

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN
METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*)
DI INSTALASI GAWAT DARURAT UPTD RSUD
TGK. CHIK DITIRO SIGLI**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**SYIFAUL AMALIA
NIM. 22010017**



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

LEMBAR ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Syifaul Amalia

Nim : 22010017

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

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

Sigli, 7 Januari 2026

Yang membuat pernyataan



SYIFAUL AMALIA
NIM. 22010017

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi Dengan Judul :

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN
METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*)
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD
TGK CHIK DITIRO SIGLI**

Oleh :

**SYIFAUL AMALIA
NIM. 22010017**

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

Sigli, 16 Januari 2026
Pembimbing



Ns. Nurleia Mufida, M. Kep

Mengetahui
Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan
(STIKes) Medika Nurul Islam



Ns. Tuti Sahara, M. Kep
NIDN : 130308890

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Dengan Judul :

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN
METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*)
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD
TGK CHIK DITIRO SIGLI**

Oleh :

**SYIFAUL AMALIA
NIM. 22010017**

Telah Diseminarkan Di Hadapan Tim Peguji Proposal
Program Studi Ilmu Keperawat (STIKes) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika
Nurul Islam

Sigli, 15 Desember 2025

Mengesahkan

- | | |
|---------------|--------------------------------------|
| 1. Penguji I | : Ns. Lisnawati Rahayu, M.Kep |
| 2. Penguji II | : Bdn. Riska Nurrahmah, S.ST., M.K.M |
| 3. Pembimbing | : Ns. Nurlela Mufida, M.Kep |

1.

2.

3.

Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan
(STIKes) Medika Nurul Islam



Ns. Tuti Sahara, M.Kep
NIDN : 1303088901



MOTTO

Di balik setiap kesulitan pasti ada kemudahan, dan Skripsi ini adalah buktinya. Allah berfirman: "Karena sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan."

(QS. Al-Insyirah: 6)

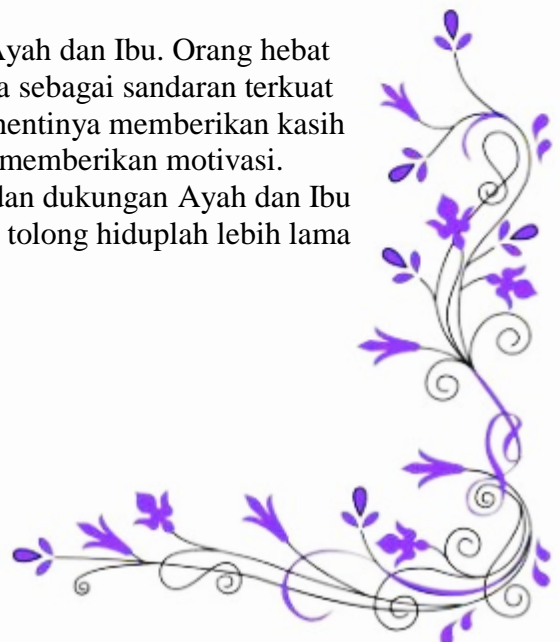
Semua jatuh bangunmu hal yang biasa, angan dan pertanyaan waktu yang menjawabnya, berikan tenggat waktu bersedihlah secukupnya, rayakan perasaan mu sebagai manusia.

(Baskara Putra - Hindia)

Ayah bekerja tanpa mengenal lelah, Ibu berdoa tanpa mengenal henti. Setiap keringat ayah dan setiap doa ibu adalah alasan kenapa aku ada di sini. Jika aku menyerah, sama saja aku mengkhianati perjuangan mereka."

(Syifaul Amalia)

Karya ini saya persembahkan untuk Ayah dan Ibu. Orang hebat yang selalu menjadi penyemangat saya sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia. Yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta selalu memberikan motivasi. Terima kasih untuk semua berkat do'a dan dukungan Ayah dan Ibu saya bisa berada dititik ini. Sehat selalu tolong hiduplah lebih lama lagi.



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

SKRIPSI

12 Januari 2026

Xiv + 6 Bab + 58 Halaman + 5 Tabel + 2 Skema + 16 Lampiran

SYIFAUL AMALIA

NIM. 220100017

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN
METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*) DI
INSTALASI GAWAT DARURAT UPTD RSUD TGK. CHIK DITIRO SIGLI**

ABSTRAK

Penerapan triase yang tepat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan faktor penting dalam memberikan pelayanan cepat dan akurat kepada pasien. Salah satu metode triase yang banyak digunakan adalah metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*), yang penerapannya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan perawat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan perawat dan penerapan metode START di IGD 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 RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli sebanyak 36 orang, dengan jumlah sampel penelitian 30 perawat yang dipilih secara *purposive sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan perawat dan lembar observasi untuk menilai penerapan metode START. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik dan penerapan metode START yang tepat. Analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan metode START, dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$ ($\alpha < 0,05$). Kesimpulan: Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dan penerapan metode START di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Disarankan agar rumah sakit meningkatkan program pendidikan dan pelatihan triase bagi perawat untuk meningkatkan ketepatan penerapan metode START.

Kata Kunci :Triase, Pengetahuan, Perawat, START

Daftar Pustaka : 6 buku, 28 jurnal (2018-2025).

**THE HIGHER SCHOOL OF HEALTH SCIENCE
MEDIKA NURUL ISLAM
DEGREE IN NURSING**

SKRIPSI

January 12th, 2026

xiv + 6 Chapters + 58 Pages + 5 Tables + 2 Figures + 16 Appendices

SYIFAUL AMALIA

220100017

THE CORRELATION BETWEEN NURSE KNOWLEDGE AND THE IMPLEMENTATION OF START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*) METHODS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF TGK. CHIK DI TIRO PUBLIC SIGLI HOSPITAL

ABSTRACT

Appropriate triage implementation in the emergency department (ER) is essential for providing prompt and appropriate patient care. Nursing knowledge significantly impacts the implementation of the START (Simple Triage and Rapid Treatment) approach, a common triage strategy. The objective of the research was to determine the correlation between nurse knowledge and the implementation of START methods at the emergency department of the Tgk Chik Di Tiro Public Sigli Hospital. The type of research was analytic through a cross-sectional design. The population in research was nurses in the Emergency Department of Tgk Chik Di Tiro Public Sigli Hospital. 36 respondents were taken as samples by using the *purposive sampling* method. To obtain the data, the researcher used a questionnaire and observation sheet to examine the implementation of the START method. The result showed that the majority of nurses had sufficient knowledge and appropriate implementation of START. For bivariate analysis, it showed that there was a correlation between nurse knowledge and the implementation of START methods at the emergency department, obtaining a *P-value* = 0.001 ($\alpha < 0.05$). In brief, there was a correlation between nurse knowledge and the implementation of START methods at the emergency department of the Tgk Chik Di Tiro Public Sigli Hospital. Therefore, the researcher expected that hospitals should be strengthening triage education and nurse training programs to increase the accuracy of START method implementation.

Keywords : Triage, Knowledge, Nurse, START

References: 6 books, 28 journals (2018-2025).

May 5th, 2026
Stamped by



Laboratorium
Unit Pengembangan Bahasa Inggris
STIKes Medika Nurul Islam

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya yang telah memberikan kesehatan dan kesempatan kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini dengan judul: ‘Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*) Di Instalasi Gawat Darurat Uptd Rsud Tgk. Chik Ditiro Sigli”. Untuk mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam.

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. Dengan kerendahan hati peneliti mengucapkan terima kasih kepada bapak/ ibu terutama kepada :

1. Ibu Ns. Risna, S.Kep., M.Kep selaku Ketua STIKes Medika Nurul Islam.
2. Ibu Ns. Lisnawati Rahayu, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Jurusan Sarjana Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam dan sekaligus penguji 1 yang telah memberikan masukan dan saran kepada peneliti untuk perbaikan skripsi penelitian ini.
3. Ibu Ns. Dian Devita, M.Tr.Kep selaku pembimbing skripsi penelitian ini yang telah banyak membantu dan memberikan saran dan masukan kepada peneliti hingga selesai.
4. Ibu ibu Bdn. Riska Nurrahmah, S.ST., M.K.M penguji 2 yang telah memberikan masukan dan saran kepada peneliti untuk perbaikan skripsi penelitian ini.

5. Bapak drg. Mohd Riza Faisal, MARS selaku Direktur RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk mengambil data awal penelitian.
6. Bapak Ns. H. Zulfitri, S.Kep selaku Kepala IGD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli yang telah membantu peneliti pengambilan data awal hingga selesai penelitian.
7. Seluruh perawat IGD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli yang telah menjadi responden penelitian ini sehingga penelitian ini berjalan dengan lancar.
8. Para Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan serta ilmu pengetahuan kepada peneliti selama mengikuti pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam.
9. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang selalu memberikan semangat.

Peneliti telah berusaha melakukan yang terbaik dalam skripsi penelitian ini, namun peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, sehingga kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan dari semua pihak.

Sigli, 12 Januari 2026

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR ORISINALITAS.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SKEMA	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Intalasi Gawat Darurat (IGD)	8
B. Konsep Perawat	11
C. Konsep Triage.....	13
D. Konsep Pengetahuan.....	22
E. Kerangka Teoritis	29
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN	30
A. Kerangka Konsep.....	30
B. Hipotesa Penelitian.....	31
C. Definisi Operasional.....	32
D. Cara Pengukuran.....	33
BAB IV METODE PENELITIAN.....	33
A. Jenis dan Desain Penelitian	33
B. Populasi dan Sampel	33
C. Tempat dan Waktu Penelitian	35
D. Etika Penelitian	35
E. Alat Pengumpulan Data.....	36
F. Instrumen Penelitian	37
G. Cara Penelitian	39
H. Pengolah data Dan Analisa Data.....	40

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	44
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
B. Hasil Penelitian	44
C. Pembahasan.....	47
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA	
RIWAYAT HIDUP	
DAFTAR LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	31
Tabel 4.1 Uji Normalitas	
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Penerapan Metode Start.....	45
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Perawat	45
Tabel 5.3 Hubungan Pengetahuan Perawat Antara Penerapan Metode Start	46

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teoritis.....	29
Skema 3.1 Kerangka Konsep	30

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Anggaran Biaya
- Lampiran 3 : Surat Pemohonan Jadi Responden
- Lampiran 4 : Surat Pemohonan Kesedian Responden
- Lampiran 5 : Kuesioner Penelitian (Lembar Observasi dan Kuesioner
- Lampiran 6 : SOP Triase
- Lampiran 7 : Surat Studi Pendahuluan dari STIKes MNI Sigli
- Lampiran 8 : Surat Rekomendasi Pengambilan data awal dari RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli
- Lampiran 9 : Surat Selesai Pengambilan data awal dari RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli
- Lampiran 10 : Surat Izin Penelitian dari STIKes MNI Sigli
- Lampiran 11 : Surat Rekomendasi Izin Penelitian dari RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli
- Lampiran 12 : Surat Selesai Penelitian dari RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli
- Lampiran 13 : Master Tabel Penelitian
- Lampiran 14 : Hasil Analisa Data SPSS
- Lampiran 15 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 16 : Bukti Permintaan Adopsi Kuesioner Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan departemen penting untuk menanggapi keadaan darurat dan titik kontak utama dalam upaya menyelamatkan nyawa pasien. Kecepatan dan ketepatan respons staf medis ruang gawat darurat memiliki dampak signifikan terhadap kondisi pasien dan kepuasan keluarga mereka (Nursanti, 2022). Kepuasan pasien dan keluarga merupakan salah satu kriteria untuk menilai efektivitas dan kualitas suatu layanan, yang harus memenuhi kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga mereka (Nisa, 2022).

Gawat darurat merupakan kondisi yang mengancam nyawa jika tidak ditangani segera, sehingga memerlukan keahlian profesional medis dalam manajemen darurat, khususnya dalam pengelolaan triase (Sarqi, 2024). Triase merupakan proses mengklasifikasikan pasien berdasarkan tingkat keparahan cedera menggunakan warna untuk menentukan prioritas perawatan. Proses ini dimulai dari ada tidaknya gangguan standar ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) (Priyandi, 2020). Triase berfungsi sebagai pertolongan pertama dalam penanganan awal pasien, memprioritaskan pasien berdasarkan tingkat keparahan cedera, dan memastikan penanganan yang cepat dan tepat. Proses ini dinilai dari waktu tanggap (*respon time*), yang bervariasi tergantung pada tingkat kegawatdaruratan pasien (Patima, 2022).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2018) beberapa penyakit termasuk penyebab utama kematian di dunia, seperti penyakit jantung iskemik (7,4 juta), stroke (76,7 juta), penyakit paru obstruktif kronik (3,1 juta), infeksi pernafasan bawah (3,1 juta), kanker (1,6 juta), dan cedera/kecelakaan (1,2 juta). Data ini menyoroti jumlah besar pasien gawat darurat yang membutuhkan penanganan cepat di rumah sakit untuk mencegah kematian dan kecacatan (Prahmawati et al., 2021).

Kunjungan pasien ke IGD tahun 2020 di Indonesia mencapai 8.597.000 (15,5% dari total kunjungan), dengan 2.247 rumah sakit umum dan 587 rumah sakit khusus dari total 2.834 rumah sakit. Pada 2021, kunjungan meningkat menjadi 10.124.000 (18,2% dari total), dan pada 2022 mencapai 16.712.000 (28,2% dari total) (Sisy, 2020).

Sistem triase telah banyak mengalami perubahan dan perkembangan dalam kurun waktu 20 tahun. Salah satu teknik triase yang populer adalah metode START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) yang memberikan pendekatan sederhana saat mengklasifikasikan pasien berdasarkan tingkat urgensi dan membantu perawatan yang tepat dengan memanfaatkan parameter RPM (*Respiration, Perfusion, dan Mental status*) (Safwani, 2024).

Menurut tingkat keparahan dan urgensi tindakan, triase dikategorikan ke dalam empat tingkat labeling warna, yaitu Prioritas I (Merah) untuk pasien dalam keadaan mengancam jiwa yang membutuhkan penanganan segera, Prioritas II (Kuning) untuk pasien yang memiliki potensi mengancam jiwa namun masih dapat ditunda perawatannya dalam jangka waktu tertentu,

Prioritas III (Hijau) untuk pasien dengan cedera ringan tanpa perlu penanganan segera, dan Prioritas 0 (Hitam) untuk pasien yang tidak memiliki kemungkinan bertahan hidup (Mailita, 2022).

Kasus kematian dan kecacatan akibat pertolongan yang salah atau lambat pada pasien terutama di Instalasi gawat darurat (IGD) sering terjadi. Minimnya pengetahuan triase mengakibatkan ketidakakuratan dapat mempengaruhi hasil klinis yang buruk akibat lamanya waktu untuk mendiagnosa dan waktu untuk mendapatkan perawatan. Pengetahuan sangat berpengaruh dalam tindakan triase oleh karena itu pengetahuan menjadi dasar utama dalam melakukan tindakan triase. Di beberapa rumah sakit di Indonesia, penilaian triase dilakukan oleh perawat yang telah memiliki pelatihan gawat darurat, dan pelatihan triase. Ketepatan penilaian triase dan capaian keselamatan pasien merupakan salah satu implikasi dari penilaian triase (Sumianti, 2024).

Triase merupakan elemen penting dalam pelayanan di IGD untuk mencegah terjadinya kepadatan (*overcrowded*) dan dampak negatif lain yang bisa timbul bila tidak diterapkannya sistem triase yaitu kecacatan bahkan hingga kematian. kondisi kegawatdaruratan pasien dapat mengalami perburukan atau menjadi semakin gawat hingga terjadi komplikasi sampai dengan kematian, apabila tidak ditangani dengan segera (Rahmadan, 2020). Dalam hal ini penting untuk memprioritaskan tingkat kegawatan pasien sesuai dengan proses triage yang benar, dimana kondisi ini akan mempermudah untuk tindakan selanjutnya sesuai kebutuhan pasien. Perawat harus

mempertimbangkan banyak faktor yang berpotensi mempengaruhi penerapan triase dengan benar dan tepat sesuai sumber daya yang tersedia. Peningkatan pasien tanpa diimbangi dengan tenaga kesehatan atau sarana prasarana dapat menjadi permasalahan bagi perawat (Wijayantha, 2025).

Pengetahuan perawat merupakan faktor yang sangat menentukan ketepatan dalam pelaksanaan triase karena proses ini membutuhkan kemampuan pengkajian cepat, pemahaman algoritma, serta pengambilan keputusan klinis yang benar. Fitri (2022) menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan perawat, semakin baik ketepatan mereka dalam melakukan triase di IGD. Perawat dengan pengetahuan triase yang baik memiliki akurasi lebih tinggi dalam menentukan prioritas pasien. Selain itu, penelitian Indrawati (2022) juga menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan langsung dengan ketepatan tindakan triase, terutama dalam kondisi IGD dengan beban kerja tinggi.

Khusus pada metode START, keberhasilan penerapannya sangat bergantung pada pemahaman perawat terhadap parameter respirasi, perfusi, dan status mental (RPM). Purwadi (2021) menjelaskan bahwa sistem triase START terbukti meningkatkan kualitas penentuan prioritas di IGD jika operator memahami langkah-langkahnya dengan baik. Selain itu, instrumen penilaian pengetahuan START yang telah divalidasi oleh Faizatiwahida (2024) menunjukkan bahwa pengetahuan perawat dapat diukur secara objektif dan berpengaruh pada ketepatan triase. Penelitian Ramadhan (2024) juga

menyimpulkan bahwa pendidikan tentang START meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam menentukan prioritas triase.

Triase yang tidak tepat dapat menyebabkan keterlambatan pasien dan menambah biaya tindakan pasien di IGD. Keterlambatan terjadi apabila tidak ada algoritma yang jelas, sehingga pengambilan keputusan dalam menentukan tingkat/prioritas (Nursanti, 2022). Pengetahuan perawat tentang triase yang dimiliki oleh petugas kesehatan IGD akan sangat membantu petugas dalam mengenal kasus-kasus kegawatan dan selain berguna untuk kualitas pelayanan juga dapat mencegah kematian dan kecacatan lebih lanjut. Semakin rendah pengetahuan seseorang tentang triase maka tindakan terhadap triase berdasarkan prioritas juga tidak akan sesuai (Marlini, 2024).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kencali (2025) menunjukkan hasil bahwa mayoritas tenaga kesehatan memiliki tingkat pengetahuan yang baik (84,3%), sementara 9,8% cukup dan 5,9% kurang terhadap penerapan triase metode START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) di IGD RSUD Cut Meutia Aceh Utara.

Penelitian yang dilakukan oleh Mailita (2022) menunjukkan hasil bahwa pengetahuan perawat tentang triase diketahui perawat mempunyai pengetahuan cukup tentang triase sebanyak 9 orang (52,9%), perawat pengetahuan baik tentang triase sebanyak 6 orang (35,3%) dan paling sedikit perawat mempunyai pengetahuan kurang tentang triase sebanyak 2 orang (11,8%).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli, penulis melakukan wawancara kepada 6 perawat. Mereka menyatakan bahwa terkadang mereka terburu-buru dalam menentukan triase bagi pasien ketika jumlah pasien terlalu banyak, dan beberapa perawat melakukan triase tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya. Ada pasien yang seharusnya ditangani di poli rawat jalan tetapi dimasukkan ke IGD, sehingga pasien yang membutuhkan penanganan segera tidak ditangani secara maksimal. Perawat juga menyebutkan bahwa ketika melakukan penanganan, ada beberapa pasien yang tidak sabar menunggu dan terburu-buru untuk ditangani, sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam penerapan triase di IGD. Meskipun demikian, para perawat menyampaikan bahwa kecepatan atau response time mereka dalam menangani pasien selama ini sudah cukup baik dan sesuai prosedur, sehingga masalah utama bukan terletak pada lambatnya waktu tanggap, tetapi lebih pada ketepatan dalam menentukan kategori triase. Seluruh tenaga kerja di IGD terdiri dari 1 kepala ruang, 1 staf administrasi, dan 36 perawat. Pelaksanaan tugas dilakukan oleh perawat dengan jenjang pendidikan yang beragam, yaitu 8 perawat dengan pendidikan S1, 5 perawat dengan pendidikan Amk, dan 23 perawat dengan pendidikan DIII.

Berdasarkan permasalahan latar belakang masalah di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (*Simple Triase And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK Chik Ditiro Sigli”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “Apakah ada Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK Chik Ditiro Sigli”?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat terhadap penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK Chik Ditiro Sigli Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK Chik Ditiro Sigli Tahun 2025.
- b. Untuk mengetahui penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK Chik Ditiro Sigli Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan peningkatan pengetahuan bagi penulis tentang triase penerapan metode START di IGD.

2. Manfaat bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan tambahan informasi dan wawasan pengetahuan bagi perawat di IGD dalam melakukan pemilahan triase dengan baik dan benar.

3. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit sebagai Upaya peningkatan kualitas pelayanan dan pengetahuan perawat dalam melakukan proses triase dengan benar.

4. Bagi Peneliti Lainnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai pengetahuan perawat dalam penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di Rumah Sakit yang memberi penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang membutuhkan perawatan gawat darurat. IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan triage, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (Patima, 2022).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah lini utama sebagai jalan masuknya pasien ke rumah sakit dan juga layanan yang memberikan pertolongan utama kepada pasien dengan kondisi gawat darurat (Parasetyo, 2017). Kondisi gawat darurat memerlukan tindakan medis secara cepat dan langsung untuk menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah terjadinya kecacatan. Pasien yang berada di IGD akan ditangani sesuai dengan keadaan pasien (Maulana, 2021).

Kementrian Kesehatan RI telah mengatur kebijakan mengenai standarisasi pelayanan di IGD rumah sakit dalam Kemenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009. Peraturan ini ditujukan untuk memperbaiki kualitas IGD di Indonesia. Harus ada komitmen dari pemerintah pusat maupun daerah untuk berpartisipasi dalam memberikan sosialisasi kepada

masyarakat bahwasannya penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan kurang dari 5 menit setelah pasien sampai di IGD (Firmansyah, 2021).

2. Prinsip Pelayanan di IGD

Prinsip umum pelayanan IGD Rumah Sakit (Firmansyah, 2021). :

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

3. Kegiatan pelayanan Instalasi Gawat Darurat

- a. Triase Adalah proses memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit kegawatdaruratan. untuk menentukan jenis penanganan IGD (Firmansyah, 2021).
- b. *Survey Primer* (resusitasi dan stabilisasi) Merupakan tindakan yang segera diberikan kepada pasien dengan kategori merah setelah megevaluasi potensi jalan nafas, status pernafasan,,sirkulasi dan jaringan, serta status mental pasien (Maulana, 2021).
- c. *Survey Sekunder* Tindakan yang diberikan apabila kondisi pasien memerlukan tindakan defenitive segera namun pada puskesmas/ klinik/ tempat praktek dokter (Maulana, 2021).
- d. Tatalaksana Defenitive Pemeberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap pasien IGD (Firmansyah, 2021).
- e. Rujukan Tindaklanjut penanganan terhadap pasien yang mungkin dilakukan di puskesmas/klinik IGD (Firmansyah, 2021).
- f. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien IGD (Firmansyah, 2021).
- g. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjut/defenitif dari fasilitas kesehatan lainnya (Paula, 2019).
- h. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampumelakukan layanan lanjutan (Paula, 2019).

B. Konsep Perawat

1. Pengertian Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan sebagai kegiatan pemberi asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (Ariga, 2020).

Tindakan pemberian asuhan keperawatan perawat profesional baik secara mandiri maupun kolaborasi, yang disesuaikan dengan lingkup wewenang dan tanggung jawab ilmu keperawatan (Perawat Persatuan Indonesia). Ilmu keperawatan mencakup dasar, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu dasar keperawatan, keperawatan komunitas, dan keperawatan klinik (Adispati, 2019).

2. Tujuan Keperawatan

Menurut UUD No. 38 tahun 2014 tujuan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Membantu individu atau masyarakat untuk mandiri.
- b. Meningkatkan mutu Pelayanan Keperawatan.
- c. Memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada Perawat dan Klien.
- d. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

3. Tugas Perawat

Menurut UUD No. 38 tahun 2014 dalam Pasal 29 Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai berikut:

- a. Pemberi Asuhan Keperawatan.
- b. Penyuluh dan konselor bagi Klien.
- c. Pengelola Pelayanan Keperawatan.
- d. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- e. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

4. Tanggung Jawab Perawat

Secara umum, perawat mempunyai tanggung jawab dalam memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan, meningkatkan ilmu pengetahuan dan meningkatkan diri sebagai profesi. Tanggung jawab dalam memberi asuhan keperawatan kepada klien mencakup aspek bio-psiko-sosial-kultural-dan spiritual, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi (Koerniawan, 2020):

- a. Membantu klien memperoleh kembali kesehatannya.
- b. Membantu klien yang sehat untuk memelihara kesehatannya.
- c. Membantu klien yang tidak dapat disembuhkan untuk menerima kondisinya.
- d. Membantu klien yang menghadapi ajal untuk diperlakukan secara manusiawi sesuai martabatnya sampai meninggal dengan tenang.

C. Konsep Triage

1. Pengertian Triage

Triage berasal dari bahasa Prancis *trier* bahasa Inggris *triage* dan diturunkan dalam bahasa Indonesia *triase* yang berarti *sortir* yaitu proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau pe nyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap 100 juta orang yang memerlukan perawatan di IGD setiap tahunnya (Andara, 2019).

Triage adalah suatu tindakan pemilihan pasien berdasarkan pada tingkat kegawatannya, keparahannya dan cedera yang diprioritaskan apakah ada atau tidaknya gangguan seperti *Airway (A)*, *Breathing (B)*, dan *Circulation (C)* dengan mempertimbangkan sumber daya manusia, sarana dan probabilitas hidup pasien (Prahmawati, 2021).

2. Tujuan Triage

Tujuan triase menurut Nusdin (2020) antara lain :

- a. Mengidentifikasi kondisi pasien atau korban yang mengancam nyawa.
- b. Mengidentifikasi cepat pasien yang memerlukan stabilisasi segera.
- c. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakurat yang dialami pasien
- d. Mengurangi jatuhnya korban jiwa dan kecacatan.

- e. Mengidentifikasi pasien yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan.
- f. Bertindak dengan cepat dan waktu yang tepat serta melakukan yang terbaik untuk pasien.

3. Jenis Triage

Berdasarkan kajian pustaka yang ekstensif, sistem Triage dapat dikategorikan menjadi beberapa jenis yang didasarkan pada perbedaan dalam metodologi, fokus penilaian, dan tujuan implementasinya. Dalam penelitian seminal mereka pada tahun 1992, Thomas dan Dains mengusulkan suatu kerangka kerja untuk mengklasifikasikan sistem Triage menjadi tiga kategori utama, yaitu tipe non-perawat, tipe pemeriksaan cepat, dan tipe komprehensif, yang masing-masing mencerminkan tingkat kompleksitas dan kedalaman penilaian yang berbeda (Rimadeni, 2021):

- a. Sistem Triage tipe non-perawat mengandalkan petugas yang tidak memiliki kualifikasi medis untuk melakukan penilaian awal pasien, yang umumnya terbatas pada pengamatan visual dan informasi dasar, tanpa didukung oleh pedoman atau standar operasional prosedur yang jelas.
- b. Triage tipe pemeriksaan cepat atau lanjutan, yang umumnya dilakukan oleh perawat atau dokter, melibatkan penilaian yang lebih mendalam terhadap kondisi pasien melalui penggunaan berbagai alat dan prosedur medis, sehingga memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih akurat terkait prioritas penanganan.

- c. Triage komprehensif merupakan suatu proses penilaian pasien yang sistematis dan terstruktur, dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang memiliki kompetensi yang memadai, dengan tujuan untuk menentukan prioritas penanganan berdasarkan pedoman klinis yang telah ditetapkan.

Emergency Nurses Association (ENA) telah mengidentifikasi tiga kategori utama sistem Triage, yaitu (Kushayati, 2019):

- a. Tipe 1

Tipe triage non-medis ini merupakan tahap awal dalam proses penilaian pasien yang didesain untuk melakukan skrining awal. Prosesnya melibatkan pengumpulan data dasar mengenai identitas pasien dan keluhan utama yang disampaikan. Namun, keterbatasan dalam hal kualifikasi petugas, pemeriksaan fisik, dan penggunaan alat bantu diagnostik membuat tipe triage ini kurang efektif dalam mengidentifikasi kondisi pasien yang kritis dan memerlukan penanganan segera. Posisi petugas yang ditempatkan di pintu masuk seringkali membatasi interaksi dengan pasien dan dapat menghambat pengumpulan informasi yang relevan.

- b. Tipe 2

Triage tipe kedua merupakan sistem penilaian pasien yang melibatkan perawat profesional (*Registered Nurse/RN*) dalam melakukan evaluasi awal terhadap kondisi pasien. Proses penilaian ini berfokus pada identifikasi keluhan utama dan penentuan tingkat

keparahan kondisi pasien. Berdasarkan hasil 13 penilaian, pasien kemudian dikategorikan ke dalam salah satu dari tiga kategori prioritas: gawat darurat, darurat, atau biasa. Sistem ini menuntut adanya pedoman baku yang jelas sebagai acuan dalam mengambil keputusan terkait penanganan pasien

c. Tipe 3

Triage komprehensif merupakan pendekatan yang sistematis dalam penilaian awal pasien gawat darurat. Sistem ini menekankan pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat, baik data subjektif maupun objektif, untuk menentukan tingkat keparahan kondisi pasien dan prioritas penanganan. *Emergency Nurses Association* (ENA) merekomendasikan agar proses triage dilakukan dalam waktu 3-5 menit untuk memastikan efisiensi dan efektivitas dalam penanganan pasien. Hasil penilaian kemudian didokumentasikan secara lengkap dalam rekam medis pasien.

4. Faktor-Faktor Yang memengaruhi Penerapan Triase

a. Pengetahuan

Pengetahuan perawat di IGD diperoleh dari beberapa aspek seperti pendidikan, usia dan jenis kelamin. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, usia perawat mempengaruhi tingkat kematangan dalam berpikir dan bekerja, sehingga kepercayaan masyarakat cenderung pada perawat yang telah dewasa dari pada

remaja, dan jenis kelamin berperan penting dalam kematangan dalam mengambil Keputusan (Siregal, 2020).

Tingkat pengetahuan perawat dikategori berdasarkan lima indikator penilaian yaitu pengetahuan, prinsip-prinsip triage, kategori triage dan metode triage. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan Dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan makin luas pengetahuannya (Siregal, 2020).

b. *Response time*

Response time adalah kecepatan penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. Waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. *Response time* sangatlah tergantung kepada kecepatan dan kualitas pemberi pertolongan untuk menyelamatkan atau mencegah kecacatan (Siregal, 2020).

c. Peranan Perawat

Pada ruang triage peran perawat pada di fokuskan pada 3 peran utama yaitu care giver, leader, manager dan komunikator. Secara keseluruhan perawat yang menjalankan care giver yaitu sebagai pemberi asuhan fisik, psikososial, perkembangan, budaya dan spiritual Peran komunikator dimana perawat mengidentifikasi masalah klien kemudian mengkomunikasikan hal ini secara verbal atau tertulis kepada anggota lain dalam tim Kesehatan (Siregal, 2020).

Peran perawat sebagai komunikator merupakan prosedur yang harus dilaksanakan oleh perawat ruang triage IGD dimana komunikasi baik secara verbal maupun nonverbal dilakukan oleh perawat terutama pada saat serah terima pasien ke ruang kritis setelah penentuan prioritas kegawatdaruratan, sedangkan komunikasi secara tertulis dilakukan perawat melalui lembar dokumentasi baik pada ruang triage maupun pada lembar triage pasien. Peran perawat sebagai leader dan manager dilaksanakan hanya pada sebagian kecil perawat. Minimnya pelaksanaan peran sebagai leader dan manager dipengaruhi minimnya jumlah perawat di ruang triage sehingga sebagian merawat melaksanakan peran mandiri dalam pelayanan pasien pada ruang triage. Pada pelaksanaan peran perawat sebagai leader dan manager dilakukan perawat triage berupa pendelegasian tindakan, melakukan monitoring tindakan delegasi dan mendokumentasikan monitoring (Siregal, 2020).

5. Metode Triase Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Sistem Triage START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) merupakan metode yang umum digunakan untuk mengklasifikasikan korban dalam situasi darurat misal berdasarkan tingkat keparahan cedera dan kebutuhan akan penanganan medis segera (Cholifa 2022).

Simple Triage and Rapid Treatment (START) adalah metode yang telah dikembangkan atas pemikiran bahwa *triage* harus “akurat”, “cepat”, dan “universal”. Metode tersebut menggunakan 4 macam observasi yaitu,

“bisa berjalan”, “bernafas”, “sirkulasi darah”, dan “tingkat kesadaran” untuk menentukan tindakan dan penting sekali bagi seluruh anggota medis untuk mampu melakukan *triage* dengan metode ini (Maulan, 2021).

Tipe 3 Triage komprehensif merupakan pendekatan yang sistematis dalam penilaian awal pasien gawat darurat. Sistem ini menekankan pada pengumpulan data yang lengkap dan akurat, baik data subjektif maupun objektif, untuk menentukan tingkat keparahan kondisi pasien dan prioritas penanganan. *Emergency Nurses Association* (ENA) merekomendasikan agar proses triage dilakukan dalam waktu 3-5 menit untuk memastikan efisiensi dan efektivitas dalam penanganan pasien. Hasil penilaian kemudian didokumentasikan secara lengkap dalam rekam medis pasien (Huriani, 2022).

- a. Hitam: Korban dengan kategori ini telah meninggal atau tidak dapat dihidupkan kembali. Mereka tidak memerlukan penanganan medis lebih lanjut dan akan di evakuasi setelah semua korban lainnya telah ditangani (Cholifa 2022).
- b. Merah: Korban dengan kategori ini mengalami cedera kritis yang mengancam jiwa dan membutuhkan penanganan medis segera. Mereka harus menjadi prioritas utama dalam evakuasi (Cholifa 2022).
- c. Kuning: Korban dengan kategori ini mengalami cedera serius yang memerlukan perawatan medis, namun tidak sekritis korban dengan kategori merah. Mereka dapat ditunda penanganannya setelah korban dengan kategori merah telah dievakuasi (Cholifa 2022).

- d. Hijau: Korban dengan kategori ini mengalami cedera ringan atau tidak mengalami cedera sama sekali. Mereka dapat berjalan dan tidak memerlukan penanganan medis segera (Cholifa 2022).

6. Cara Pengukuran Triase Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Lembar observasi tentang ketepatan pelaksanaan triage diperoleh dari Widia Irawati (2017). Lembar observasi ini terdiri dari 6 pernyataan dengan jawaban berupa “Ya” dan “Tidak” dimana untuk jawaban Ya diberi nilai atau skor 1 dan untuk jawaban tidak diberikan skor 0. Dalam merentangkan skor tertinggi dan terendah, peneliti mengalikan skor terendah yaitu 0 dengan skor tertinggi yaitu 1, sehingga rentang skor dalam lembar observasi adalah 0-9. Dimana skor 9 merupakan skor tertinggi dan skor 0 merupakan skor terendah. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin baik pelaksanaan triage dan sebaliknya semakin rendah skor yang diperoleh maka semakin kurang pelaksanaan triage. hasil ukur yang diperoleh dari alat ukur lembar observasi tersebut adalah sebagai berikut (Swarjana, 2016) : Baik jika skor > 6 , Kurang Baik jika skor < 6 . Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) dibagi menjadi 2 kategori (Putra, 2019) :

- a. Baik : jika skor ≥ 6
- b. Kurang Baik : jika skor ≤ 6

D. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (Wawan, 2018). Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru (Notoatmodjo.2020).

Pengetahuan tiap orang akan berbeda-beda tergantung dari bagaimana pengindraannya masing-masing terhadap objek atau sesuatu. Panca indra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan. (Maulana, 2019).

2. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terbentuk setelah seseorang melakukan pengeinderaan terhadap suatu obyek tertentu. Notoatmodjo mengemukakan bahwa pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu (Notoatmodjo.2020). :

- a. Pengetahuan (*Knowledge*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Adapun yang termasuk pengetahuan

ini adalah bahan yang dipelajari/rangsang yang diterima (Notoatmodjo.2020).

- b. Memahami (*Comprehention*), diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar (Notoatmodjo.2020).
- c. Aplikasi (*Aplication*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya (*riil*). Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks lain (Notoatmodjo.2020).
- d. Analisis (*Analysis*), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam kaitannya suatu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja (Notoatmodjo.2020).
- e. Sintesis (*Synthesis*), merujuk pada suatu kemampuan untuk menjelaskan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Bisa diartikan juga sebagai kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formasi-formasi yang ada (Notoatmodjo.2020).
- f. Evaluasi (*Evaluation*), berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan penelitian terhadap suatu obyek. Penelitian ini

berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. (Notoatmodjo.2020).

3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, antara lain (Notoatmodjo, 2020).

- a. Tingkat pendidikan, pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat.
- b. Informasi, seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.
- c. Budaya, tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.
- d. Pengalaman, sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

Sedangkan menurut Riyanto (2018), faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

a. Pendidikan

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan di mana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun, perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada

pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, maka akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut (Riyanto 2018).

b. Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat memengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa juga membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut (Riyanto 2018).

c. Sosial, budaya, dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan

demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan memengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya (Riyanto 2018).

f. Usia

Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Selain itu, orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini.

4. Instrument dan Cara Pengukuran Pengetahuan

Kuesioner tingkat pengetahuan berbentuk pertanyaan tertutup yang menggunakan skala Guttman dengan pilihan jawaban berupa benar (B) dan salah (S). Kuesioner tingkat pengetahuan mengacu kepada Taksonomi Bloom dimana yang dianalisis pada penelitian ini hanyalah pada tahap mengetahui, memahami dan mengaplikasikan saja. Kuesioner tingkat pengetahuan perawat tentang penerapan triage berjumlah 10 pertanyaan, 5 pertanyaan positif dan 5 pertanyaan negatif. Dalam penelitian skala Guttman, responden yang memilih jawaban benar pada pertanyaan positif (+) diberikan skor 1 dan yang 27 memilih jawaban salah diberikan skor 0, sedangkan responden yang memilih jawaban benar pada pertanyaan negatif (-) diberikan skor 0 dan yang memilih jawaban salah diberikan

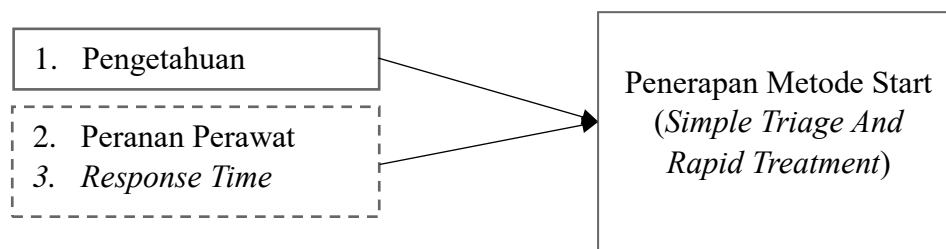
skor 1. Dalam merentangkan skor terendah dan tertinggi, peneliti mengalikan skor terendah yaitu 0 dengan skor tertinggi yaitu 1 dengan jumlah dari pertanyaan yaitu 10, sehingga rentang skor dalam tingkat pengetahuan adalah 0 - 10. Dimana skor 10 merupakan skor tertinggi dan skor 0 merupakan skor terendah. Dari hasil jawaban kuesioner tingkat pengetahuan skor yang dapat dijumlahkan, dan hasilnya dibandingkan dalam kategori yang sudah ditentukan. Semakin tinggi skor yang didapat oleh responden maka tingkat pengetahuan perawat dalam penerapan triage semakin baik dan sebaliknya apabila responden mendapat skor rendah, maka tingkat pengetahuan perawat dalam penerapan triage semakin kurang. Hasil ukur yang diperoleh dari alat ukur kuesioner tersebut adalah sebagai berikut (Swarjana, 2016 :52) : Baik jika skor 13-20, Cukup jika skor 8-12, Kurang jika skor <8 . Pengetahuan perawat dibagi menjadi 3 kategori yaitu (Putra, 2019) :

- a. Baik : apabila skor 13-20
- b. Cukup : apabila skor 8-12
- c. Kurang : apabila skor <8

E. Kerangka Teoritis

Kerangka kerja teoritis merupakan dasar dari keseluruhan proyek penelitian. Di dalamnya dikembangkan, diuraikan hubungan-hubungan di antara variabel-variabel yang telah di interifikasikan melalui proses wawancara (Hasmi, 2018).

Faktor-faktor yang memperagruhi penerapan triase (Siregal, 2020) :



Keterangan

Diteliti :

Tidak Diteliti :

Skema 2.1 Kerangka Teoritis

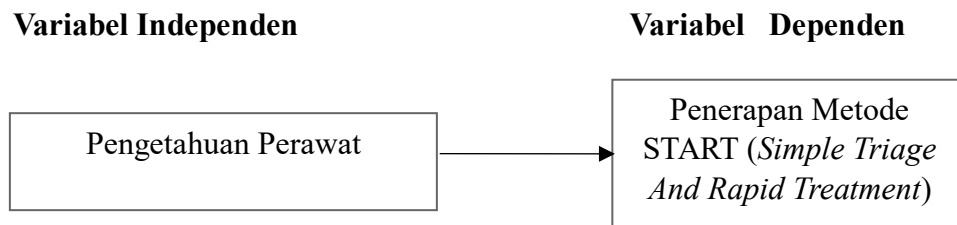
BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini disusun untuk menggambarkan hubungan antara pengetahuan perawat sebagai variabel independen dan penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) sebagai variabel dependen di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli.

Untuk lebih jelasnya, maka variabel dapat digambarkan dalam kerangka konsep berikut :



Skema 3.1. Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban atau dugaan sementara terhadap rumusan masalah yang berlandaskan pada teori yang masih di uji kebenarannya (Donsu, 2021)

1. Ha : ada Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat Uptd Rsud Tgk Chik Ditiro Sigli.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependen						
1	Penerapan Metode START (<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i>)	Tindakan perawat dalam melaksanakan triage Metode START	Lembar observasi	observasi	Ordinal	-Baik -Kurang baik
Variabel Independen						
2	Pengetahuan Perawat	Pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan triage di Intalasi Gawat Darurat	Kuesioner	Membagikan kuesioner	ordinal	-Baik -Cukup -Kurang

D. Cara Pengukuran Variabel

1. Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) dibagi menjadi 2 kategori (Putra, 2019) :

- a. Baik : jika skor ≥ 6
- b. Kurang Baik : jika skor ≤ 6

2. Pengetahuan Perawat

Pengetahuan perawat dibagi menjadi 3 kategori yaitu (Putra, 2019) :

- a. Baik : apabila skor 13-20
- b. Cukup : apabila skor 8-12
- c. Kurang : apabila skor < 8

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus, dimana pengumpulan data variabel independen maupun dependen dilakukan pengukuran yang bersamaan penelitian (Sugiyono, 2020).

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah jumlah keseluruhan orang atau penduduk di suatu daerah, jumlah orang atau individu yang mempunyai ciri-ciri yang sama, jumlah penghuni, baik manusia maupun makhluk hidup lainnya dalam suatu satuan ruang tertentu, sekelompok orang, benda, atau hal-hal yang menjadi sumber pengambilan sampel, atau kumpulan yang memenuhi persyaratan tertentu yang berkaitan dengan masalah penelitian (Sugiyono, 2020). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh jumlah perawat yang bekerja di IGD RSUD TGK. Chik Ditiro Sigli yang berjumlah 36 perawat dengan Pendidikan terakhir 23 perawat DII keperawatan, Amk 5 perawat dan 8 perawat S1 Keperawatan.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi penelitian (Sugiyono, 2020). Sampel dalam penelitian ini

adalah perawat yang aktif bekerja dan bertugas di IGD selama periode pengambilan data, dalam penelitian ini menggunakan 30 perawat sebagai responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan atau kriteria tertentu sesuai kebutuhan penelitian.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Perawat yang aktif bekerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- 2) Perawat dengan masa kerja minimal 6 bulan, sehingga dianggap memahami alur kerja IGD.
- 3) Perawat yang terlibat langsung dalam proses triase atau pelayanan kegawatdaruratan.
- 4) Bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Sedang cuti, melahirkan, izin panjang, atau dalam kondisi tidak aktif bekerja saat pengambilan data.
- 2) Sedang mengikuti pelatihan, seminar, atau tugas dinas luar sehingga tidak dapat berpartisipasi.
- 3) Perawat yang sakit atau tidak berada di tempat pada saat penelitian berlangsung.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di Intalasi Gawat Darurat UPTD RSUD TGK. Chik Ditiro Sigli.

2. Waktu penelitian

Penelitian telah dilakukan pada 24 s/d 30 Desember 2025. (terlampir)

D. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian menunjuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian (Rachmawaty, 2017) meliputi :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia

Penelitian dilaksanakan dengan menghormati harkat dan martabat responden sebagai subjek penelitian yang mempunyai kebebasan untuk menentukan pilihan terlibat atau tidaknya dalam penelitian. Hal ini ditunjang dengan penjelasan dari penulis tentang tujuan, prosedur serta hak-hak responden selama penelitian dan kemudian responden memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan (informed consent) secara sukarela tanpa paksaan.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan

Setiap responden memiliki privasi dan hak asasi untuk dijaga kerahasiaannya. Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti diharapkan tidak menampilkan informasi mengenai identitas responden dan dapat menggunakan inisial atau kode tertentu sebagai pengganti identitas.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas

Secara professional penelitian dilakukan secara adil, jujur, tepat, cermat dan hati-hati. Prinsip keadilan dimaksudkan bahwa responden harus diberlakukan secara adil dan diberikan hak yang sama tanpa diskriminasi.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang

Penelitian diharapkan meminimalkan dampak yang merugikan responden serta menghindarkan dari rasa tidak nyaman. Hal ini diaplikasikan dengan memberikan penjelasan tentang manfaat dan resiko dari penelitian yang dilakukan.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu berupa pembagian kuesioner yang akan dibagikan kepada responden.

1. Pengetahuan Perawat

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pengetahuan perawat. Dalam melakukan analisis pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan triage peneliti menggunakan *skala Guttman*. Pengetahuan perawat dianalisis dengan menentukan rentang skor dari skor terendah dan tertinggi yaitu 0-20. Pada pernyataan positif apabila jawaban dijawab benar (1) dan salah (0), pada pernyataan negatif jika dijawab benar (0) dan salah (1). Kemudian semua skor dijumlahkan. Pengetahuan baik apabila skor 13-20, pengetahuan cukup apabila skor 8-12, pengetahuan kurang

apabila skor 0-7. Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka pengetahuan perawat semakin baik

2. Penerapan Triase START

Lembar observasi ini terdiri dari 9 pernyataan dengan jawaban berupa “Ya” atau “Tidak”. Untuk jawaban “Ya” diberikan skor 1, sedangkan jawaban “Tidak” diberikan skor 0. Skor total minimum adalah 0 dan skor total maksimum adalah 9. Semakin tinggi skor yang diperoleh perawat, semakin baik penerapan metode triase, sedangkan skor yang lebih rendah menunjukkan penerapan triase yang kurang tepat. Skor ini kemudian dikategorikan menjadi dua, yaitu: Baik, jika skor lebih besar dari 6, dan Kurang Baik, jika skor kurang dari atau sama dengan 6.

F. Instrumen Penelitian

1. Uji Validitas

Kuesioner pengetahuan dan lembar observasi penerapan metode START dalam penelitian ini tidak lagi dilakukan uji validitas karena di adopsi dari penelitian Rangga (2019) berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Perawat terhadap Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat Darurat Rsd Mangusada, dengan nilai r hitung lebih besar > dari nilai r tabel dengan taraf signifikan 0,707.

2. Uji Realibitas

Kuesioner pengetahuan tidak perlu lagi dilakukan uji reliabilitas karena sudah reliabel dengan nilai reliability *Cronbach's alpha* untuk pengetahuan 0.70–0.73, dan lembar observasi penerapan metode START

dalam penelitian ini tidak lagi dilakukan uji reliabilitas karena nilai reliability *Cronbach's alpha* 0.86 karena di adopsi dari penelitian Rangga (2019) berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Perawat terhadap Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat Darurat Rsd Mangusada, dan sudah reliabel.

G. Tata Cara Penelitian

1. Tahap persiapan pengumpulan data

Tahap persiapan pengumpulan data dilakukan melalui prosedur administrasi dengan mendapat izin dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Sigli. Kemudian izin Direktur UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli.

2. Tehnik pengumpulan data

Setelah mendapat izin dari Direktur UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli untuk melakukan penelitian. Selanjutnya penelliti menemui calon responden dan melakukan pengumpulan data dengan tahap sebagai berikut :

- a. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian ini serta meminta kesedian responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini
- b. Peneliti mengisi lembar persetujuan responden untuk dapat ditanda tangani oleh responden.
- c. Selanjutnya peneliti membagikan kuesioner, peneliti melakukan koreksi kembali kelengkapan jawabannya. Bila terdapat data

atau jawaban yang tidak lengkap, peneliti langsung menanyakan kembali kepada responden agar dapat diisi kembali.

- d. Terakhir peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden atas kesediannya berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan peneliti. Kemudian peneliti melaporkan Direktur UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli untuk mendapatkan surat keterangan telah selesai melakukan penelitian.

H. Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Menurut Notoatmodjo (2018), proses pengolahan data dapat melalui tahap- tahap sebagai berikut :

- a. *Editing*, pada proses ini dilakukan perbaikan dari isi kuesioner, apabila ada pertanyaan yang tidak lengkap peneliti kembali menanyakan kepada responden dan mengisi kembali pertanyaan tersebut dengan jawaban yang diberikan oleh responden.
- b. Coding merupakan proses pemberian kode berupa angka pada setiap jawaban responden dalam kuesioner untuk mempermudah proses entry, pengolahan, dan analisis data. Pada penelitian ini, pengkodean dilakukan pada seluruh karakteristik responden dan variabel penelitian. Jenis kelamin dikodekan dengan perempuan = 1 dan laki-laki = 2. Pendidikan terakhir dikodekan dengan AMK = 1, DIII Keperawatan = 2, dan Ners = 3. Lama kerja dikodekan dengan < 5 tahun = 1 dan ≥ 5 tahun = 2. Penerapan triase dikodekan dengan kurang baik = 1 dan baik

= 2. Pengetahuan perawat dikodekan dengan kurang = 1, cukup = 2, dan baik = 3. Pengkodean ini bertujuan agar data tersusun secara sistematis dan memudahkan peneliti dalam proses analisis statistik.

- c. *Entry*, jawaban-jawaban yang sudah dalam bentuk kode dimasukkan dan dilakukan analisa untuk didapatkan hasil analisa univariat dan analisa bivariat.
- d. *Cleaning*, setelah data dimasukkan dilakukan uji komputer, dilakukan pengecekan kembali apakah ada kesalahan atau ketidaklengkapan agar menghindari kesalahan saat didapatkannya hasil.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Univariat adalah analisis yang dilakukan untuk satu variabel atau per variabel. Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna, peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik (Sugiyono, 2020).

Analisa data dilakukan untuk masing masing variabel yaitu dengan melihat persentase dari setiap table distribusi frekuensi dengan menggunakan rumus (Wahyudi, 2021).

$$P = \frac{f \times 100\%}{N}$$

Keterangan :

P = Presentase

f = Frekuensi Teramati

n = Jumlah responden yang menjadi sampel

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji statistic uji *chi square*. Uji *Chi Square* hanya digunakan pada data diskrit (data frekuensi atau data kategori) atau data kontinu yang telah dikelompokkan menjadi katagori.

Dasar pengambilan keputusan adalah terbukti yang kemudian diolah dan dianalisis menggunakan computer. Kemaknaan perhitungan statistika digunakan batas 0,05 terhadap hipotesis, berarti $P \text{ value} < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Jika $P \text{ value} > 0,05$ maka H_0 diterima H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dengan dependen yang diuji. Melalui perhitungan uji *chi square* ditarik kesimpulan bila nilai P lebih kecil atau sama dengan nilai alpha (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang menunjukkan ada hubungan bermakna anatar variabel terikat dengan variabel bebas (Donsu, 2021). Dengan ketentuan uji statistik adalah.

- a. H_a diterima dan H_0 ditolak = jika $P \text{ Value} \leq 0.05$ artinya ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.
- b. H_a ditolak dan H_0 diterima = jika $P \text{ Value} > 0.05$ artinya tidak ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

Aturan yang berlaku pada uji *Chi-Square* untuk program komputer ini adalah sebagai berikut :

- 1) Bila pada tabel kontingensi lebih dari 2×2 , misalnya 3×2 , 3×3 dan sebagainya, maka digunakan nilai "*person chi Square*".
- 2) Jika dilakukan penggabungan sel sehingga membentuk tabel kontingensi 2×2 , tidak ada nilai E (harapan) < 5 lebih besar 20%, maka digunakan nilai "*continuity correction*".
- 3) Bila pada tabel *kontingensi* 2×2 dijumpai nilai E (harapan) < 5 lebih 20%, maka yang dipakai sebaiknya nilai "*fisher's exact test*".
- 4) Bila ada tabel *contigency* 2×3 , 3×3 dan seterusnya ada sel dengan nilai frekusinsi harapan \leq kurang dari 5, maka dilakukan koreksi dengan menggunakan rumus *yate's corektion continue* atau *liker lihood ratio*.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Demografi Tempat Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro terletak di Kabupaten Pidie. Luas lahan 91.840 m dan luas bangunan 21.324,85 m, dengan jumlah penduduk 440.231 jiwa. Rumah Sakit Umum Daerah Tgk Chik Ditiro beralamat di Jl. Prof A. Majid Ibrahim, Tjue Sigli, Akreditasi Lulus Tingkat Dasar (2 Bintang), kelas RSU yaitu kelas B.

Sarana dan prasarana di Instalasi Gawat Darurat (IGD) UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro mencakup 21 tempat tidur (bed) yang terbagi menurut fungsi pelayanan, yaitu 2 bed resusitasi, 1 bed isolasi, 2 bed tindakan, 5 bed transit, serta fasilitas PONEK yang terdiri dari 1 bed untuk ibu dan 1 bed untuk bayi. IGD didukung oleh 1 kepala ruang, 1 staf administrasi, dan 36 perawat dengan latar belakang pendidikan yang beragam, yakni S1 (8 orang), Amk (5 orang), dan DIII (23 orang). Keberagaman jenjang pendidikan ini menjadi salah satu kekuatan dalam mendukung kualitas asuhan keperawatan kegawatdaruratan dan kelancaran pelayanan pasien di IGD.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh peneliti pada tanggal 24 sampai 30 Desember 2025 dengan 30 perawat di IGD UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli dengan aspek yang diteliti yaitu “Hubungan Pengetahuan Perawat

Terhadap Penerapan Metode Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPDT RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli” maka hasilnya sebagai berikut :

1. Hasil Analisa data Univariat

a. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	a. Perempuan	10	33,3%
	b. Laki-laki	20	66,7%
	Total	30	100%
2	Pendidikan		
	a. Amk	3	10,0%
	b. DIII	23	76,7%
	c. Ners	4	13,3%
	Total	30	100%
3.	Lama Kerja		
	a. > 5 tahun	24	80,0%
	b. < 5 tahun	6	20,0%
	Total	30	100%

Berdasarkan Tabel 5.1 karakteristik responden menunjukkan bahwa dari 30 perawat yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat UPDT RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 20 perawat (66,7%), sedangkan perawat perempuan berjumlah 10 perawat (33,3%). Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden memiliki pendidikan DIII Keperawatan sebanyak 23 perawat (76,7%), diikuti pendidikan Ners sebanyak 4 perawat

(13,3%), dan pendidikan AMK sebanyak 3 perawat (10,0%). Berdasarkan lama kerja, sebagian besar responden memiliki masa kerja lebih dari 5 tahun yaitu sebanyak 24 perawat (80,0%), sedangkan responden dengan lama kerja kurang dari 5 tahun berjumlah 6 perawat (20,0%).

b. Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

No	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Baik	23	76.7 %
2	Kurang baik	7	23.3 %
Jumlah		30	100 %

Sumber data : Primer 2025

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) pada 30 responden. Dari tabel terlihat bahwa sebagian besar penerapan Metode START termasuk kategori baik, yaitu sebanyak 23 responden (76,7%), sedangkan 7 responden (23,3%) masuk kategori kurang baik.

c. Pengetahuan Perawat

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat

No	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Baik	21	70.0 %
2.	Cukup	7	23.3 %
3.	Kurang	2	6.7 %
Jumlah		30	100 %

Sumber data : Primer 2025

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan distribusi frekuensi pengetahuan perawat mengenai triase. Dari 30 perawat terlihat bahwa

sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik, yaitu sebanyak 21 orang (70,0%), sedangkan 7 orang (23,3%) berada pada kategori cukup, dan 2 orang (6,7%) termasuk kategori kurang.

2. Hasil Analisa data Bivariat

Tabel 5.4
Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start
(*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat
Uptd Rsud Tgk Chik Ditiro Sigli

No	Pengetahuan Perawat	Penerapan Triase						P-Value
		Baik		Kurang Baik		Jumlah		
		F	%	F	%	F	%	
1.	Baik	21	100	0	0,0	21	100	0,001
2.	Cukup	2	28,6	5	71,4	7	100	
3.	Kurang	0	0,0	2	100	2	100	

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan hubungan antara pengetahuan perawat dengan penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli. Berdasarkan tabel, terlihat bahwa seluruh perawat yang memiliki pengetahuan baik (21 orang atau 100%) menerapkan triase dengan kategori baik. Pada perawat dengan pengetahuan cukup (7 orang), sebagian besar yaitu 5 orang (71,4%) menerapkan triase dalam kategori kurang baik, sedangkan 2 orang (28,6%) menerapkan triase dengan baik. Sementara itu, semua perawat yang memiliki pengetahuan kurang (2 orang) menerapkan triase dalam kategori kurang baik (100%). Hasil analisis menunjukkan nilai p sebesar 0,001, yang lebih kecil dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan

antara pengetahuan perawat terhadap penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli.

C. Pembahasan

1. Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 perawat penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) pada 30 responden. Dari tabel terlihat bahwa sebagian besar penerapan Metode START termasuk kategori baik, yaitu sebanyak 23 responden (76,7%), sedangkan 7 responden (23,3%) masuk kategori kurang baik.

Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) adalah suatu sistem triase yang dikembangkan untuk membantu petugas medis melakukan penyortiran korban secara cepat dan efisien pada kejadian massal, dengan tujuan menentukan urutan prioritas pelayanan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan masing-masing korban. Dalam sistem START, responden melakukan penilaian cepat berdasarkan tiga parameter utama, yaitu respirasi, perfusi, dan status mental dengan durasi triase pada setiap korban sekitar 30 hingga 60 detik saja. Penilaian ini kemudian dikategorikan dengan kode warna (misalnya merah=segera, kuning=tertunda, hijau=ringan, hitam = meninggal/expectant) yang mempermudah tenaga medis mengklasifikasikan pasien untuk tindakan lebih lanjut dalam situasi kritis (Lin et al., 2022).

Kelebihan metode START adalah kesederhanaannya serta kemampuannya untuk digunakan dalam berbagai kondisi bencana atau IGD karena dapat dieksekusi dengan cepat, sehingga membantu tim medis menentukan prioritas penanganan korban secara efektif. Sistem ini telah diterapkan di banyak negara dan dinilai membantu dalam situasi sumber daya yang terbatas karena responden hanya membutuhkan pemahaman dasar untuk menjalankannya. Namun demikian, efektivitas START juga menghadapi tantangan, seperti peningkatan risiko over-triage atau under-triage jika digunakan tanpa pelatihan yang memadai, serta keterbatasan dalam konteks triase pasien penyakit non-trauma atau kasus internal rumah sakit yang kompleks Aminudin & Safrudin, 2023).

Hasil observasi yang dilakukan oleh Astri Doris (2023), dalam penelitiannya didapatkan bahwa 0,5% perawat menerapkan triase pasien dengan tepat sesuai prosedur, sedangkan 29,5% perawat masih melakukan kesalahan atau kurang tepat dalam menentukan prioritas pasien. Penerapan triase yang tepat ini mencakup kemampuan melakukan triase cepat, akurat, dan sesuai dengan standar metode START, sehingga pasien mendapatkan penanganan yang sesuai dengan tingkat urgensi mereka. Hasil ini menegaskan bahwa tingkat pengetahuan perawat sangat memengaruhi ketepatan penerapan triase di IGD.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Farilya et al., (2022), observasi menunjukkan bahwa 70% perawat menerapkan triase sesuai prosedur dengan akurat, sedangkan 30% masih melakukan kesalahan atau

kurang tepat dalam pengkategorian pasien. Penerapan triase yang tepat mencakup penentuan prioritas pasien berdasarkan kondisi klinis dan ketepatan penggunaan metode START, sehingga pasien mendapatkan penanganan sesuai tingkat urgensi. Temuan ini memperkuat hubungan antara pengetahuan perawat dan penerapan triase yang tepat di IGD.

Peneliti berpendapat bahwa penerapan triase menggunakan metode START di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan perawat. Semakin tinggi pengetahuan perawat tentang prosedur triase, indikator klinis pasien, dan algoritma START, maka semakin tepat dan cepat perawat dalam menentukan prioritas penanganan pasien. Sebaliknya, perawat dengan pengetahuan kurang atau terbatas cenderung melakukan kesalahan dalam pengklasifikasian pasien, sehingga penerapan metode START menjadi kurang efektif. Selain itu, faktor lain seperti fasilitas IGD, jumlah pasien, dan jam kerja tidak memberikan pengaruh yang signifikan, sehingga fokus penelitian ini adalah hubungan antara pengetahuan perawat dan penerapan metode START.

2. Pengetahuan Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 perawat terlihat bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan baik, yaitu sebanyak 21 orang (70,0%), sedangkan 7 orang (23,3%) berada pada kategori cukup, dan 2 orang (6,7%) termasuk kategori kurang.

Dalam konteks pelayanan IGD, pengetahuan perawat merupakan faktor utama yang menentukan keberhasilan pelaksanaan tugas triase secara akurat dan cepat. Pengetahuan di sini mencakup pemahaman terhadap prosedur triase, indikator klinis penting, algoritma klinis seperti START, serta keterampilan pengambilan keputusan cepat di bawah tekanan kondisi gawat darurat. Penelitian tentang pengetahuan perawat di unit IGD menunjukkan bahwa tingkat pemahaman yang baik berkorelasi dengan kemampuan perawat dalam mengelola situasi pasien darurat secara lebih efektif sehingga meminimalkan kesalahan triase dan meningkatkan mutu pelayanan (Mita et al., 2023).

Faktor-faktor seperti lama pendidikan formal keperawatan, pengalaman kerja di IGD, pelatihan triase, serta paparan terhadap praktik langsung turut memengaruhi tingkat pengetahuan perawat dalam triase gawat darurat. Penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit mencatat bahwa perawat dengan pendidikan atau pelatihan khusus di bidang triase umumnya menunjukkan pengetahuan dan keterampilan triage yang lebih unggul dibandingkan dengan mereka yang belum mendapat pelatihan. Pengetahuan yang kuat dapat membantu perawat membuat keputusan klinis yang tepat dan cepat, serta menghindari kesalahan dalam pengkategorian tingkat urgensi pasien (Djati et al., 2023).

Hasil penelitian yang Astri Doris (2023) mayoritas perawat IGD memiliki tingkat pengetahuan yang baik sebesar 64,7%, sedangkan 35,3% perawat memiliki pengetahuan cukup atau rendah. Pengetahuan yang baik

ini meliputi pemahaman terhadap prosedur triase, penilaian respirasi, perfusi, dan status mental pasien, serta kemampuan mengklasifikasikan pasien sesuai tingkat urgensi. Temuan ini menunjukkan bahwa pengetahuan perawat menjadi faktor penting dalam menentukan kualitas pelayanan triase di IGD.

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Farilya et al., (2022), ditemukan hasil bahwa di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sumbawa menunjukkan bahwa 65% perawat memiliki tingkat pengetahuan baik terkait triase, sedangkan 35% memiliki pengetahuan cukup atau rendah. Pengetahuan ini meliputi kemampuan memahami prosedur triase, mengenali tanda vital pasien, serta menentukan prioritas pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan. Temuan ini menekankan bahwa pengetahuan perawat menjadi faktor utama dalam keberhasilan pelaksanaan triase di IGD.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat pengetahuan perawat di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli memengaruhi kemampuan mereka dalam memahami prosedur triase. Semakin tinggi pengetahuan perawat tentang indikator klinis pasien, algoritma triase, dan prosedur START, maka semakin baik pemahaman mereka dalam menentukan prioritas pasien. Sebaliknya, perawat dengan pengetahuan rendah cenderung kesulitan dalam mengaplikasikan triase secara tepat, sehingga berpotensi menurunkan akurasi penentuan prioritas pasien di IGD. Peneliti juga berasumsi bahwa pengetahuan yang dimiliki

perawat mencerminkan hasil pendidikan formal, pengalaman kerja, dan pelatihan triase yang pernah diterima.

3. Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli, terlihat bahwa seluruh perawat yang memiliki pengetahuan baik (21 orang atau 100%) menerapkan triase dengan kategori baik. Pada perawat dengan pengetahuan cukup (7 orang), sebagian besar yaitu 5 orang (71,4%) menerapkan triase dalam kategori kurang baik, sedangkan 2 orang (28,6%) menerapkan triase dengan baik. Sementara itu, semua perawat yang memiliki pengetahuan kurang (2 orang) menerapkan triase dalam kategori kurang baik (100%). Hasil analisis menunjukkan nilai p sebesar 0,001, yang lebih kecil dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat terhadap penerapan metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat Rsud Tgk Chik Ditiro Sigli

Tingkat pengetahuan perawat berhubungan signifikan dengan kemampuan penerapan metode START. Perawat dengan pengetahuan lebih baik cenderung melakukan triase secara lebih akurat, mempercepat penanganan pasien sesuai prioritas, dan mengurangi risiko kesalahan triase, termasuk pemahaman algoritma triase seperti START, semakin

efektif praktik triase yang dilaksanakan. Hal ini terlihat dari hubungan kuat antara pengetahuan perawat dan keterampilan triase, serta akurasi tindakan klinis awal di IGD (Purwoko, 2023).

Penerapan metode START sangat bergantung pada pengetahuan perawat tentang algoritma triage dan penerapannya dalam tindakan nyata. Ketika perawat memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang triase dan mampu menerapkannya dengan benar, maka klasifikasi pasien berdasarkan tingkat urgensi dapat dilakukan lebih akurat dan cepat, yang pada akhirnya meningkatkan efektivitas pelayanan emergensi Aminudin & Safrudin, 2023).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astri Doris (2023) di Instalasi Gawat Darurat RST Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang menganalisis hubungan pengetahuan perawat IGD dengan ketepatan triase pada pasien trauma menggunakan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat IGD memiliki tingkat pengetahuan yang baik sebesar 64,7% dan ketepatan triase yang sesuai sebanyak 70,5%, serta terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan ketepatan triase pada pasien trauma di IGD dengan nilai $p\text{-value} = 0,001 (< 0,05)$.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Farilya et al. (2022) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sumbawa menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan triase di IGD dengan Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan

perawat yang baik secara statistik berhubungan signifikan dengan penerapan triase yang tepat, dengan nilai $p\text{-value} = 0,000 (< 0,05)$, yang berarti semakin tinggi pengetahuan perawat maka semakin baik pula penerapan triase yang dilakukan di IGD. Temuan ini mendukung temuan pada penelitian lain yang menunjukkan hubungan kuat antara pengetahuan perawat dan akurasi triase pasien, serta menegaskan pentingnya peningkatan kompetensi perawat melalui pendidikan dan pelatihan triase dalam meningkatkan kualitas layanan IGD.

Peneliti berpendapat bahwa terdapat hubungan positif antara pengetahuan perawat dan penerapan metode START di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli. Semakin tinggi pengetahuan perawat mengenai prosedur triase, indikator klinis pasien, dan algoritma START, maka semakin tepat dan cepat perawat dalam menentukan prioritas penanganan pasien. Sebaliknya, perawat dengan pengetahuan rendah cenderung mengalami kesulitan dalam penerapan triase, sehingga ketepatan penggunaan metode START menjadi kurang optimal. Peneliti juga berpendapat bahwa beban kerja yang dimiliki oleh perawat juga memengaruhi penerapan triase yang dilakukan di IGD, dan faktor lain seperti fasilitas IGD, jumlah pasien, dan jam kerja tidak memberikan pengaruh signifikan, sehingga fokus penelitian adalah hubungan antara pengetahuan perawat dan penerapan metode START.

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu saat peneliti melaksanakan penelitian terdapat keterbatasan waktu perawat di lapangan dan peneliti harus menyesuaikan waktu observasi dengan kondisi pelayanan, agar tidak mengganggu proses penanganan pasien masuk.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh peneliti pada tanggal 24 sampai 30 Desember 2025 pada 30 perawat di IGD UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) yang dilakukan perawat di IGD UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli mayoritas berada pada kategori baik yaitu 23 perawat (76,7%)
2. Pengetahuan Perawat di IGD UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli mayoritas berada pada kategori baik yaitu 21 perawat (70,0%)
3. Ada hubungan pengetahuan perawat terhadap penerapan metode start (*simple triage and rapid treatment*) di IGD UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli dengan nilai P-value sebesar 0,001 ($P < 0,05$), yang menunjukkan hubungan signifikan.

B. Saran

1. Bagi Responden/Perawat

Perawat di IGD diharapkan terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam penerapan Metode START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) melalui pelatihan, simulasi, dan pembelajaran berkelanjutan agar kualitas triase tetap optimal dan keselamatan pasien dapat terjamin.

2. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit sebaiknya menyediakan program pelatihan rutin, evaluasi kinerja, dan penyediaan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang jelas terkait triase darurat. Hal ini bertujuan untuk memastikan semua perawat memiliki kompetensi yang sama dalam penerapan Metode START serta mendukung pelayanan IGD yang efektif dan efisien.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti berikutnya dianjurkan untuk melakukan penelitian dengan sampel yang lebih besar, menggunakan metode observasi langsung, atau menambahkan variabel lain seperti pengalaman kerja dan stres perawat. Hal ini untuk mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi penerapan triase di IGD.

4. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan kegawatdaruratan. Penelitian ini menekankan pentingnya hubungan antara pengetahuan perawat dengan penerapan triase, sehingga dapat dijadikan dasar dalam merancang kurikulum, pelatihan, dan standar praktik keperawatan yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Watrianthos, R., & Simarmata, J. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (1st ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Aminudin, M., & Safrudin, L. A. (2023). The effect of START triage simulation method on the preparedness of Puskesmas nurses at risk disaster in helping victims in Ternate. *Jurnal Kesehatan, Poltekkes Tanjung Karang Journal*.
- Aspirati, S. M. S. (2019). Caring perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien di RSUD Dr. Pirngadi Medan. *Jurkessutra*, 103–121.
- Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan* (1st ed.). Deepublish.
- Astri, D. (2023). Hubungan pengetahuan perawat dengan ketepatan triase pasien trauma di IGD RST Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang. *Jurnal Ilmiah Keperawatan dan Kebidanan*, 12(1), 45–52. <https://jurnal.akperkesdam-padang.ac.id/index.php/JICM/article/view/139>
- Cholifah, A. R., Achwandi, M., & Haryanto, A. (2022). Pengaruh edukasi dengan metode video based learning terhadap ketepatan penilaian triase START pada relawan LPBI NU Mojokerto.
- Djati, A. N., Zahrah, M., & Lastri, M. W. (2023). Hubungan pengetahuan dengan keterampilan perawat dalam pelaksanaan triase di RSUD Kota Tangerang. *Jurnal Health Sains*.
- Donsu, J. (2021). *Psikologi Keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Farilya, M., Widya Astuti, L., Nurmansyah, N., & Saputra, D. (2022). Hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan penerapan triase di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sumbawa. *Jurnal Riset Kajian Teknologi dan Lingkungan*, 5(1), 58–67. <https://doi.org/10.58406/jrktl.v5i1.1539>
- Firmansyah, H., & Munandar, A. (2021). *Keperawatan kegawatdaruratan dan kebencanaan* (1st ed.). Media Sains Indonesia.
- Harun, B., & Ahmad, E. H. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan triage oleh perawat di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Madising na Maupe*, 1(1), 27–32.

- Huriani, E., Mailani, F., & Nur'arita, V. F. (2022). The role of preceptor and knowledge of students on triage skills in the emergency unit. *Jurnal Smart Keperawatan*, 9(2), 82.
- Kencali, F., Utariningsih, W., & Putri, B. I. (2025). Tingkat pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan terhadap triase START. *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*, 8(2), 471–482.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi standar proses keperawatan: Diagnosis, outcome, dan intervensi pada asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kushayati, N. (2019). Analisis metode triase prehospita pada insiden korban masal (mass casualty incident). *Jurnal Ilmiah WUNY*, 16(4), 1–9.
- Lin, Y. K., Chen, K. C., Wang, J. H., et al. (2022). Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage. *American Journal of Emergency Medicine*.
- Mailita, W., & Rasyid, W. (2022). Hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang triase di IGD Rumah Sakit Semen Padang. *Humantech: Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia*, 2(2), 200–216.
- Malini, N. R., Kasmora, D., & Maifita, Y. (2024). Relationship between knowledge and perception of nurses with triage skills in the emergency room (IGD) of hospitals in Pariaman City. *As-Shiha: Journal of Medical Research*, 5(2), 27–32.
- Maulana, M. (2021). Triage perawat di Instalasi Gawat Darurat: Literature review.
- Maulana, A. E. F. (2019). Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang triase dengan penerapan triase.
- Nisa' K., Maghifiroh, L., & Rokhman, A. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi respon time di IGD RS Muhammadiyah Kabupaten Lamongan. *Jurnal Surya*, 1, 1–12.
- Nursanti, D. M. Y., & Dinaryanti, R. S. (2022). Hubungan tingkat pengetahuan tentang triase dengan pelaksanaan respon time perawat dalam pelaksanaan triase di IGD Rumah Sakit dr Suyoto. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 8(1), 193–199.
- Patimah, S. (2022). Penerapan triase Australian Triage Scale dan triase START terhadap length of stay IGD rumah sakit. *Jurnal Healthy Papua*, 5(2), 2654–327.

- Prahmawati, P., Rahmawati, A., & Kholina, K. (2021). Hubungan response time perawat dengan pelayanan gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Demang Sepulau Raya Lampung Tengah. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 6(2).
- Priyadi, A., Yusuf, H., & Syaripudin, A. (2020). Hubungan pengetahuan pasien tentang pelayanan triase dengan kecemasan pasien label kuning di IGD RS Pelabuhan Cirebon. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 7(1).
- Putra, I. G. W. R. (2019). Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan triase di Instalasi Gawat Darurat RSD Mangusada.
- Rimadeni, Y., Munazar, & Arnisam, & Yeni, M. (2021). Simple triage and rapid treatment (START) health education method to preparedness nurse of public health center (Puskesmas). *Journal of Scientific Information and Educational Creativity*, 22(2), 224–235.
- Siregar, A. S. S. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan terhadap pelaksanaan triase di IGD. *OSF Preprints*.
- Sisy Rizkia Putri. (2020). Jurnal penelitian perawat profesional pencegahan tetanus. *British Medical Journal*, 2(5474), 1333–1336.
- Sugiyono. (2020). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Syafwani, M., & Winiarty, Y. (2024). Pelatihan triase dalam meningkatkan pengetahuan, kecepatan, dan ketepatan oleh perawat pada pasien nyeri dada di IGD RSUD X. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan Banjarmasin*, 9(1), 22–29.
- Syarqi, N., Fithri, N., Sayuti, M., & Millizia, A. (2024). Hubungan response time dengan kepuasan keluarga pasien di IGD Rumah Sakit Cut Meutia Aceh Utara. *Jurnal Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, 2, 122–128.
- Wijayantha, I. P. A., Yulistina, P. D., & Dewi, P. S. (2025). Gambaran respon time pasien instalasi gawat darurat di RSIA Bunda Denpasar. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 9(1), 323–333.
- Wawan, A., & Dewi, M. (2018). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Nuha Medika.

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN
HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*) DI INSTALASI GAWAT DARURAT UPTD RSUD
TGK. CHIK DITIRO SIGLI

No.	Kegiatan	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari
1.	Pengajuan judul	■							
2.	ACC judul		■						
3.	Penyusunan Proposal		■	■	■	■	■		
4.	Seminar proposal						■		
5.	Perbaikan						■		
6.	Pelaksanaan penelitian						■	■	
7.	Pengolahan dan Analisa data							■	
8.	Penyusunan skripsi							■	■
9.	Sidang skripsi								■
10.	Perbaikan skripsi								■

Dosen Pembimbing

(Ns. Dian Devita, M.Tr.Kep)

Peneliti

(Syifaul Amalia)

ANGGARAN BIAYA SKRIPSI**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN
METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*)
DI INSTALASI GAWAT DARURAT UPTD RSUD
TGK. CHIK DITIRO SIGLI**

No	Uraian	Harga
1.	Biaya Studi Kepustakaan - Foto Copy Bahan - Print Jurnal	Rp. 250.000 Rp. 100.000
2.	Biaya Penyusunan Skripsi - Kertas 2 Rim - Print Skripsi - Foto Copy Skripsi Untuk	Rp. 120.000 Rp. 100.000 Rp. 200.000
3.	Biaya Seminar dan Sidang	Rp. 1.800.000
	TOTAL	Rp. 2.610.000

Mengetahui

Sigli, 12 Januari 2026

Pembimbing

Peneliti

Ns. Dian Devita, M.Tr.Kep**Syifaul Amalia**

LEMBARAN PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Calon Responden
Penelitian

Di –

Tempat

Dengan Hormat,

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

Nama : Syifaul Amalia

Nim : 22010017

Akan melakukan penelitian dengan Judul “Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk.Chik Ditiro Sigli”. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden, kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penulis ini, sehingga oleh karena itu bersedia menjadi responden. Untuk maksud tersebut saya memerlukan data/informasi yang nyata dan akurat dari saudara (i) melalui kuesioner yang saya lampirkan pada surat ini. Atas perhatian dan kesediaan para saudara (i) sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Mahasiswa

Syifaul Amalia

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden untuk ikut berpartisipasi dalam pencarian data yang dilakukan Mahasiswi Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medika Nurul Islam Sigli yang dengan ini:

Nama : Syifaul Amalia

Nim : 22010017

Judul Proposal : Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start (*Simple Triage And Rapid Treatment*) Di Instalasi Gawat Darurat 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 Keperawatan. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam hal ini.

Sigli, Desember, 2025

Responden

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*) DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD UPTD TGK. CHIK DITIRO SIGLI

A. Data Demografi Responden

1. No. Responden : (diisi oleh peneliti)
2. Tanggal Pengisian :
3. Jenis kelamin : Laki – laki/Perempuan
4. Pendidikan terakhir : /AMK/DIII/S1(Ners)
5. Lama Bekerja : tahun

B. Lembar Observasi Penerapan Triase Metode START

LEMBAR OBSERVASI PENERAPAN TRIASE DI IGD

Rumah Sakit: UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli

Tanggal Observasi : _____

Nama Petugas yang Diamati: _____

Pengamat : _____

No	Aspek yang Diamati	Indikator Observasi	Skor/Checklist	Keterangan
1	Penerimaan pasien IGD	Semua pasien yang masuk langsung dilakukan triase di tempat yang tersedia	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
2	Penilaian awal pasien	Petugas triase menilai keadaan umum pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Catatan kondisi

		untuk menentukan tingkat kegawatannya		pasien
3	Pemeriksaan fisik	Dilakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan kategori triase	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Jenis pemeriksaan yang dilakukan
4	Penentuan kategori	Pasien dikategorikan sesuai tingkat kegawatan: - Kategori 1: Mengancam jiwa - Kategori 2: Kondisi serius - Kategori 3: Mungkin menjadi mengancam jiwa - Kategori 4: Kemerossotan atau outcome berbeda dalam 1 jam - Kategori 5: Kronis minor	<input type="checkbox"/> Kategori 1 <input type="checkbox"/> Kategori 2 <input type="checkbox"/> Kategori 3 <input type="checkbox"/> Kategori 4 <input type="checkbox"/> Kategori 5	
5	Penanganan pasien prioritas	Tim IGD menanggapi pasien sesuai level kegawatan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Waktu tanggap (menit)
6	Penanganan pasien bersamaan	Penanganan pasien baru dengan level kegawatan tinggi menyesuaikan pasien sebelumnya	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Catatan jika ada pasien prioritas lain
7	Penanganan pasien jumlah besar	Identifikasi pasien melebihi kapasitas tempat tidur, dilakukan pelayanan sesuai prioritas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Catatan tindakan yang dilakukan
8	Konsultasi dokter spesialis	Jika kasus memerlukan penanganan lanjutan, dikonsultasikan ke dokter spesialis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Catatan kasus
9	Dokumentasi	Semua tindakan dicatat dalam berkas rekam medis	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Nomor rekam medis / catatan



C. Kuesioner Pengetahuan

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan dibawah ini dengan teliti.
2. Berikan tanda (√) kuesioner pengetahuan sesuai dengan kondisi saudara.
3. Setiap pertanyaan harus dijawab sendiri tanpa diwakili oleh orang lain.
4. Jawaban yang anda berikan akan dijamin kerahasiaannya.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatan trauma atau penyakit disebut triage.		
2.	Triage pada umumnya dilakukan pada semua pasien.		
3.	Waktu untuk triage per orang adalah 15 detik.		
4.	Prinsip utama triage adalah melakukan prioritas dengan urutan nyawa, fungsi dan postur tubuh.		
5.	Untuk memastikan urutan prioritas pada pasien akan dipasangkan kartu triage.		
6.	Warna merah merupakan kategori triage untuk pasien yang dalam keadaan kritis dan memerlukan prioritas utama dalam pengobatan medis.		
7.	Pasien yang dapat menunggu lama dalam beberapa jam diberi kartu dengan warna hijau.		
8.	Pasien yang telah melampaui kondisi kritis kemungkinan untuk diselamatkan atau telah meninggal akan diberi kartu dengan warna kuning		
9.	Gawat merupakan salah satu hal yang mendasari klasifikasi pasien dalam dalam sistem triage		
10.	Keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat merupakan pengertian darurat.		
11.	Gawat darurat merupakan suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tetapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan		
12.	Suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (airway, breathing, circulation) jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal atau cacat merupakan pengertian gawat.		
13.	Metode triage START menggunakan 4 macam observasi yaitu bisa berjalan, bernafas, sirkulasi darah dan tingkat kesadaran.		
14.	Memberikan pasien label warna sesuai dengan skala prioritas merupakan fungsi triage yang berkaitan dengan		

	kegiatan pembedaan kegawatan		
15.	Menilai kemungkinan tindakan operasi pada pasien merupakan fungsi triage yang berkaitan dengan kegiatan anamnesa.		
16.	Fungsi triage yang berkaitan dengan kegiatan penentuan derajat kegawatan adalah menentukan kebutuhan pasien.		
17.	Pasien yang dapat berjalan sendiri diberi kartu dengan warna hijau.		
18.	Triage di “tempat pasien ditemukan” atau pada tempat penampungan yang dilakukan oleh tim pertolongan pertama atau tenaga medis gawat darurat disebut triage evakuasi.		
19.	Triage yang dilakukan saat pasien memasuki pos medis lanjutan disebut triage medik.		
20.	Triage di tempat merupakan triage yang ditujukan kepada pasien yang dapat di pindahkan ke rumah sakit yang telah siap menerima.		

 <p>RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli</p>	TRIASE		
	No. Dokumen: 445/002/SPO/ PLY/XI/2022	No Revisi: 01	Halaman: 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit: 10 November 2022	Ditetapkan, DIREKTUR RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli  drg. MOHD RIZAF AISAL MARS Nip. 19721006 2001121003	
PENGERTIAN	Triase adalah : Proses penilaian pasien berdasarkan tingkat kegawatan dan jenis penyakitnya untuk ditentukan apakah pasien perlu ditangani dengan segera Dan ditentukan tempat penanganannya		
TUJUAN	Pasien yang datang ke IGD (Instalasi Gawat Darurat) dapat tertangani dengan cepat dan tepat sesuai dengan jenis kasus dan tingkat kegawatannya		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli Nomor : 445/047/SK/VI/2022 Tentang Pedoman Akses ke Rumah Sakit dan Kesenambungan Pelayanan Rumah Sakit Umum Tgk. Chik Ditiro.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien yang masuk ke Instalasi Gawat Darurat langsung diterima dilakukan triase pada tempat yang tersedia . 2. Petugas Triase segera menilai keadaan umumnya untuk penilaian tingkat kegawatannya dan penanganan selanjutnya 3. Pasien yang ada dilakukan pemeriksaan fisik untuk dapat menentukan tingkat kegawatan sesuai dengan level kegawatannya dengan kategori sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. KATEGORI 1 adalah: kondisi yang mengancam jiwa (atau resiko besar mengalami kemunduran) dan perlu intervensi yang cepat dan agresif. b. KATEGORI 2 adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan kondisi yang cukup serius atau mengalami kemerosotan secara cepat yang apabila tidak ditangani dalam 10 menit dapat mengancam jiwa atau mengakibatkan kegagalan organ. 2. Pasien yang dengan pemberian obat yang dimana hasil akhirnya sangat tergantung dari seberapa cepat obat itu diterima Oleh pasien (misalnya: trombolisis, antiracun) 		



RSUD
TGK. CHIK DITIRO SIGLI

TRIASE

No. Dokumen :
445/002/SPO/
PLY/XI/2022

No. Revisi : 01

Halaman : 1/2

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal terbit
10 Desember
2022



Ditetapkan,
DIREKTUR RSUD
TGK. CHIK DITIRO SIGLI

drg. MOHD. BIZAF AISAL, MARS
Nip. 19721006 200112 1003

PROSEDUR

- c. KATEGORI 3
Adalah pasien yang datang dengan kondisi yang mungkin akan berkembang menjadi mengancam nyawa atau menimbulkan kecacatan bila tidak ditangani dalam waktu 30 menit.
- d. KATEGORI 4
Adalah pasien dengan kondisi yang dapat mengalami kemerosotan atau akan menghasilkan out come yang berbeda bila dalam 1 jam pasien belum ditangani, gejala berkepanjangan.
- e. KATEGORI 5
adalah kondisi pasien yang sudah kronis dengan gejala yang minor, dimana hasil akhirnya tidak akan berbeda bila penanganan ditunda sampai 2 jam setelah kedatangan.
4. Tim IGD (perawat dan dokter) menangani pasien dengan memprioritaskan yang perlu ditangani segera berdasarkan level kegawatan yang ditemukan.
5. Apabila perawat dan dokter IGD sedang menangani pasien, kemudian datang pasien dengan level kegawatan lebih tinggi maka segera tangani pasien tersebut terlebih dulu dengan memberikan penjelasan mengenai keadaan tersebut kepada pasien yang sedang ditangani.
6. Apabila pasien datang dengan jumlah besar, melebihi kapasitas tempat tidur yang ada, namun dari identifikasi pasien tersebut butuh penanganan segera maka pelayanan dapat dilakukan dengan menggunakan ruang yang memungkinkan pemeriksaan dilakukan.
7. Untuk kasus tertentu yang memerlukan penanganan lebih lanjut setelah diatasi kegawatannya, maka pasien dapat dikonsultasikan kepada dokter spesialis.
8. Dokumentasikan penanganan/tindakan yang dilakukan dalam berkas rekam medis.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rekam Medik
2. Instalasi Gawat Darurat



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

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

Nomor: 399 /MNI.05.04/PP.05.02.00/2025

Lamp: -

Hal : **StudiPendahuluan**

Kepada Yth :
Direktur RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI
Di-
Tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Sehubungan dengan akan dilakukan penyusunan Skripsi bagi mahasiswa S1 Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Sigli Tahun Ajaran 2025/2026 yang merupakan salah satu syarat akademik, mahasiswa yang tersebut namanya di bawah ini :


Nama : SYIFAUL AMALIA
NIM : 22010017

Sedangmenyusun proposal penelitiandenganjudul **"HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN METODE START (SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT) DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD TGK CHIK DITIRO SIGLI"**

Berkenaan dengan hal tersebut di atas, maka mohon untuk diberikan izin bagi mahasiswa yang bersangkutan dapat melakukan pengambilan data awal guna penyusunan dan penyelesaian tugas akhir. Data yang diperoleh hanya digunakan untuk Studi Ilmiah dan tidak dipublikasikan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Sigli, 17 Juni 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
KOMITE KOORDINASI PENDIDIKAN

Lampiran 8

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 1494 /VII/2025
Lampiran : -
Perihal : Izin Pendahuluan

Sigli,
Kepada :
Ka. Ruang 10D
di-
Tempat.

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Syifaul Amalia
NIM : 22010017
Prodi : S1 keperawatan STikes Medika Nuntut Islam
Judul : Hubungan Pengetahuan perawat Terhadap Penerapan Metode Skart (Simple Tringe and Rapid Treatment) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli

Bahwa yang namanya tersebut diatas telah diberikan izin melakukan pendahuluan mulai tanggal 07 Juli 2025 s.d. selesai di UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk. Chik Ditiro Sigli.

Demikianlah surat ini kami keluarkan agar dapat dipergunakan seperlunya.

KETUA KOMKORDIK

Bd. Cut Yuliana, S.Tr. Keb
Nip. 19800616 200701 2003

Ka 10D 07-07-25
ns # 24151721 sket



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

Lampiran 9

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/519/VII/2025
Lampiran : -
Perihal : **Selesai Pengambilan Data Awal**

Sigli, 18 Juli 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 : Syifaul Amalia
NIM : 22010017
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode Start (Simlpe Triage and Rapid Treatment) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli

Bahwa yang namanya tersebut diatas telah selesai melakukan pengambilan data awal mulai tanggal 07 s/d 17 Juli 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. 19721006200112 1 003



**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 : 1045/MNI.05.02/PP.05.00/2025
Lamp : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth
Direktur RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli
Di-

Tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Sehubungan dengan akan dilaksanakan penelitian bagi Mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Medika Nurul Islam Tahun Akademik 2025/2026. Maka, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan Izin Pengumpulan Data Penelitian kepada Mahasiswa/i kami dibawah ini :

Nama : Syifaul Amalia
Nim : 22010017
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (Simple Triage and Rapid Treatment) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli
Tempat : RSUD Tgk Chik Ditiro Sigli

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terimakasih.

Sigli, 20 Desember 2025
STIKes Medika Nurul Islam
Bidang Akademik,

M. Nurlela Mufida, M. Kep
NUPTR 2544766667237023



**UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TGK. CHIK DITIRO SIGLI
KOMITE KOORDINASI PENDIDIKAN**

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/626/XII/2025
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Sigli,
Kepada yth :
Ka. IGD.....
di-

Tempat.

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Syifaul Amalis
NIM : 22010017
Prodi : S1 Keperawatan Stikes Medika Naul Islam
Judul : Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (Simple Triage and Rapid Treatment) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli

Bahwa yang namanya tersebut diatas telah diberikan izin melakukan penelitian mulai tanggal 29 Desember 2025 s/d Januari ...
di UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Tgk. Chik Ditiro Sigli.

Demikianlah surat ini kami keluarkan agar dapat dipergunakan seperlunya.

KETUA KOMKORDIK

IGD 29 Des 25

M. H. ZULFIRRI S.Kep

Bd. Cut Yuliana, S.Tr. Keb
Nip. 19800616 200701 2003



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

Lampiran 12

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/621/XII/2025
Lampiran : -
Perihal : Selesai Penelitian

Sigli, 31 Desember 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 : Syifaul Amalia
NIM : 22010017
Prodi : S1 Keperawatan STIKes Medik Nurul Islam
Judul : Hubungan Pengetahuan Perawat Terhadap Penerapan Metode START (Simple Triage and Rapid Treatment) di Instalasi Gawat Darurat UPTD RSUD Tgk. Chik Ditiro Sigli

Bahwa yang namanya tersebut diatas telah selesai melakukan penelitian mulai tanggal 24 s/d 30 Desember 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. 19721006200112 1 003

MASTER TABEL PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN METODE START (*SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT*) DI INSTALASI GAWAT DARURAT UPTD RSUD TGK. CHIK DITIRO SIGLI

Karakteristik Responden				Penerapan Triase										Pengetahuan Perawat																							
NO Responden	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	Total	Kategori	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Total	Kategori	
1	L	Amk	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	Baik	
2	L	Amk	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	16	Baik	
3	P	Ners	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	Kurang Baik	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	11	Cukup	
4	L	Amk	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Baik	
5	P	DIII	< 5 tahun	1	1	1	0	1	0	0	0	1	5	Kurang Baik	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	10	Cukup		
6	P	DIII	< 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Baik	
7	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	Kurang Baik	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	12	Cukup	
8	P	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	Baik	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	16	Baik	
9	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7	Baik	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	16	Baik	
10	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	0	1	0	1	0	0	5	Kurang Baik	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	10	Cukup	
11	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	Baik	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14	Baik	
12	P	SST	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	Baik	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	17	Baik	
13	P	DIII	< 5 tahun	1	1	1	0	1	0	1	0	1	6	Kurang Baik	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	10	Cukup	
14	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Baik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	Baik	
15	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	0	0	0	1	5	Kurang Baik	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7	Kurang	
16	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	Baik	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	14	Baik	
17	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Baik	
18	P	Ners	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Baik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	18	Baik	
19	L	Ners	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	1	0	1	7	Baik	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	13	Baik	
20	L	DIII	< 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	Baik	
21	L	DIII	< 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	Baik	
22	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	1	0	1	7	Baik	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11	Cukup	
23	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Baik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	18	Baik	
24	P	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Baik	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	17	Baik	
25	P	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Baik	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	Baik	
26	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	Baik	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	12	Cukup	
27	L	Ners	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	Baik	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	18	Baik
28	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Baik	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	16	Baik	
29	L	DIII	≥ 5 tahun	1	1	0	0	1	0	1	0	0	4	Kurang Baik	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	7	Kurang	
30	P	DIII	≥ 5 tahun	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7	Baik	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Baik	

Keterangan :

Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja	Penerapan Triase	Pengetahuan Perawat
Perempuan : 10 perawat	Amk : 3	> 5 Tahun : 24 perawat	Baik : 23 perawat	Baik : 21 perawat
Laki-Laki : 20 perawat	DIII : 23	< 5 tahun : 6 perawat	Kurang Baik : 7 perawat	Cukup : 7 perawat
	Ners : 4			Kurang : 2 perawat

**HASIL ANALISA DATA PENELITIAN
(UNIVARIAT)**

Penerapan_Triase

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	23	76.7	76.7	76.7
	Kurang Baik	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pengetahuan_Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	21	70.0	70.0	70.0
	Cukup	7	23.3	23.3	93.3
	Kurang	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	20	66.7	66.7	66.7
	Perempuan	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lama_Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5 tahun	6	20.0	20.0	20.0
	≥ 5 tahun	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Amk	3	10.0	10.0	10.0
	DIII	23	76.7	76.7	86.7
	Ners	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

HASIL ANALAISA DATA PENELITIAN (BIVARIAT)

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penerapan_Triase *	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Pengetahuan_Perawat						

Pengetahuan_Perawat * Penerapan_Triase Crosstabulation

		Penerapan_Triase		Total	
		Baik	Kurang B		
Pengetahuan_Perawat	Baik	Count	21	0	21
		% within Pengetahuan_Perawat	100.0%	0.0%	100.0%
	Cukup	Count	2	5	7
		% within Pengetahuan_Perawat	28.6%	71.4%	100.0%
Kurang	Count	0	2	2	
	% within Pengetahuan_Perawat	0.0%	100.0%	100.0%	
Total	Count	23	7	30	
	% within Pengetahuan_Perawat	76.7%	23.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.014 ^a	2	.001
Likelihood Ratio	24.221	2	.001
N of Valid Cases	30		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

DOKUMENTASI PENELITIAN



BUKTI PERMINTAAN ADOPSI KUESIONER PENELITIAN

