bantuan Hidup Dasar (BHD) terstandar, yang menekankan kecepatan dan ketepatan tindakan (Rahmawati et al., 2023).

c. Pelatihan Berkala / *Refreshing Course*

Pelatihan berkala merupakan pelatihan ulang atau pembaruan kompetensi yang dilakukan secara periodik untuk mempertahankan dan meningkatkan keterampilan perawat sesuai perkembangan standar pelayanan kegawatdaruratan (Putri & Handayani, 2022).

d. Pelatihan Khusus Unit Gawat Darurat

Pelatihan khusus Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah pelatihan yang dirancang sesuai kebutuhan unit gawat darurat, mencakup simulasi triase, manajemen bencana, dan penanganan pasien kritis, yang bertujuan meningkatkan kesiapan perawat dalam merespons pasien secara cepat dan tepat (Kemenkes RI, 2021).

2. Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor utama yang memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Pendidikan formal memberikan landasan teori, konsep, dan kerangka berpikir ilmiah yang menjadi dasar dalam praktik keperawatan (Notoatmodjo, 2021).

Pendidikan adalah proses pembelajaran formal yang ditempuh perawat untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan profesional dalam praktik keperawatan (Nursalam, 2020).

Menurut Nursalam (2020) dan Kemenkes RI (2021), pendidikan perawat di Indonesia secara umum dibagi menjadi beberapa kategori berikut:

a. Pendidikan Vokasi (Diploma Keperawatan/D3)

Pendidikan vokasi menekankan pada penguasaan keterampilan praktik keperawatan dasar dan teknis di layanan kesehatan (Nursalam, 2020).

b. Pendidikan Profesi (*Ners*)

Pendidikan profesi merupakan pendidikan lanjutan setelah sarjana keperawatan yang bertujuan membentuk kompetensi praktik profesional perawat secara mandiri dan bertanggung jawab (Nursalam, 2020).

3. Usia

Usia adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun. Jenis perhitungan umur/usia terdiri atas 1) usia kronologis yaitu perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitung usia (Santika, 2023). Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka semakin berkembangnya daya tangkap dan pola pikir seseorang. Pada usia dewasa awal petugas kesehatan yang sudah terlatih dapat melakukan tindakan *triage* karena usia dewasa awal adalah waktu pada saat seseorang mencapai puncak dari kemampuan intelektualnya, kemampuan berpikir kritis dalam pelaksanaan *triage* dapat meningkat secara teratur selama usia dewasa (Gurning, 2022).

Usia dikategorikan berdasarkan teori *World Health Organization* (WHO, 2022; Sugiyono, 2022). Yaitu:

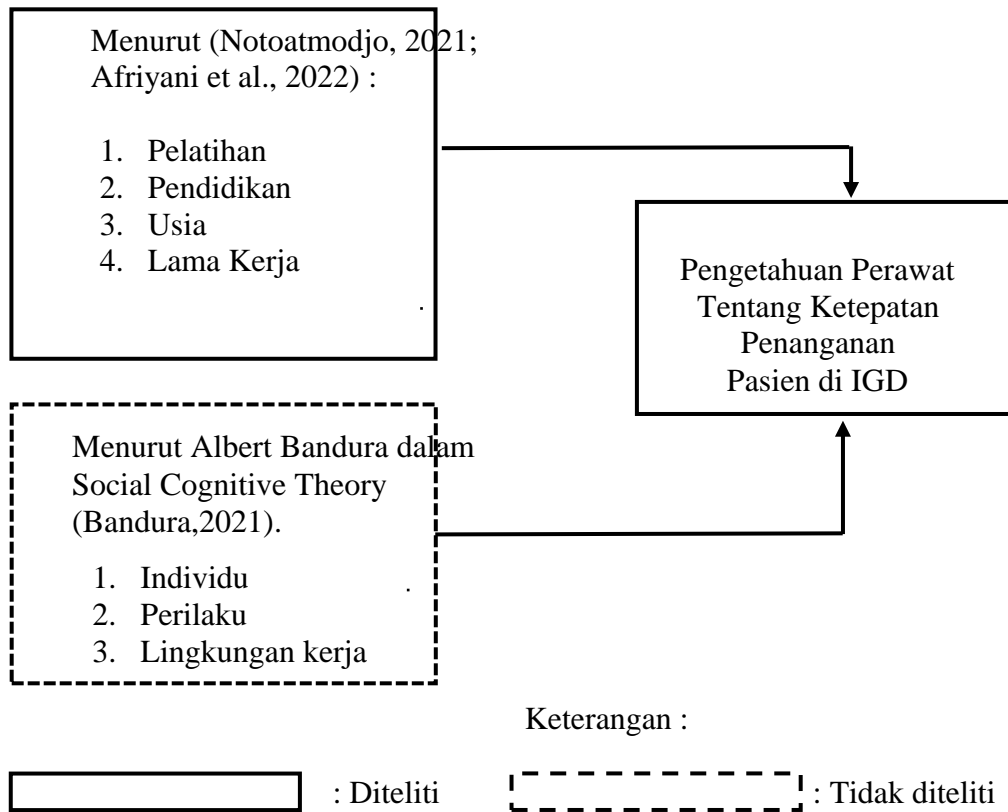
- a. ≤ 35 tahun (Dewasa awal)
- b. 36–45 tahun (Dewasa madya)
- c. ≥ 46 tahun (Dewasa akhir)

4. Lama Kerja

Lama kerja perawat adalah masa waktu perawat bekerja secara aktif dalam pelayanan keperawatan yang mencerminkan tingkat pengalaman, kematangan keterampilan klinis, dan kemampuan pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan (Nursalam, 2020). Menurut Nursalam (2020) dan Benner (2021), lama kerja perawat dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Menurut Notoatmodjo (2018), masa kerja merupakan salah satu faktor yang memengaruhi pengetahuan dan keterampilan kerja seseorang. Tenaga kerja dengan masa kerja kurang dari 3 tahun masih berada pada tahap adaptasi dan pengembangan kemampuan, sehingga dikategorikan sebagai masa kerja baru, sedangkan tenaga kerja dengan masa kerja ≥ 3 tahun dianggap telah memiliki pengalaman kerja yang lebih matang.
- b. 5 tahun (Perawat pemula) Perawat masih berada pada tahap adaptasi kerja dan penguatan keterampilan dasar, sehingga pengalaman klinis dalam situasi kegawatdaruratan masih terbatas (Nursalam, 2020).
- c. 6–10 tahun (Perawat kompeten awal) Perawat telah memiliki pengalaman kerja yang cukup, mampu bekerja mandiri, dan mulai menunjukkan peningkatan kecepatan serta ketepatan dalam merespons kondisi pasien (Benner, 2021).
- d. 11–15 tahun (Perawat kompeten lanjut) Perawat memiliki pengalaman klinis yang luas, penguasaan prosedur yang baik, serta kemampuan pengambilan keputusan yang lebih cepat dan stabil dalam situasi darurat (Putri & Handayani, 2022).
- e. > 15 tahun (Perawat senior/ahli) Perawat dengan masa kerja lebih dari 15 tahun memiliki kematangan profesional dan intuisi klinis yang kuat, sehingga mampu merespons kasus kegawatdaruratan secara cepat, tepat, dan efisien (Rahmawati et al., 2023)

G. Kerangka Teori



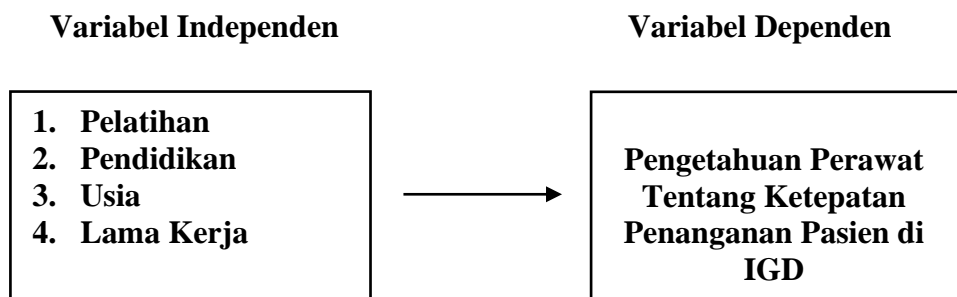
Skema 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Menurut Mastura, (2021) kerangka konsep Penelitian Pada dasarnya adalah hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui Penelitian- Penelitian Yang akan dilakukan. Dalam Penelitian Ini Peneliti merumuskan sebuah kerangka konsep berdasarkan teori adalah sebagai berikut



Skema 3.1 Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

Ha : Ada hubungan antara faktor pelatihan, pendidikan, usia, lama kerja, dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependent					
1	Pengetahuan Perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD	Penegtahuan perawat tentang triase, response time, dan penanganan kegawatdaruratan di IGD	Kuesioner	Ordinal	- Baik - Tidak baik
Variabel Independent					
2	Pelatihan	Riwayat keikutsertaan perawat dalam pelatihan kegawatdaruratan yang mendukung kompetensi penanganan pasien IGD	Lembar karakteristik	Nominal	- Pernah - Tidak pernah
3	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang dimiliki perawat	Lembar karakteristik	Ordinal	- D3 - Ners
4	Usia	Lama hidup perawat yang dihitung berdasarkan tahun sejak lahir sampai saat penelitian	Lembar karakteristik	Ordinal	- Dewasa Awal - Dewasa Madya - Dewasa Akhir
5	Lama Kerja	Masa kerja perawat di rumah sakit sejak pertama kali bekerja sampai saat penelitian	Lembar karakteristik	Ordinal	-Baru -Lama

D. Cara Pengukuran Variabel

1. Pengetahuan Perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD

a. Cara pengukuran:

1) Diukur menggunakan kuesioner berbentuk pilihan ganda a,b,c,d.

2) Materi pertanyaan meliputi:

a) Pengertian triase

b) Prinsip response time

c) Penentuan prioritas kegawatan

d) Tindakan awal kegawatdaruratan

3) Pemberian skor:

a) Jawaban benar = 1

b) Jawaban salah = 0

4) Klasifikasi:

a) Baik : $\geq 76\%$ dari skor total

b) Tidak baik : $< 75\%$

2. Pelatihan

a. Cara pengukuran:

1) Diukur melalui Lembar karakteristik.

2) Responden menulis satu jawaban yang sesuai.

b. Kategori jawaban:

1) 1 = Pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan

2) 2 = Tidak pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan

3. Pendidikan

a. Cara pengukuran:

- 1) Diukur menggunakan Lembar karakteristik.
- 2) Responden memilih pendidikan terakhir.

b. Skoring kategori:

- 1) 1 = D3 Keperawatan
- 2) 2 = Ners

4. Usia

a. Cara pengukuran:

- 1) Diukur melalui Lembar karakteristik berdasarkan usia kronologis.
- 2) Usia kemudian dikelompokkan sesuai kategori Depkes RI.

b. Kategori usia:

- 1) 1 = ≤ 35 tahun (Dewasa awal)
- 2) 2 = 36–45 tahun (Dewasa madya)
- 3) 3 = ≥ 46 tahun (Dewasa akhir)

5. Lama Kerja

a. Cara pengukuran:

- 1) Diukur menggunakan Lembar karakteristik berdasarkan masa kerja di rumah sakit.
- 2) Responden memilih kategori lama kerja.

b. Kategori lama kerja:

- 1) 1 : Baru < 3 Tahun
- 2) 2 : Lama ≥ 3 Tahun

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *observasional analitik*. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional*, yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang diukur pada satu waktu pengamatan yang sama. Menurut Creswell dan Creswell (2023), desain *cross-sectional* digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antar variabel tanpa memberikan intervensi terhadap subjek penelitian. Desain ini juga banyak digunakan dalam penelitian keperawatan dan kesehatan karena efisien, praktis, serta sesuai untuk mengkaji fenomena pelayanan klinis di lapangan (Polit & Beck, 2021).

Menurut Nursalam (2023), desain *cross-sectional* efektif digunakan untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor risiko dan *outcome* dalam waktu relatif singkat serta sesuai untuk penelitian keperawatan dengan keterbatasan waktu dan sumber daya.

Desain ini juga banyak digunakan dalam penelitian pelayanan kesehatan, khususnya di Instalasi Gawat Darurat (IGD), karena tidak mengganggu alur pelayanan dan memungkinkan pengumpulan data secara simultan. Dengan desain *cross-sectional*, hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran hubungan antara karakteristik perawat dan ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) tanpa melakukan intervensi terhadap responden.

B. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang memiliki karakteristik tertentu dan relevan dengan tujuan penelitian (Polit & Beck, 2021). Populasi dalam penelitian keperawatan ditentukan berdasarkan kesesuaian subjek dengan fenomena yang diteliti agar hasil penelitian dapat menggambarkan kondisi yang sebenarnya (Creswell & Creswell, 2023).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Populasi ini dipilih karena perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam penanganan awal pasien gawat darurat dan memiliki peran penting dalam menentukan ketepatan penanganan pasien. Jumlah populasi dalam Penelitian ini sebanyak 37 orang Perawat yang dinas di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang digunakan sebagai subjek Penelitian melalui sampling (Nursalam, 2023). Teknik pengambilan sampel dalam Penelitian ini menggunakan Total *Sampling* yaitu peneliti mengambil seluruh populasi sebagai sampel.

Sampel yang digunakan pada Penelitian ini adalah Perawat yang yang berdinas di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Kabupaten Pidie sebanyak 37 responden.

C. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian telah dilakukan di UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

2. Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan pada bulan 21 Agustus 2025 s/d 01 September 2025.

D. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian yang dioperasionalkan secara nyata dalam setiap tahapan penelitian.

Prinsip etika yang diterapkan meliputi:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*)

Prinsip ini dioperasionalkan dengan memberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan, manfaat, prosedur, serta waktu pelaksanaan penelitian sebelum pengumpulan data dilakukan. Peneliti memberikan kebebasan penuh kepada responden untuk berpartisipasi atau menolak menjadi subjek penelitian tanpa adanya paksaan maupun konsekuensi apapun. Sebagai bentuk persetujuan, responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) sebelum pengisian kuesioner.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek Penelitian (*Respect for privacy and confidential*).

Penerapan prinsip ini dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti tidak mencantumkan nama lengkap responden pada kuesioner, melainkan menggunakan kode responden sebagai pengganti identitas. Data yang diperoleh hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan disajikan dalam bentuk agregat, sehingga tidak dapat mengidentifikasi individu tertentu. Seluruh data disimpan dan dikelola langsung oleh peneliti serta tidak disebarluaskan kepada pihak lain.

3. Keadilan dan keterbukaan (*Respect for justice and inclusive*)

Prinsip keadilan dioperasionalkan dengan memberikan perlakuan yang sama kepada seluruh responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Seluruh responden memperoleh prosedur penelitian yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, usia, agama, etnis, tingkat pendidikan, maupun latar belakang sosial lainnya. Peneliti juga menjelaskan prosedur penelitian secara terbuka kepada pihak yang terkait dengan pelaksanaan penelitian.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Balancing harm and benefit*)

Peneliti mengupayakan agar penelitian memberikan manfaat yang maksimal bagi responden dan pengembangan ilmu pengetahuan. Metode pengumpulan data yang digunakan bersifat *non-invasif*, sehingga tidak menimbulkan risiko fisik bagi responden. Peneliti meminimalkan kemungkinan timbulnya

ketidaknyamanan atau stres selama pengisian kuesioner. Apabila responden merasa tidak nyaman atau mengalami stres, responden diberikan hak untuk menghentikan partisipasinya dalam penelitian. Dengan demikian, prinsip *beneficence* dan *nonmaleficence* dapat terpenuhi.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan karakteristik masing-masing variabel. Variabel pelatihan, pendidikan, usia, dan lama kerja diukur menggunakan lembar karakteristik responden, variabel pengetahuan tentang ketepatan penanganan pasien diukur menggunakan kuesioner.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis instrumen, yaitu :

lembar karakteristik responden dan kuesioner pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien. Pemilihan instrumen disesuaikan dengan karakteristik masing-masing variabel penelitian agar data yang diperoleh akurat dan dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.

Lembar karakteristik responden digunakan untuk mengumpulkan data variabel independen yang meliputi usia, pendidikan, pelatihan, dan lama kerja perawat. Data usia dan lama kerja dicatat dalam satuan tahun, pendidikan dicatat berdasarkan pendidikan formal terakhir, sedangkan pelatihan dicatat berdasarkan riwayat keikutsertaan perawat dalam pelatihan kegawatdaruratan.

Kuesioner pengetahuan Perawat tentang ketepatan penanganan digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat. Kuesioner ini disusun berdasarkan indikator pengetahuan yang meliputi triase, response time, tindakan keperawatan gawat darurat, dan dokumentasi keperawatan. Kuesioner terdiri dari pertanyaan pilihan ganda dengan satu jawaban benar. Setiap jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0. Hasil pengukuran dikategorikan menjadi pengetahuan baik, pengetahuan cukup dan pengetahuan kurang berdasarkan persentase skor yang diperoleh.

1. Uji Validitas

Uji validitas adalah prosedur untuk mengetahui sejauh mana suatu instrumen mampu mengukur apa yang seharusnya diukur sesuai dengan konsep atau variabel penelitian. Instrumen dikatakan valid apabila setiap butir pertanyaan memiliki keterkaitan yang kuat dengan konstruk yang diukur (Sugiyono, 2022). Validitas item biasanya diuji menggunakan korelasi Pearson Product Moment dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel pada tingkat signifikansi tertentu (Arikunto, 2021).

kuesioner pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat pada penelitian ini diadopsi dan dimodifikasi dari kuesioner yang digunakan oleh Sari (2021) dalam penelitiannya mengenai hubungan pengetahuan perawat dengan ketepatan penanganan pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pada penelitian tersebut, uji validitas dilakukan terhadap 20 item pertanyaan menggunakan uji korelasi

Pearson Product Moment dengan jumlah responden uji coba sebanyak 30 orang dan taraf signifikansi 0,05.

Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan memiliki nilai r hitung lebih besar dari r tabel (0,361), sehingga seluruh butir kuesioner dinyatakan valid. Dengan demikian, instrumen kuesioner pengetahuan mampu mengukur aspek pengetahuan perawat yang meliputi konsep triase, prinsip kegawatdaruratan, tindakan keperawatan, keselamatan pasien, serta dokumentasi di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Berdasarkan hasil tersebut, instrumen dinyatakan layak digunakan dalam penelitian ini tanpa dilakukan uji validitas ulang.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji yang digunakan untuk mengetahui tingkat konsistensi suatu instrumen dalam mengukur variabel penelitian. Instrumen dikatakan reliabel apabila memberikan hasil yang relatif sama ketika digunakan berulang kali pada kondisi yang serupa (Notoatmodjo, 2020). Salah satu metode yang paling sering digunakan untuk menguji reliabilitas kuesioner adalah Cronbach's Alpha, dengan nilai $\geq 0,70$ menunjukkan reliabilitas yang baik (Ghozali, 2021).

- a. Uji reliabilitas kuesioner pengetahuan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sari (2021) menggunakan metode Cronbach's Alpha. Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,872, yang berarti instrumen memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi.

- b. Nilai tersebut menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan dalam kuesioner pengetahuan memiliki konsistensi internal yang baik dan dapat digunakan secara berulang untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Oleh karena itu, instrumen kuesioner pengetahuan dinyatakan reliabel dan layak digunakan dalam penelitian ini.

G. Pengumpulan Data

1. Tahap persiapan pengumpulan data

Tahap persiapan pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan izin dari dosen pembimbing, kemudian mengikuti standar prosedur administrasi dengan cara mengajukan permohonan surat izin pengumpulan data Penelitian dari kepala prodi keperawatan sekolah tinggi ilmu Kesehatan medika nurul islam yang ditujukan kepada Komkordik UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

2. Tahap pengumpulan data

Pengumpulan data Penelitian dilakukan dengan beberapa tahap yaitu :

- a. Mendapat izin pengumpulan data
- b. Peneliti mendatangi responden untuk menyebarkan terseb alat ukur juga menjelaskan tujuan Penelitian ini, tidak adanya resiko bagi responden, terjamin kerahasiaannya, dan juga responden berhak memilih untuk tidak ikut berpartisipasi dalam Penelitian ini.
- c. Responden menandatangani lembar pernyataan persetujuan jika responden bersedia

- d. Apabila calon responden bersedia untuk berpartisipasi maka responden akan mengisi lembaran kuosioner yang diberikan
- e. Setelah responden mengisi kuesioner berupa sekian pernyataan, Peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dari pengisian jawaban kuosioner yang telah diisi responden.
- f. Selanjutnya, data yang telah diperoleh dari responden dikumpulkan untuk dianalisis untuk keperluan Penelitian.

H. Pengolahan Data

Adapun pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1. Editing

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan setelah data terkumpul.

2. Coding

Coding dilakukan dengan memberikan kode numerik pada setiap kategori jawaban sesuai dengan kuesioner penelitian. Variabel usia dikodekan 1 untuk dewasa awal, 2 untuk dewasa madya dan 3 untuk dewasa akhir. Variabel pendidikan dikodekan 1 untuk D3 Keperawatan dan 2 untuk Ners. Variabel lama kerja dikodekan 1 untuk baru dan 2 untuk lama. Variabel pelatihan dikodekan 1 untuk pernah dan 2 untuk tidak pernah. Variabel pengetahuan perawat dikodekan 1 untuk baik, 2 untuk tidak baik.

3. Entry Data

Pemrosesan data yang dilakukan oleh Peneliti adalah memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer,

kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi. Proses ini memasukkan data berbentuk kode ke dalam program komputer.

4. *Tabulating*

Pada tahap ini, data yang telah disusun pada Microsoft excel kemudian dijumlahkan dengan komputerisasi dan disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi.

I. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisa Univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap karakteristik responden penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel, belum melihat adanya hubungan (Notoatmodjo, 2022).

Setelah data terkumpul kemudian data dihubungkan dan ditarik kesimpulan yang akan digambarkan dengan tabel dan diagram. Hasil observasi yang sudah diberi bobot di jumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah tertinggi lalu dikalikan 100% (Notoatmodjo, 2022).

$$P = \frac{\sum E}{N} \times 100\%$$

N

Keterangan:

P: Presentase

$\sum F$: jawaban yang benar

N: jumlah total pertanyaan

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dalam Penelitian ini digunakan untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan uji statistik *Chi Square*. Pengambilan keputusan untuk uji *Chi Square* berdasarkan perbandingan nilai signifikansi dengan batas kritis yang dijelaskan sebagai berikut :

- a. Bila pada *tabel contingency 2x2* dijumpai e (harapan) kurang dari 5, maka hasil uji yang digunakan adalah *fisher exact test*.
- b. Bila pada *tabel contingency 2x2* dan tidak dijumpai nilai e (harapan) kurang dari 5, maka uji yang digunakan adalah *continuity correction*
- c. Bila pada *tabel contingency 2x2*, misalnya $3x2$, $3x3$ dan lain-lain, maka hasil uji yang digunakan adalah *pearson chi square*.
- d. Bila pada *tabel contingency 2x3*, $3x3$ dan seterusnya ada 4 sel dengan nilai frekuensi harapan (e) kurang dari 5, maka dilakukan koreksi dengan menggunakan rumus *yate's correction continue* atau *Likelihood Ratio*.

J. Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan, kemudian dimasukkan ke dalam table distribusi frekuensi, data yang disajikan merupakan hasil pengolahan data dari 37 responden perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

Penyajian data dilakukan melalui analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden yang meliputi usia, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan, serta tingkat

pengetahuan perawat. Selanjutnya, analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yaitu usia, tingkat pendidikan, lama kerja, dan pelatihan dengan variabel dependen yaitu pengetahuan perawat.

Analisis hubungan antar variabel dilakukan menggunakan uji Chi-Square dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Hasil analisis bivariat disajikan dalam bentuk tabel silang (crosstabulation) dan disertai dengan nilai signifikansi (p-value).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Tempat Penelitian

Sejarah BLUD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli berlokasi di Jalan Prof. A. Madjid Ibrahim Sigli, yang merupakan Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Kabupaten Pidie. Sebelum tahun 1980/1981 RSUD Sigli berlokasi di Jalan RSUD Lama Desa Benteng Kecamatan Kota Sigli yang merupakan peninggalan kolonial Belanda ANNO 1916. Namun pada tahun 1981/1982 RSUD Sigli dibangun berdasarkan *Crass Program* di atas tanah persawahan desa Lampeudeu Baroh seluas 29.649 m² dan baru ditempati atau difungsikan bulan Februari 1986 dengan type kelas D.

Selanjutnya dengan pemberlakuan PP. Nomor 31 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, telah terjadi penggabungan maupun perampangan SKPD menyebabkan perubahan organisasi dan tata kerja yang diberi nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pidie disingkat dengan RSUD Kabupaten Pidie.

Selanjutnya sesuai Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), maka setelah melalui proses, Rumah Sakit Umum Daerah (RSU) Tgk Chiek Ditiro Sigli merupakan salah satu rumah sakit di Kabupaten Pidie yang menerapkan status pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) penuh sesuai Surat Keputusan Bupati Pidie Nomor 546 Tahun 2012. Pada tahun

2014. BLUD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli berubah status menjadi rumah sakit kelas B dengan penetapan Keputusan Menkes R.I. Nomo: HK.02.03/1/2029/2014 tanggal 12 Agustus 2014.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tgk Chik Ditiro Sigli merupakan rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Pidie yang berlokasi di jalan Prof A. Majid Ibrahim. Yang berbatas dengan:

- a. Sebelah Barat Berbatas dengan Jalan Banda Aceh –Medan
- b. Sebelah Utara Berbatas dengan Dinas Pekerjaan Umum
- c. Sebelah Selatan Berbatas dengan Komplek Rumah Dokter
- d. Sebelah Timur Berbatas dengan Gampong Menasah Lampeudeu Baroh

Dalam melaksanakan operasionalnya di wilayah Kabupaten Pidie, BLUD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli menetapkan visi yaitu “Terwujudnya Pelayanan Yang Prima, Efektif, Profesional dengan Nurani yang Islami serta Terjangkau bagi Masyarakat Kabupaten Pidie”. Visi tersebut tertuang dalam misi sebagai berikut:

- a. Menjadikan rumah sakit rujukan di Kabupaten Pidie.
- b. Meningkatkan dan mengembangkan kompetensi sumber daya manusia sesuai dengan standar.
- c. Memberdayakan karyawan secara profesional sehingga tercapai pelayanan yang bermutu dan Islami.

2. Analisa Univariat

a. Faktor pelatihan

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Pelatihan Responden di IGD UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

Pelatihan	Frekuensi	(%)
Pernah	34	91,9
Tidak Pernah	3	8,1
Total	37	100

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan tabel distribusi 5.1 pelatihan kegawatdaruratan, sebagian besar perawat pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, yaitu sebanyak 34 orang (91,9 %), sedangkan 3 orang (8,1%) belum pernah mengikuti pelatihan. Hal ini menunjukkan bahwa pelatihan kegawatdaruratan telah diikuti oleh sebagian besar perawat IGD, namun masih perlu ditingkatkan agar menjangkau seluruh perawat.

b. Faktor Pendidikan

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di IGD UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

Pendidikan	Frekuensi (f)	(%)
D3 Keperawatan	29	78,4
Ners	8	21,6
Total	37	100

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan tabel distribusi 5.2 pendidikan, mayoritas perawat di IGD memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan, yaitu sebanyak 29 orang (78,4%), sedangkan perawat dengan pendidikan Ners berjumlah 8 orang (21,6%). Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga perawat di IGD masih berlatar belakang pendidikan diploma.

c. Usia

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Usia Responden di IGD UPTD RSUD
Tgk Chik Ditiro Sigli

Usia	Frekuensi	(%)
Dewasa Awal	27	73,0
Dewasa Madya	10	27,0
Dewasa Akhir	0	0,0
Total	37	100

Sumber : data primer diolah (2025)

Berdasarkan tabel 5,3 sebagian besar perawat berada pada kelompok usia dewasa awal, yaitu sebanyak 27 orang (73,0%), diikuti kelompok usia dewasa madya sebanyak 10 orang (27,0 %). Data ini menunjukkan bahwa mayoritas perawat berada pada usia produktif.

d. Lama Kerja

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Lama Kerja Responden di IGD UPTD Rumah
Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

Lama Kerja	Frekuensi	(%)
Baru (< 3 tahun)	24	64,9
Lama (≥ 3 tahun)	13	35,1
Total	37	100,0

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan Tabel 5.4 sebagian besar perawat di IGD memiliki masa kerja baru, yaitu sebanyak 24 orang (64,9 %), sedangkan perawat dengan masa kerja lama berjumlah 13 orang (35,1 %). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas perawat telah memiliki pengalaman kerja yang cukup dalam memberikan pelayanan di IGD.

e. Pengetahuan perawat

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di IGD UPTD RSUD
Tgk Chik Ditiro Sigli

Pengetahuan	Frekuensi	(%)
Baik	34	91,9
Tidak Baik	3	8,1
Total	37	100

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan Tabel 5.5 sebagian besar perawat di IGD memiliki pengetahuan yang baik, yaitu sebanyak 34 orang (91,9 %), dan perawat dengan Pengetahuan kurang berjumlah 3 orang (8,1 %). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas perawat telah memiliki pengetahuan yang baik dalam memberikan pelayanan di IGD.

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat untuk melihat kemaknaan hubungan antara variabel dependent dan variabel independent dengan menggunakan statistik yang dilakukan. Pengambilan keputusan ada hubungan atau tidak pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

- a. Mengidentifikasi Hubungan Faktor Pelatihan dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli.

Tabel 5.6
Hubungan Faktor Pelatihan dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli

No	Pelatihan	Pengetahuan Perawat				Total		p- value
		Baik		Tidak baik		f	%	
		f	%	f	%	f	%	
1	Pernah	31	91,2	3	8,8	34	100,0	1.000
2	Tidak Pernah	3	100,0	0	0,0	3	100,0	
Total		34	91,9	3	8,1	37	100,0	

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan hasil analisis bivariat antara pelatihan dengan pengetahuan perawat, diperoleh bahwa dari 34 perawat yang pernah mengikuti pelatihan, sebagian besar memiliki pengetahuan baik yaitu sebanyak 31 orang (91,2%), sedangkan perawat yang memiliki pengetahuan tidak baik sebanyak 3 orang (8,8%). Sementara itu, pada kelompok perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan, seluruh responden sebanyak 3 orang (100,0%) memiliki pengetahuan baik dan tidak ditemukan perawat dengan pengetahuan tidak baik.

Hasil uji Fisher Exact Test menunjukkan nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$), yang berarti secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan pengetahuan perawat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pelatihan tidak berhubungan secara signifikan dengan tingkat pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien.

- b. Mengidentifikasi Hubungan Faktor Pendidikan dengan pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli.

Tabel 5.7
Hubungan Faktor Pendidikan dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

No	Pendidikan	Pengetahuan Perawat				Total		p- value
		Baik		Tidak baik		f	%	
		f	%	f	%	f	%	
1	D3	26	89,7	3	10,3	29	100,0	1.000
2	Ners	8	100,0	0	0,0	8	100,0	
Total		34	91,9	3	8,1	37	100,0	

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar perawat berpendidikan D3 memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 26 orang (89,7%), sedangkan yang memiliki pengetahuan tidak baik sebanyak 3 orang (10,3%). Seluruh perawat dengan pendidikan Ners (100%) menunjukkan tingkat pengetahuan yang baik. Secara keseluruhan, mayoritas responden memiliki pengetahuan baik yaitu 34 orang (91,9%). Hasil uji Fisher Exact diperoleh nilai p-value = 1,000, yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

- c. Mengidentifikasi Hubungan Faktor Usia dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

Tabel 5.8
Hubungan Faktor usia dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

No	Usia	Pengetahuan Perawat				Total		p- value
		Baik		Tidak baik		f	%	
		f	%	f	%			
1	Dewasa awal	24	88,9	3	11,1	27	100,0	0,584
2	Dewasa Madya	10	100,0	0	0,0	10	100,0	
3	Dewasa Akhir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total		34	91,9	3	8,1	37	100,0	

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan tabel di atas, mayoritas perawat berada pada kelompok usia dewasa awal, dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 24 orang (88,9%) dan pengetahuan tidak baik sebanyak 3 orang (11,1%). Pada kelompok usia dewasa madya, seluruh perawat memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu 10 orang (100%). Tidak terdapat responden pada kelompok usia dewasa akhir. Secara keseluruhan, sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik sebanyak 34 orang (91,9%). Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value = 0,584, yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

- d. Mengidentifikasi Hubungan Faktor Lama Kerja dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

Tabel 5.7
Hubungan Faktor Lama Kerja dengan Pengetahuan perawat tentang Ketepatan Penanganan Pasien di IGD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro Sigli

No	Lama Kerja	Pengetahuan Perawat		Total		p- value	
		Baik	Tidak baik	f	%		
1	Baru	21	87,5	3	12,5	0,538	
2	Lama	13	100,0	0	0,0		
Total		34	91,9	3	8,1	37	100,0

Sumber : data primer diolah (2026)

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar perawat dengan lama kerja kategori baru memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 21 orang (87,5%), sedangkan yang memiliki pengetahuan tidak baik sebanyak 3 orang (12,5%). Pada perawat dengan lama kerja kategori lama, seluruh responden memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu 13 orang (100%). Secara keseluruhan, mayoritas perawat menunjukkan tingkat pengetahuan baik sebanyak 34 orang (91,9%). Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value= 0,538, yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja perawat dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli.

B. Pembahasan

1. Hubungan Pelatihan dengan Pengetahuan Perawat

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar perawat yang pernah mengikuti pelatihan memiliki pengetahuan baik (91,2%), dan seluruh perawat

yang tidak pernah mengikuti pelatihan juga menunjukkan pengetahuan baik (100%). Hasil uji Fisher Exact Test memperoleh nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$), yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD.

Secara teori, pelatihan merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan pengetahuan karena memberikan tambahan informasi dan keterampilan baru. Notoatmodjo (2020) menyatakan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan, pelatihan, pengalaman, serta sumber informasi yang diperoleh individu. Namun demikian, pelatihan bukan satu-satunya faktor yang menentukan tingkat pengetahuan seseorang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pelatihan tidak selalu berhubungan secara signifikan dengan tingkat pengetahuan perawat apabila materi pelatihan tidak spesifik, tidak berkelanjutan, atau perawat telah memperoleh pengetahuan dari sumber lain.

Asumsi peneliti, tidak ditemukannya hubungan antara pelatihan dan pengetahuan perawat dalam penelitian ini disebabkan oleh tingginya pengalaman klinis perawat di IGD (instalasi gawat darurat) serta adanya pembelajaran informal di tempat kerja, sehingga perawat yang tidak mengikuti pelatihan formal tetap memiliki pengetahuan yang baik.

2. Hubungan Pendidikan dengan Pengetahuan Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berpendidikan D3 memiliki pengetahuan baik (89,7%), dan seluruh perawat

dengan pendidikan Ners (100%) memiliki pengetahuan baik. Hasil uji Fisher Exact diperoleh nilai $p = 1,000$ ($p > 0,05$), yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan perawat.

Menurut teori, tingkat pendidikan memengaruhi kemampuan seseorang dalam menerima, memahami, dan mengolah informasi. Notoatmodjo (2020) menyebutkan bahwa pendidikan formal berperan dalam membentuk kemampuan kognitif seseorang. Selain itu, Bloom menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan bagian dari domain kognitif yang dapat berkembang melalui proses belajar.

dalam praktik keperawatan, tingkat pendidikan formal tidak selalu mencerminkan tingkat pengetahuan yang lebih baik, terutama jika perawat bekerja pada unit dengan standar pelayanan dan tuntutan kompetensi yang sama. Penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa perbedaan jenjang pendidikan tidak selalu berhubungan signifikan dengan tingkat pengetahuan perawat.

Asumsi peneliti, tidak adanya hubungan antara pendidikan dan pengetahuan perawat disebabkan oleh penerapan standar operasional prosedur SOP (standar operasional prosedur) yang seragam di IGD (instalasi gawat darurat), sehingga baik perawat D3 maupun Ners memiliki kewajiban dan tanggung jawab yang sama dalam penanganan pasien.

3. Hubungan Usia dengan Pengetahuan Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat berada pada kelompok usia dewasa awal dengan pengetahuan baik (88,9%), sedangkan pada kelompok dewasa madya seluruh perawat memiliki pengetahuan baik (100%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,584$ ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan pengetahuan perawat.

Secara teori perkembangan, usia dapat memengaruhi kemampuan kognitif dan pengalaman seseorang. Santrock (2020) menyatakan bahwa pada usia dewasa awal hingga dewasa madya, kemampuan kognitif relatif stabil, sehingga perbedaan usia pada rentang ini tidak memberikan perbedaan yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa usia tidak berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan perawat, terutama apabila seluruh responden berada dalam usia produktif dan bekerja pada lingkungan kerja yang sama.

Asumsi peneliti, tidak ditemukannya hubungan antara usia dan pengetahuan perawat disebabkan oleh dominasi responden pada usia produktif serta pemerataan pengalaman dan pengetahuan melalui praktik kerja sehari-hari di IGD.

4. Hubungan Lama Kerja dengan Pengetahuan Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat dengan lama kerja kategori baru memiliki pengetahuan baik (87,5%), dan seluruh perawat

dengan lama kerja kategori lama memiliki pengetahuan baik (100%). Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,538$ ($p > 0,05$), yang berarti tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan pengetahuan perawat.

Menurut teori *Novice to Expert* yang dikemukakan oleh Benner (1984), pengalaman kerja berperan penting dalam peningkatan kompetensi perawat. Namun, peningkatan pengetahuan tidak hanya ditentukan oleh lama kerja, melainkan juga oleh proses pembelajaran, refleksi praktik, dan pengembangan profesional berkelanjutan.

Penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa lama kerja tidak selalu berhubungan signifikan dengan tingkat pengetahuan perawat, khususnya pada unit kerja kritis seperti IGD (instalasi gawat darurat) yang menuntut seluruh perawat memiliki kompetensi yang setara sejak awal bekerja.

Asumsi peneliti, tidak adanya hubungan antara lama kerja dan pengetahuan perawat disebabkan oleh adanya sistem orientasi kerja, supervisi, serta penerapan SOP (standar operasional prosedur) yang sama bagi perawat baru maupun lama, sehingga tingkat pengetahuan perawat relatif merata.

C. Keterbatasan

Penelitian ini telah diupayakan dilaksanakan secara optimal, namun masih memiliki beberapa keterbatasan, antara lain:

1. Jumlah responden terbatas, yaitu hanya melibatkan 37 perawat di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli, sehingga hasil penelitian belum dapat digeneralisasikan secara luas ke rumah sakit lain dengan karakteristik berbeda.

2. Desain penelitian menggunakan pendekatan cross sectional, sehingga hanya dapat melihat hubungan antar variabel pada satu waktu tertentu dan tidak dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat secara mendalam.
3. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, sehingga sangat bergantung pada kejujuran dan persepsi responden. Hal ini memungkinkan adanya bias subjektivitas dalam pengisian kuesioner.
4. Penelitian ini belum mempertimbangkan faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap ketepatan penanganan pasien, seperti beban kerja, jumlah kunjungan pasien, kondisi fasilitas IGD, dan faktor organisasi rumah sakit.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli ($p = 1,000$).
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli ($p = 1,000$).
3. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli ($p = 0,584$).
4. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli ($p = 0,538$).

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan rujukan dan masukan dalam pengembangan pembelajaran, baik bagi mahasiswa

maupun dosen, khususnya terkait peningkatan pengetahuan dan kompetensi perawat dalam penanganan kegawatdaruratan, serta sebagai dasar pengembangan riset keperawatan selanjutnya.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pemahaman peneliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan perawat tentang ketepatan penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat, serta menjadi pengalaman akademik dalam penerapan metode penelitian keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan variabel lain yang berpotensi memengaruhi pengetahuan perawat, menggunakan desain penelitian yang lebih kompleks, serta melibatkan jumlah dan kriteria sampel yang lebih luas agar diperoleh hasil yang lebih komprehensif.

4. Bagi Rumah Sakit

Bagi RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli, hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dalam menilai tingkat pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat. Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar dalam perencanaan program pengembangan kompetensi dan peningkatan mutu pelayanan kegawatdaruratan guna mempertahankan serta meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A. (2021). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 72, 1–26.
- Bawelle, S. C., Sinolungan, J. S. V., & Hamel, R. (2020). Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan ketepatan penanganan pasien gawat darurat. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 45–53.
- Benner, P. (2021). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Pearson Education.
- Dewi, R., & Lestari, D. (2022). Faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan perawat dalam pelayanan gawat darurat. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 10(1), 15–22.
- Fathi, A., & Simamora, R. H. (2021). Investigating nurses' knowledge and clinical competence in emergency care. *Journal of Nursing Practice*, 4(2), 89–97.
- Hidayat, A. A. A. (2021). *Metodologi penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Salemba Medika.
- International Council of Nurses. (2021). *Nursing competencies framework*. ICN Publishing.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar pelayanan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil tenaga keperawatan Indonesia*. Kemenkes RI.
- Lestari, P., & Wulandari, R. (2023). Hubungan lama kerja dengan tingkat pengetahuan perawat di ruang IGD. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 7(1), 33–41.
- Notoatmodjo, S. (2021). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis (5th ed.)*. Salemba Medika.
- Putri, A. R., & Sari, N. P. (2022). Pengaruh pelatihan kegawatdaruratan terhadap pengetahuan perawat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(2), 101–108.
- Simamora, R. H. (2020). Learning environment and nurses' knowledge development. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 345–350.
- Sitorus, R., & Manurung, M. (2021). Faktor individu dan organisasi terhadap kompetensi perawat. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 9(2), 56–64.
- Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

- Triyanto, E., & Wahyuni, S. (2023). Pengetahuan perawat dalam penanganan pasien gawat darurat. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(1), 12–19.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020*. WHO Press.
- World Health Organization. (2021). *Emergency care systems framework*. WHO Press.
- Yanti, N., & Rahmawati, I. (2024). Determinants of nurses' knowledge in emergency units. *Nurse Media Journal of Nursing*, 14(1), 45–54.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: The Cognitive Domain*. Longmans.

JADWAL KEGIATAN PENYUSUNAN PROPOSAL SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI RUANG IGD RSUD
TGK CHIK DITIRO KABUPATEN PIDIE**

NO	KEGIATAN	BULAN																															
		Juni				Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul	■	■																														
2	ACC Judul	■	■																														
3	Penyusunan Proposal	■	■	■	■	■	■	■	■																								
4	ACC Proposal									■																							
5	Seminar Proposal									■	■	■	■																				
6	Perbaikan Proposal													■	■	■	■	■	■	■	■												
7	Penyusunan Skripsi													■	■	■	■	■	■	■	■												
8	ACC Skripsi																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9	Sidang Skripsi																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10	Perbaikan Skripsi																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Mengetahui,
Pembimbing

Azwir, S.Kep, MARS
NIDN. 8833623419

Sigli, 6 Januari 2026
Peneliti

Nasrijal
NIM. 22010078

ANGGARAN PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN

PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD

UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO KABUPATEN PIDIE

No	Uraian	Biaya
1	Biaya Studi Kepustakaan	Rp. 250.000
2	Biaya Kertas dan alat Tulis Antara Lain a. 3 (Tiga) Rim Kertas A4 80 gr @ Rp. 50.000 b. 1 (Satu) Buah Tinta Printer	Rp. 150.000 Rp. 45.000 Rp. 40.000
3	Biaya Print Proposal Skripsi	Rp. 550.000
4	Biaya Foto Copy	Rp. 70.000
5	Map	Rp. 30.000
6	Transportasi	Rp. 350.000
7	Biaya seminar Proposal Skripsi	Rp. 1.600.000
	TOTAL	Rp. 3.085.000

Sigli januari 2026
Peneliti

NASRIJAL
NIM : 22010078



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDIKA NURUL ISLAM**

Jl. Lingkar Cot Teungoh No. 15 Sigli Kabupaten Pidie
Email : stikesmnisigli@gmail.com Laman : stikesmni.ac.id
Telp/Fax : (0653) 7829637

Nomor : ~~725~~ /MNI.05.02/PP.05.00/2025
Lamp : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
DIREKTUR RSUD TGK CHIK DITIRO
Di-

Tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Dengan ini kami memberitahukan bahwa Mahasiswa/i S1 Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Sigli Tahun Akademik 2025/2026 akan melaksanakan kegiatan Penyusunan Tugas Akhir sebagai Persyaratan Akademik.

Berkenaan dengan hal tersebut diatas, maka mohon untuk diberikan izin bagi mahasiswa/i kami di bawah ini :

Nama : Nasrijal
NIM : 22010078
Judul Skripsi : Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan perawat Tentang Ketepatan Penanganan Pasien Di IGD UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO Sigli


Tempat : RSUD TGK CHIK DITIRO

Untuk dapat melakukan penelitian guna penyusunan dan penyelesaian Tugas Akhir. Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terimakasih.

Sigli, 13 Agustus 2025

Wakil Ketua I

STIKes Medika Nurul Islam


Kasrawati, M.Si

NIDN: 0103129101



PEMERINTAH KABUPATEN PIDIE
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TGK. CHIK DITIRO SIGLI

Alamat : Jalan Prof. A. Madjid Ibrahim Telp. (0653) 21313, Fax. (0653) 22282 Sigli
Website, <https://rsutcd.pidiekab.go.id>, Email. rsutcd@pidiekab.go.id

Nomor : KKP//zsy/IX/2025
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian

Sigli, 02 September 2025
Kepada :
Ketua Prodi
S1 Keperawatan
STIKes Medika Nurul Islam
di-
Tempat.

1. Direktur UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Nasrijal
NIM : 22010078
Prodi : S1 Keperawatan STIKes Medik Nurul Islam
Judul : Faktor Faktor Yang Berhungan Dengan Pengetahuan perawat Tentang Ketepatan Penanganan Pasien Di IGD UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO Sigli

Bahwa yang namanya tersebut diatas telah selesai melakukan penelitian mulai tanggal 21 Agustus s/d 01 September 2025 di UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk. Chik Ditiro Sigli.

2. Demikianlah surat ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

DIREKTUR UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TGK. CHIK DITIRO SIGLI



drg MOHD RIZA FAISAL, MARS
PEMBINA UTAMA MUDA
NIP. 19721106200112 1 003



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDIKA NURUL ISLAM**

JURUSAN ILMU KEPERAWATAN

Jl. Lingkar Cot Teungoh No. 15 Sigli Kabupaten Sigli
Email : stikesnursigli@gmail.com Laman : https://stikesnuri.ac.id
Telepon/Fax : (0653) 7829637

LEMBAR KOMUNIKASI BIMBINGAN PENELITIAN/ SKRIPSI

NAMA : NASRIJAL
NIM/ANGKATAN : 22010078 / 2022
PEMBIMBING : Azwir, S.Kep., MARS
JUDUL : FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING	KET
1	08/12/2025	Konsul Bab I		
2	17/12/2025	Revisi Bab I		
3	22/12/2025	Konsul Bab VI		
4	29/12/2025	Revisi Penulisan Bab VI		
5	01/01/2026	Revisi Hasil Penelitian		
6	06/01/2026	Acc Sidang		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Catatan: Kartu ini jangan rusak/ hilang dan dikembalikan saat mendaftar sidang skripsi

Sigli, 6 Januari 2026

Mengetahui,
Pembimbing Skripsi

Azwir, S.Kep., MARS
NIDN. 8833623419



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDIKA NURUL ISLAM**

JURUSAN ILMU KEPERAWATAN

Jl. Lingkar Cot Teungoh No. 15 Sigli Kabupaten Sigli
Email : stikesnursigli@gmail.com Laman : https://stikesnuri.ac.id
Telepon/Fax : (0653) 7829637

LEMBAR KOMUNIKASI BIMBINGAN PROPOSAL

NAMA : NASRIJAL
NIM/ANGKATAN : 22010078 / 2022
PEMBIMBING : Azwir, S.Kep., MARS
JUDUL : FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG KETEPATAN PENANGANAN PASIEN DI IGD UPTD RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING	KET
1	3 Juni 2025	Pengajuan judul		
2	6 Juni 2025	Konsul Bab I, dan Bab II		
3	10 Juni 2025	Revisi Bab I dan Bab II		
4	15 Juni 2025	Konsul Bab III dan Bab IV		
5	20 Juni 2025	Konsul kuesioner		
6	25 Juni 2025	Acc Seminar proposal		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Catatan: Kartu ini jangan rusak/ hilang dan dikembalikan saat mendaftar sidang skripsi

Sigli, 25 Juni 2025
Mengetahui,
Pembimbing Skripsi

Azwir, S.Kep., MARS
NIDN. 8833623419

LEMBARAN PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth;
Calon Responden Penelitian
di-Tempat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Jurusan Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam Sigli.

Nama :NASRIJAL

Nim :22010078

Akan mengadakan Penelitiandengan judul “**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Perawat Tentang Ketepatan Penanganan Pasien Di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli**”. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden, kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan Peneliti ini, jika masyarakat bersedia menjadi responden, maka mohon menjawab pertanyaan yang saya sediakan.

Atas perhatian dan kesediaan para masyarakat sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Mahasiswa

NASRIJAL
NIM: 22010078

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi Responden untuk ikut berpartisipasi dalam pencarian data yang dilakukan Mahasiswa Jurusan Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam Sigli yang bernama:

Nama :NASRIJAL

Nim :22010078

Judul Penelitian : **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Perawat Tentang Ketepatan Penanganan Pasien Di IGD UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli”**

Saya mengerti bahwa catatan/ data mengenai Penelitian ini akan dirahasiakan, dan informasi yang saya berikan akan sangat besar manfaatnya bagi pengembangan ilmu kesehatan di Indonesia umumnya dan masyarakat Aceh pada khususnya. Demikian secara suka rela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam hal ini.

Sigli Agustus 2025

Responden

LEMBAR KARAKTERISTIK PERAWAT IGD RSUD TGK CHIK**DITIRO SIGLI**

No	Karakteristik Responden	Keterangan
1	Nama	
2	Tanggal lahir	
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> D3 Keperawatan <input type="checkbox"/> Profesi Ners
5	Lama Kerja di IGD tahun
6	Pernah Mengikuti Pelatihan Kegawatdaruratan	<input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah
7	Jenis Pelatihan (jika pernah)	<input type="checkbox"/> BTCLS <input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> PPGD <input type="checkbox"/> Lainnya:

**KUESIONER PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG KETEPATAN
PENANGANAN PASIEN DI IGD**

A. Pengetahuan tentang Triase (Soal 1–5)

1. Tujuan utama dilakukannya triase di IGD adalah untuk:
 - a. Menentukan urutan pendaftaran
 - b. Menentukan ruang perawatan
 - c. Menentukan prioritas penanganan sesuai tingkat kegawatdaruratan
 - d. Menentukan biaya
2. pelayanan Pasien dengan kondisi mengancam nyawa harus:
 - a. Menunggu giliran
 - b. Ditangani setelah administrasi
 - c. Segera mendapatkan penanganan
 - d. Menunggu instruksi dokter
3. Sistem triase di IGD digunakan untuk:
 - a. Menilai keluhan utama pasien
 - b. Menentukan diagnosis medis
 - c. Mengelompokkan pasien berdasarkan kegawatdaruratan
 - d. Menentukan lama perawatan
4. Kesalahan dalam penentuan triase dapat berdampak pada:
 - a. Kepuasan keluarga
 - b. Waktu kerja perawat
 - c. Keselamatan pasien
 - d. Administrasi rumah sakit

5. Perawat IGD berperan dalam triase dengan cara:

- a. Menunggu instruksi dokter
- b. Melakukan penilaian awal kondisi pasien
- c. Mengisi rekam medis saja
- d. Mengantar pasien ke ruang rawat

B. Pengetahuan tentang Response Time (Soal 6–9)

6. Response time di IGD diartikan sebagai:

- a. Lama pasien dirawat
- b. Lama pasien menunggu dokter
- c. Waktu dari pasien datang sampai tindakan awal diberikan
- d. Waktu pengisian rekam medis

7. Response time yang dianjurkan untuk pasien gawat darurat adalah:

- a. ≤ 30 menit
- b. ≤ 15 menit
- c. ≤ 10 menit
- d. ≤ 5 menit

8. Response time yang cepat bertujuan untuk:

- a. Mengurangi beban kerja
- b. Mempercepat administrasi
- c. Mencegah perburukan kondisi pasien
- d. Meningkatkan kepuasan keluarga

9. Faktor yang dapat memperlambat response time di IGD adalah:

- a. Komunikasi efektif

- b. Ketersediaan SOP
- c. Keterbatasan tenaga dan sarana
- d. Pelatihan perawat

C. Pengetahuan tentang Tindakan Keperawatan Gawat Darurat (Soal 10–14)

10. Pengkajian awal pasien gawat darurat dilakukan dengan pendekatan:

- a. Head to toe
- b. SOAP
- c. ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)
- d. Diagnostik medis

11. Prioritas tindakan pada pasien gawat darurat adalah:

- a. Administrasi
- b. Pemeriksaan penunjang
- c. Menjaga jalan napas dan sirkulasi
- d. Pengisian rekam medis

12. Tindakan keperawatan di IGD harus dilakukan berdasarkan:

- a. Kebiasaan kerja
- b. Pengalaman pribadi
- c. Standar Operasional Prosedur (SOP)
- d. Permintaan keluarga

13. Perawat IGD harus mampu bekerja cepat karena:

- a. Banyak pasien
- b. Tuntutan rumah sakit
- c. Kondisi pasien dapat berubah dengan cepat

d. Keterbatasan ruangan

14. Tindakan keperawatan yang tidak sesuai SOP dapat menyebabkan:

- a. Keterlambatan pulang pasien
- b. Risiko keselamatan pasien dan masalah hukum
- c. Penambahan biaya
- d. Ketidakpuasan keluarga saja

D. Pengetahuan tentang Dokumentasi Keperawatan (Soal 15–17)

15. Dokumentasi keperawatan di IGD berfungsi sebagai:

- a. Catatan pribadi perawat
- b. Laporan keuangan
- c. Bukti hukum dan kesinambungan pelayanan
- d. Arsip administrasi saja

16. Dokumentasi keperawatan harus ditulis secara:

- a. Singkat dan cepat
- b. Setelah pasien pulang
- c. Lengkap, akurat, dan tepat waktu
- d. Sesuai kebiasaan perawat

17. Dokumentasi yang tidak lengkap dapat berdampak pada:

- a. Penurunan beban kerja
- b. Kesulitan evaluasi dan risiko hukum
- c. Kepuasan pasien
- d. Lama rawat

E. Pengetahuan tentang Alur Pelayanan & Keselamatan Pasien (Soal 18–20)

18. Prioritas pelayanan di IGD ditentukan berdasarkan:

- a. Usia pasien
- b. Jenis kelamin
- c. Urutan kedatangan
- d. Tingkat kegawatdaruratan pasien

19. Keselamatan pasien di IGD merupakan tanggung jawab:

- a. Dokter
- b. Kepala ruangan
- c. Perawat jaga
- d. Seluruh tim pelayanan kesehatan

20. Komunikasi yang efektif antar tim di IGD bertujuan untuk:

- a. Menghemat waktu kerja
- b. Mengurangi beban perawat
- c. Meningkatkan ketepatan dan keselamatan penanganan pasien
- d. Mempercepat administrasi

HASIL SPSS**Pelatihan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah	34	91.9	91.9	91.9
	tidakp pernah	3	8.1	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	29	78.4	78.4	78.4
	Ners	8	21.6	21.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	deawasa awal	27	73.0	73.0	73.0
	dewasa madya	10	27.0	27.0	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Lama Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baru	24	64.9	64.9	64.9
	lama	13	35.1	35.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

Pengetahuan perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	34	91.9	91.9	91.9
	tidak baik	3	8.1	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

pelatihan * pengetahuan

Crosstab

		pengetahuan			
		baik	tidak baik	Total	
pelatihan	pernah	Count	31	3	34
		Expected Count	31.2	2.8	34.0
		% within pelatihan	91.2%	8.8%	100.0%
	tidak pernah	Count	3	0	3
		Expected Count	2.8	.2	3.0
		% within pelatihan	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	34	3	37	
	Expected Count	34.0	3.0	37.0	
	% within pelatihan	91.9%	8.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.288 ^a	1	.591	1.000	.770	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.530	1	.467	1.000	.770	
Fisher's Exact Test				1.000	.770	
Linear-by-Linear Association	.280 ^c	1	.597	1.000	.770	.770
N of Valid Cases	37					

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.529.

pendidikan * pengetahuan

Crosstab

		pengetahuan		Total	
		baik	tidak baik		
pendidikan	D3	Count	26	3	29
		Expected Count	26.6	2.4	29.0
		% within pendidikan	89.7%	10.3%	100.0%
	Ners	Count	8	0	8
		Expected Count	7.4	.6	8.0
		% within pendidikan	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	34	3	37	
	Expected Count	34.0	3.0	37.0	
	% within pendidikan	91.9%	8.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.901 ^a	1	.343	.582	.470	
Continuity Correction ^b	.047	1	.828			
Likelihood Ratio	1.533	1	.216	.582	.470	
Fisher's Exact Test				1.000	.470	
Linear-by-Linear Association	.876 ^c	1	.349	.582	.470	.470
N of Valid Cases	37					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .65.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.936.

usia * pengetahuan

Crosstab

		pengetahuan		Total	
		baik	tidak baik		
usia	Dewasa awal	Count	24	3	27
		Expected Count	24.8	2.2	27.0
		% within usia	88.9%	11.1%	100.0%
	Dewasa Madya	Count	10	0	10
		Expected Count	9.2	.8	10.0
		% within usia	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	34	3	37	
	Expected Count	34.0	3.0	37.0	
	% within usia	91.9%	8.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.209 ^a	1	.272	.548	.376	
Continuity Correction ^b	.178	1	.673			
Likelihood Ratio	1.987	1	.159	.548	.376	
Fisher's Exact Test				.548	.376	
Linear-by-Linear Association	1.176 ^c	1	.278	.548	.376	.376
N of Valid Cases	37					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .81.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.085.

lamakerja * pengetahuan

Crosstab

		pengetahuan		Total	
		baik	tidak baik		
lamakerja	baru	Count	21	3	24
		Expected Count	22.1	1.9	24.0
		% within lamakerja	87.5%	12.5%	100.0%
	lama	Count	13	0	13
		Expected Count	11.9	1.1	13.0
		% within lamakerja	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	34	3	37	
	Expected Count	34.0	3.0	37.0	
	% within lamakerja	91.9%	8.1%	100.0%	

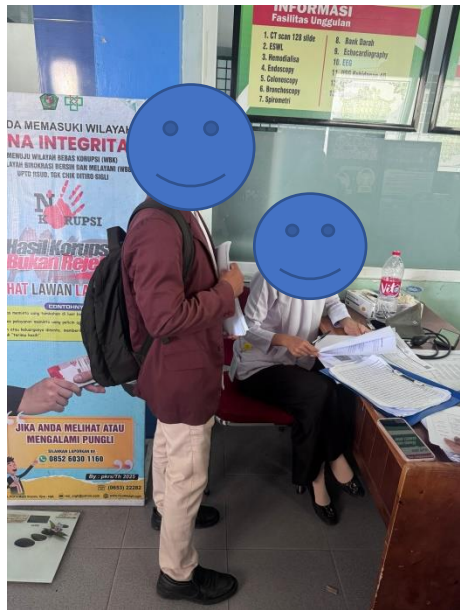
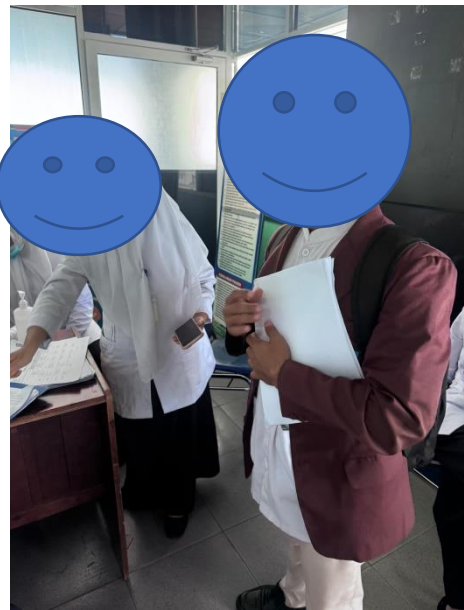
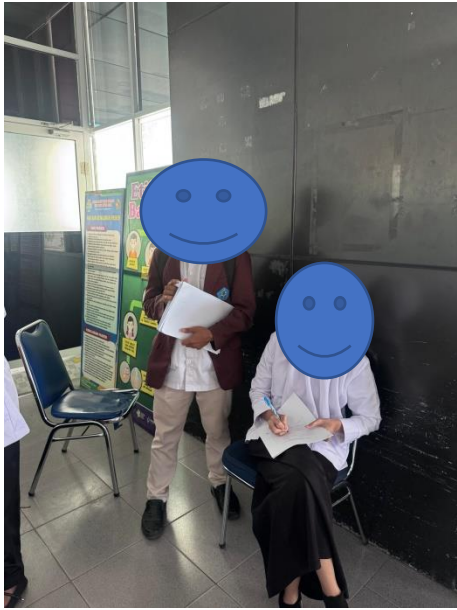
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.768 ^a	1	.184	.297	.260	
Continuity Correction ^b	.489	1	.485			
Likelihood Ratio	2.739	1	.098	.297	.260	
Fisher's Exact Test				.538	.260	
Linear-by-Linear Association	1.721 ^c	1	.190	.297	.260	.260
N of Valid Cases	37					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.05.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.312.



DOKUMENTASI

