

**HUBUNGAN *RESPON TIME TRIAGE* DENGAN
LENGTH OF STAY (LOS) PADA PASIEN CEDERA
KEPALA DI IGD RSD. Dr. SOEBANDI
JEMBER**

SKRIPSI



**Oleh :
Linafatul Zunaidah
NIM 20010179**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2022**

**HUBUNGAN *RESPON TIME TRIAGE* DENGAN
LENGTH OF STAY (LOS) PADA PASIEN CEDERA
KEPALA DI IGD RSD. Dr. SOEBANDI
JEMBER**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



Oleh :
Linafatul Zunaidah
NIM 20010179

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil penelitian ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar hasil skripsi pada Program Studi S1 Keperawatan

Universitas dr. Soebandi

Jember, 16 Juni 2022

Pembimbing Utama,



Sutrisno, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 4006066601

Pembimbing Anggota,



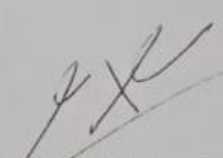
Rida Darotin, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0713078604

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Hubungan Respon Time Triage Dengan Length of Stay Pada Pasien Cedera Kepala di IGD RSD Dr. Soebandi Jember* telah diuji dan disahkan oleh Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan pada :

Hari : Senin
Tanggal : 18 Juli 2022
Tempat : Program Studi Ilmu keperawatan
Universitas dr. Soebandi

Tim Penguji
Ketua Penguji,

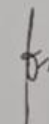

Sutrisno, S.ST.,MM
NIDN.4006035502

Penguji II,



Sutrisno, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN.4006066601

Penguji III,



Rida Darotin, S.Kep.,Ns.,M.kes
NIDN. 0713078604

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas dr. Soebandi


Hella Meldy Tursina, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0706109104

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Linafatul Zunaidah

NIM : 20010179

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau hasil orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam skripsi ini, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 15 Juli 2022

Yang menyatakan,



(Linafatul Zunaidah)

SKRIPSI

HUBUNGAN RESPONS TIME TRIAGE DENGAN *LENGTH OF STAY* (LOS) PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI IGD RSD. Dr. SOEBANDI JEMBER

Oleh:
Linafatul Zunaidah
NIM. 20010179

Dosen Pembimbing Utama
Dosen pemimbing Anggota

: Sutrisno, S.Kep., Ns,M.Kes
: Rida Darotin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR PERSEMBAHAN

Skripsi ini dengan sepenuh hati saya persembahkan kepada:

1. Suami tercinta Rohmat Taufik, ananda Athaya dan ananda Arkan terima kasih telah mendukung dan memberi semangat selama saya menuntut ilmu .
2. Ayah, ibu dan saudara-saudaraku terimakasih atas doa dan dukungannya.
3. Ruang alamanda lama, Ruang nusa indah, Ruang melati bawah terima kasih atas dukungan dan doanya.
4. Keluarga besar RSD dr. Soebandi khususnya tim IGD yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan dan telah memberikan izin untuk pelaksanaan penelitian.
5. Almamater Universitas Dr. Soebandi tercinta terima kasih telah memberikan kesempatan kepada saya untuk bisa melanjutkan program transfer S1 keperawatan semoga ilmu yang saya terima barokah dan bermanfaat.

MOTTO

“Apabila sesuatu yang kau senangi tidak terjadi maka senangilah apa yang terjadi.”
(Ali bin Abi Thalib)*

“Ketahuilah bahwa kemenangan bersama kesabaran, kelapangan bersama kesempitan, dan kesulitan bersama kemudahan.”
(HR Tirmidzi)*

ABSTRAK

Zunaidah, Linafatul. 2022. **Hubungan Respon Time Triage Dengan Lenght Of Stay (LOS) Pada Pasien Cedera Kepala Di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.** Skripsi. Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas dr. Soebandi. Dosen pembimbing Sutrisno, S.Kep., Ns,M.Kes dan Rida Darotin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Latar Belakang: *Respon time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan. *Length of stay* di IGD merupakan waktu pelayanan kesehatan yang diukur mulai dari pasien datang sampai dengan pasien dipindahkan ke unit lain. Cedera kepala dibutuhkan penanganan awal dengan pertolongan segera yaitu, cepat, tepat dan cermat dalam mencegah kecacatan atau terjadinya kematian. Pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) memegang peranan penting (*time saving life saving*), waktu adalah nyawa. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan *respon time triage* dengan *length of stay (los)* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.

Metode: Desain penelitian ini menggunakan korelasi study dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel responden 31. Pengambilan sampel dengan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi, stopwatch dan di analisis dengan *Fisher Exact Test* dan Koefisien Korelasi.

Hasil Penelitian: *Respon time triage* sebagian besar (87,1%) sesuai standart, *length of stay* sebagian besar (83,9%) sesuai dengan standart. Uji *Fisher Exact Test* nilai $p=0,008 < \alpha=0,05$ artinya H_0 ditolak dan hasil hitung koefisien korelasi 0,025 artinya hubungan cukup sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang cukup antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember. Semakin cepat *respon time* pada pasien cedera kepala, waktu *length of stay* lebih cepat, pengelolaan pasien dengan benar, tepat dalam pemilihan *triage* terutama dalam penanganan pasien cedera kepala, dapat mengoptimalkan dalam pemulihan cedera kepala.

Kata Kunci: *respon time, Length of stay, cedera kepala*

*Peneliti

**Pembimbing 1

***Pembimbing 2

ABSTRACT

Lina Fatul Zunaidah. 2022. **The Relationship Between *Respon Time Triage With Lenght Of Stay (LOS)* in Head Injury Patien in IGD RSD. Dr. Soebandi Jember.** Essay. Nursing science study program Universitas dr. Soebandi. Supervisor Sutrisno, S.Kep., Ns,M.Kes and Rida Darotin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Introduction: The patient came for treatment. Length of stay in the ER is the time for health services which is measured from the time the patient arrives until the patient is transferred to another unit. Head injuries require early treatment with immediate help, namely, fast, precise and careful in preventing disability or death. Patient service in the Emergency Room (IGD) plays an important role (time saving life saving), time is life. The purpose of this study was to determine the relationship between time triage response and length of stay (los) in head injury patients in the ER RSD. dr. Soebandi Jember.

Methods: The design of this study used a correlation study with a cross sectional approach with a sample of 31 respondents. The sampling technique was accidental sampling. The research instrument used an observation sheet, a stopwatch and was analyzed with the Correlation Coefficient.

Result and Analysis: Most of the response time triage (87.1%) are in accordance with the standard, the length of stay is mostly (83.9%) according to the standard. Fisher Exact Test, $p \text{ value} = 0.008 < \alpha = 0.05$, it means that there is a relationship between time triage response and length of stay in head injury patients in the ER RSD dr. Soebandi Jember with the calculated Correlation Coefficient of 0.525, it means that the relationship level is sufficient. It can be concluded that there is a sufficient relationship between the response time of triage and the length of stay (los) in head injury patients, the faster the response time in head injury patients, the faster the length of stay, the correct management of patients, the right choice of triage, especially in handling head injury patients, can optimize in head injury recovery.

Keywords: Respon Time Triage, Lenght of Stay, Head Injury

*Author

**Advisor 1

***Advisor 2

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember dengan judul “Hubungan *Respon Time* pada *Triage* dengan *Length Of Stay* (LOS) pada Pasien Cedera Kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember”.

Selama proses penyusunan Skripsi ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Drs. H. Ners. Said Mardijanto, S.Kep., M.M, selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember
2. Ibu Ns. Hella Meldy Tursina, S.Kep., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember
3. Ns. Irwina Angelia Silvanasari, S.Kep., M. Kep Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi
4. Bapak Sutrisno, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku pembimbing utama
5. Ibu Rida Darotin, S,Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing anggota
6. Bapak Sutrisno, S.ST., M.M. selaku penguji

Dalam penyusunan proposal skripsi ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 16 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HUBUNGAN RESPON TIME TRIAGE DENGAN	i
HUBUNGAN RESPON TIME TRIAGE DENGAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	v
SKRIPSI	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
MOTTO	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN ATAU SIMBOL	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Bagi Peneliti	3
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	4
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Cedera Kepala	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Klasifikasi	7
2.1.4 Berdasarkan Beratnya Trauma	7

2.1.5 Berdasarkan Morfologi	8
2.1.6 Patofisiologi.....	16
2.1.7 Manifestasi Klinis	19
2.1.8 Diagnosis	21
2.1.9 Penanganan Gawat Darurat Cedera Kepala.....	21
2.2 <i>Respon Time</i>	22
2.2.1 Definisi <i>Respon Time</i>	22
2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi <i>Respon Time</i>	23
2.2.3 Klasifikasi <i>Response Time</i> Berdasarkan Kegawatan	23
2.2.4 Metode Pengukuran <i>Respon Time</i>	24
2.3 <i>Lenght of Stay</i>	24
2.3.1 <i>Emergency Departement Lenght of Stay</i> (EDLOS).....	24
2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi <i>Length of Stay</i>	27
2.3.3 Hubungan Waktu Pemeriksaan Laboratorium, Waktu Review/Konsultasi, Waktu Tunggu Transfer dengan <i>Length of Stay</i> Di IGD	31
2.3.4 Hubungan Waktu Pemeriksaan Laboratorium dengan LOS di IGD	31
2.3.5 Hubungan Waktu Review Dan Konsultasi dengan LOS di IGD.....	32
2.3.6 Hubungan Waktu Tunggu Transfer Ke Ruang Rawat Inapdengan LOS di IGD	33
2.4 Instalasi Gawat Darurat (IGD)	35
2.4.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	35
2.4.2 Persyaratan ruang IGD	35
2.4.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)	36
2.5 <i>Triage</i>	37
2.5.1 Definisi <i>Triage</i>	37
2.5.2 Tujuan <i>Triage</i>	38
2.5.3 Pengkajian Awal <i>Triage</i>	41
2.5.4 Pengelompokan <i>Triage</i> Berdasarkan Tag Label.....	43
2.5.5 Prosedure <i>Triage</i>	44
2.6 <i>Respon Time Triage</i> dengan <i>Length of Stay</i> pada Pasien Cedera Kepala.....	45
2.7 Kerangka Teori	46
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN..	47
3.1 Kerangka Konsep	47
3.2 Hipotesis	49
BAB IV METODE PENELITIAN	50

4.1 Desain Penelitian	50
4.2 Kerangka Kerja Penelitian	50
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	52
4.3.1 Populasi Penelitian.....	52
4.3.2 Sampel Penelitian	52
4.3.3 Sampling Penelitian.....	52
4.3.4 Kriteria sampel penelitian.....	53
4.4 Variabel Penelitian	54
4.4.1 Variabel Bebas	54
4.4.2 Variabel Terikat	54
4.5 Waktu Penelitian	54
4.6 Definisi Operasional	55
4.7 Pengumpulan Data	55
4.7.1 Sumber Data	55
4.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	56
4.8 Teknik Pengumplan Data.....	57
4.8.1 Pengecekan Data (<i>Editing</i>)	57
4.8.2 Membuat Kode (<i>Coding</i>).....	57
4.8.3 Memasukkan data (<i>Entering</i>)	58
4.8.4 Membersihkan data (<i>Cleaning</i>)	58
4.9 Teknik Analisa Data.....	58
4.9.1 Analisa Univariat	58
4.9.2 Analisa Bivariat	59
4.10Etika Penelitian	61
4.10.1 Lembar persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	61
4.10.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	61
4.10.3 Keadilan (<i>Justice</i>).....	62
4.10.4 Kemanfaatan (<i>Beneficience</i>).....	62
BAB V HASIL PENELITIAN	63
5.1 Data Umum	63
5.1.1 Jenis Kelamin.....	64
5.1.2 Penyebab kecelakaan	64
5.1.3 Jenis kasus cedera kepala dari responden.....	65
5.1.4 Cara datang responden.....	65

5.2 Data Khusus	65
5.2.1 <i>Respon Time Triage</i>	65
5.2.2 <i>Length of Stay</i>	66
BAB VI PEMBAHASAN.....	68
6.1 <i>Respon Time Triage</i>	68
6.2 <i>Length of Stay</i>	70
6.3 Hubungan Antara <i>Respon Time Triage</i> dengan <i>Length Of Stay</i> Pada Pasien Cedera Kepala	72
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	75
7.1 Kesimpulan	75
7.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Trauma Kepala	7
Tabel 2.2 Skor <i>Coma Glasgow Scale</i>	8
Tabel 2.6 Kerangka Konsep	48
Tabel 4.1 Definisi Operasional	55
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi <i>Respons Time</i>	55
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi <i>Length Of Stay</i>	55
Tabel 4.5 Interpretasi Prosentase	59
Tabel 4.6 Interpretasi Frekuensi <i>Respon Time Triage</i> dan <i>Length of Stay</i>	61
Tabel 4.7 Interpretasi Hubungan <i>Respons Time Triage</i> dan <i>Length of Stay</i> Koefisien Korelasi	61

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 CT Scan Kepala dalam Mode “ <i>Brain (A)</i> ” dan “ <i>Brain (B)</i> ” window A	9
2.2 Fraktur Depresi pada Bagian Temporal	10
2.3 Fraktur Basis Tengkorak	11
2.4 Pembengkakan Otak	12
2.5 Gambaran MRI pada <i>Cedera Aksonal Difus</i>	12
2.6 CT Scan Hematom Intrakranial	15
2.7 CT Scan Pendarahan Subarakhoid	16
2.8 <i>Length Of Stay</i> di IGD	26
2.9 Skema Algoritma	41

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar <i>Informed Consent</i>	80
Lampiran 2 Lembar Observasi <i>Length of Stay</i> dan <i>Respon Time</i>	81
Lampiran 3 Lembar Observasi <i>Length of Stay</i> di IGD.....	82
Lampiran 4 Rekapitulasi Data.....	82
Lampiran 5 Hasil SPSS.....	83
Lampiran 6 Surat Permohonan Studi Pendahuluan	86
Lampiran 7 Surat Izin Studi Pendahuluan	87
Lampiran 8 Surat Studi Pendahuluan.....	88
Lampiran 9 Surat Permohonan Ijin Penelitian	89
Lampiran 10 Surat Izin Penelitian.....	90
Lampiran 9 Lembar Konsultasi.....	87

DAFTAR SINGKATAN ATAU SIMBOL

ATLS	: <i>Advanced Trauma Life Support</i>
COB	: Cedera Otak Berat
COR	: Cedera Otak Ringan
COS	: Cedera Otak Sedang
EDLOS	: <i>Emergency Department Length of Stay</i>
ESI	: <i>Emergency Severity Index</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
LOS	: <i>Length of Stay</i>
START	: <i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>
TAT	: <i>Turn Around Time</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera kepala salah satu masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama tingginya angka kematian terhadap populasi manusia di usia produktif di bawah 45 tahun. Cedera kepala dapat menyebabkan gangguan fisik dan mental yang kompleks, baik yang bersifat sementara ataupun menetap seperti defisit kognitif, psikis, intelektual, serta gangguan fungsi fisiologis lainnya. (Iskandar dalam Mudatsir, *et al* 2017). Cedera kepala adalah suatu cedera yang disebabkan oleh trauma benda tajam maupun benda tumpul yang menimbulkan perlukaan pada kulit, tengkorak, dan jaringan otak yang disertai atau tanpa pendarahan (Sari, 2019). Ada beberapa jenis cedera kepala antara lain adalah cedera kepala ringan, cedera kepala sedang dan cedera kepala berat. Cedera kepala baik cedera kepala ringan, cedera kepala sedang dan cedera kepala berat harus ditangani secara serius. Cedera pada otak dapat mengakibatkan gangguan pada sistem syaraf pusat sehingga dapat terjadi penurunan kesadaran. Berbagai pemeriksaan perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya trauma dari fungsi otak yang diakibatkan dari cedera kepala.

Cedera kepala dibutuhkan penanganan awal dengan pertolongan segera yaitu cepat, tepat dan cermat dalam mencegah kecacatan atau terjadinya kematian. Dalam hal ini pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) memegang peranan penting (*time saving life saving*) bahwa

waktu adalah nyawa. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menerapkan standar keselamatan pasien dengan melaksanakan sistem *triage* yang dilakukan di IGD dengan mengelompokkan pasien berdasarkan beratnya kondisi dengan memprioritaskan ada atau tidaknya gangguan *Airway*, *Breathing* dan *Circulation* dengan Sumber daya yang memadai. Rumah sakit di Indonesia masih menggunakan sistem *triage* konvensional dengan mengadopsi Metode *triage* bencana yaitu *Simple Triage And Rapid Treatment* (START) dengan mengkategorikan prioritas hitam, merah, kuning dan hijau. Sistem konvensional ini tidak cocok jika digunakan dalam rumah sakit modern dengan mempertimbangkan *evidence-based medicine* atau kedokteran berbasis bukti. Sistem *triage* IGD banyak versi dan modifikasi sesuai dengan kondisi rumah sakit masing-masing. Rumah sakit dalam menentukan sistem *triage* yang saat ini berkembang dan banyak diteliti reliabilitas, validitas dan efektifitasnya sehingga banyak digunakan di berbagai dunia diantaranya adalah *Triage Amerika / Emergency Severity Index (ESI)*, *Singapore/ Patient Acuity Category Scale (PACS)*, (Kurniati A, *et al.* 2018) Pelayanan gawat darurat dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap pasien gawat dan atau darurat dilayani oleh petugas IGD Rumah Sakit > 15 menit (Angka KPPGD Rumah Sakit dalam Gustia, *et al*, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah hubungan antara *respon time* pada *triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD.Dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya hubungan antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi *respon time triage* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.
- 2) Mengidentifikasi *length of stay* (LOS) pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.
- 3) Menganalisis hubungan antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan keterampilan bagi peneliti tentang proses penelitian dengan baik dan benar serta dapat mengetahui hubungan antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai wawasan dan memperkaya ilmu serta pengembangan penelitian mengenai hubungan antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat yang dapat diperoleh bagi profesi keperawatan adalah dijadikan sumber untuk mempertimbangkan pemberian intervensi terkait pemasalahan *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang berjudul “Hubungan Respon Times Triage dengan Length of Stay (LOS) pada Pasien Cedera Kepala di IGD Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Jember belum pernah dilakukan, akan tetapi penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Maghfiroh, et al (2019) yang berjudul ‘‘Hubungan Waktu Tunggu dan Length of Stay (LOS) dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Jombang’’. Penelitian yang dilakukan oleh Gustia, et al., (2018) yang berjudul Hubungan Ketepatan Penilaian Triase Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala Di IGD. RSUD. HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir. Berikut perbandingannya:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Topik	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul Penelitian	Hubungan Waktu Tunggu dan <i>Length of Stay</i> (LOS) dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Jombang	Hubungan Ketepatan Penilaian Triase Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala Di IGD RSUD HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir	Hubungan <i>Response Time Triage</i> dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSD. Dr. Soebandi Jember.
Variabel	Independent: Waktu tunggu Dependent: Kepuasan Pasien	Independent: Ketepatan penilaian triase Dependent: Tingkat keberhasilan penanganan pasien cedera kepala	Independent : <i>Respons Time</i> pada <i>Triage</i> Dependent: <i>Length of Stay</i> (LOS) pada Pasien Cedera Kepala
Peneliti	Maghfiroh, <i>et al</i>	Gustia, <i>et al</i>	Linafatul Zunaidah
Tahun Penelitian	2019	2018	2022
Rancangan Penelitian	Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan metode <i>accidental sampling</i> .	Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan <i>correlation study</i> teknik <i>probability sampling</i> dengan <i>Proportionate stratified random sampling</i>	Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan metode <i>accidental sampling</i>
Uji	<i>Speerman rank</i>	<i>Pearson Corelation</i>	<i>Chi Square</i> dan Koefisien Korelasi (KK)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Cedera Kepala

2.1.1 Definisi

Cedera kepala adalah trauma mekanik yang secara langsung atau tidak langsung dan mengakibatkan luka dikulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta dapat mengakibatkan terjadinya gangguan neurologis (Syahrir dalam Tionata, 2019). Cedera kepala adalah serangkaian peristiwa patofisika yang terjadi setelah trauma kepala yang melibatkan komponen kepala yang parah, mulai dari kulit kepala, tulang, dan jaringan otak atau kombinasi. Cedera kepala adalah salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan. perlakuan buruk pasien cedera kepala cenderung memiliki cedera otak sekunder selain cedera otak primer yang akan mengakibatkan iskemia otak (Khoiriyah, Ardiananto dalam Putri, *et al.*,2021).

2.1.2 Etiologi

Penyebab yang umum menyebabkan cedera kepala adalah sebagai berikut:

- 1) Jatuh
- 2) Kecelakaan lalu lintas
- 3) Terbentur sesuatu secara tidak sengaja
- 4) Kekerasan
- 5) Lainnya

2.1.3 Klasifikasi

Menurut *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) tahun 2018, klasifikasi trauma kepala adalah berdasarkan:

- 1) Beratnya trauma
- 2) Morfologi

Klasifikasi secara lebih rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Trauma Kepala

Beratnya Trauma	Trauma Kepala Ringan	1. GCS 13-15
	Trauma Kepala Sedang	2. GCS 9-12
	Trauma Kepala Berat	3. GCS 3-8
Morfologi	Fraktur Tengkorak (Tempurung; <i>Vault</i>)	1. Fraktur linear atau stellate 2. Fraktur depresi atau non depresi
	Fraktur Tengkorak Basis (<i>Basilar</i>)	1. Dengan atau tanpa perembesan cairan serebrospinal 2. Dengan atau tanpa kerusakan saraf kranial ke tujuh
	Lesi Intrakranial	1. Epidural 2. Subdural
	Fokal	3. Intraserebral
	Lesi Intrakranial	1. Gegar (<i>concussion</i>)
	Difus	2. Cedera <i>aksona</i> 3. Cedera iskemik 4. Kontusio multiple

Sumber: ATLS dalam Tionata (2019)

2.1.4 Berdasarkan Beratnya Trauma

Glasgow Coma Scale (GCS) digunakan sebagai pengukuran objektif untuk mengukur beratnya trauma. Skor GCS yang sama dengan

atau kurang dari 8 sudah diterima sebagai definisi dari koma atau trauma kepala sedang. Pasien dengan skor GCS 13 sampai 15 dikategorikan dalam kriteria trauma kepala ringan. Menurut CDC tahun 2001, dari keseluruhan kasus trauma kepala sebesar 75-85% dikategorikan sebagai trauma kepala ringan. Cara melakukan kalkulasi GCS dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2 *Skor Glasgow Coma Scale (GCS)*

Skala	Skor
Pembukaan Mata (E)	
Secara Spontan	4
Pada perintah suara	3
Pada rasa sakit	2
Tidak ada respons	1
Respons Verbal (V)	
Terorientasi	5
Percakapan membingungkan	4
Kata-kata yang tidak sesuai	3
Suara yang tidak bisa dimengerti	2
Tidak ada respons	1
Respons Motorik (M)	
Menuruti perintah	6
Mampu melokalisasi rasa sakit	5
Fleksi mendadak terhadap rasa sakit	4
Fleksi yang abnormal	3
Ekstensi yang abnormal	2
Tidak ada respons	1

Sumber: *glasgowcomascale.org* dalam Tionata 2019

2.1.5 Berdasarkan Morfologi

Berdasarkan morfologinya trauma kepala dibagi menjadi 2, yaitu fraktur tengkorak dan lesi intrakranial.

1) Fraktur Tengkorak

Fraktur tengkorak biasa disebabkan oleh kontak langsung ke kepala dan lokasi fraktur paling sering terjadi di titik kontak terjadi.

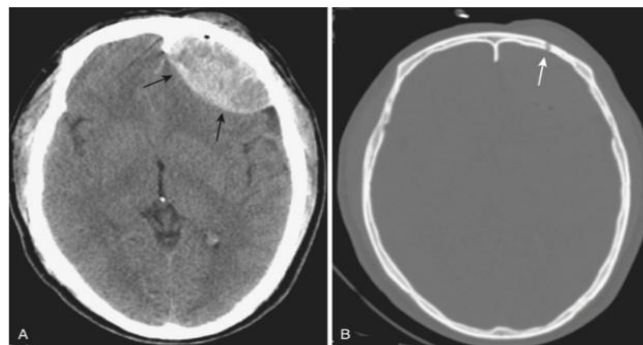
Dalam cara melihat gambaran CT Scan fraktur tulang tengkorak, CT

Scan harus diatur dalam mode “*bone window*” yang berguna dalam melihat gambaran struktur tulang secara lebih jelas (William H dalam Tionata, 2019).

Berikut adalah jenis fraktur tengkorak:

(1) Fraktur Tempurung (*Vault*)

Fraktur tempurung merupakan jenis fraktur yang paling umum dan bagian yang paling sering terkena jenis fraktur ini adalah bagian *os temporal* dan *os parietal* (William, 2016). Pada fraktur tempurung bias terbentuk gambaran garis (linear) atau bintang (*stellata*).



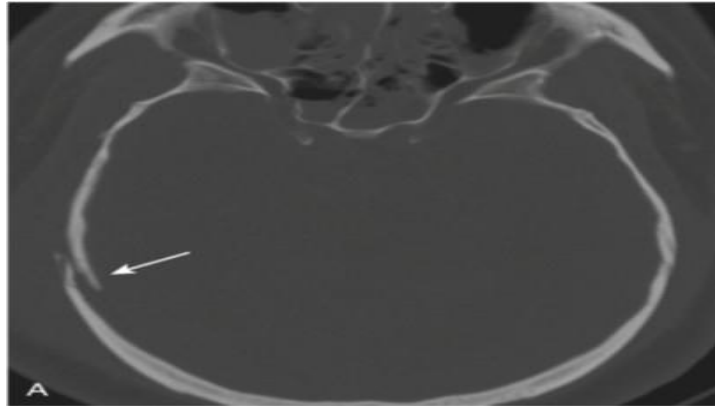
Sumber: *Learning Radiology Recognizing the Basic* dalam Tionata (2019).

Gambar 2.1 CT Scan Kepala dalam mode “*brain* (A)” dan “*bone* (B)” window. A. Gambaran epidural hematoma padapanel hitam. B. Dengan CT yang sama, dapat terlihat fraktur tempurung

(2) Fraktur Depresi

Etiologi terjadinya fraktur depresi adalah pukulan atau kontak yang diayunkan dengan tenaga kuat yang mengenai bagian kecil dari tengkorak (contoh: pukulan dari pemukul kasti), paling sering terjadi di daerah frontal dan parietal, biasanya ditemukan gambaran pecah pada CT Scan kepala. Fraktur jenis

ini membutuhkan penanganan operasi segera (William dalam Tionata, 2019).



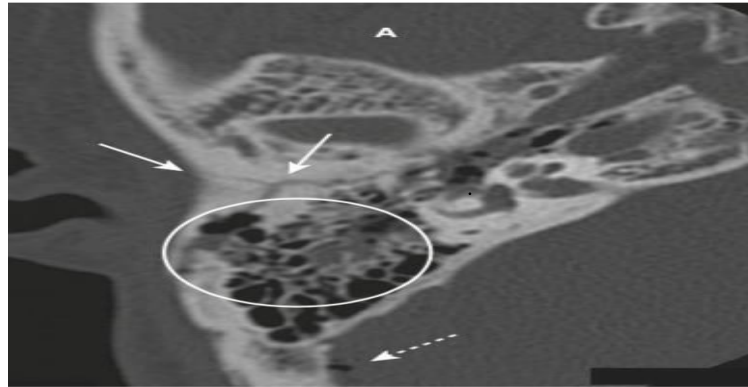
Sumber : *Learning Radiology Recognizing the Basic*

Gambar 2.2 Fraktur depresi pada bagian parietal

(3) Fraktur Basis Tengkorak (*Basilar*)

Fraktur ini merupakan jenis fraktur tengkorak yang paling serius dan berlokasi di dasar dari tengkorak. Fraktur jenis ini bisa diasosiasikan dengan robekan di *duramater* dan perembesan cairan serebrospinal, yang dapat berujung dengan kejadian *rhinorrhea* dan *otorrhea* (William dalam Tionata, 2019). Tanda klinis terjadinya fraktur basis dapat berupa ekimosis periorbital (*raccoon eyes*), ekimosis retroaurikular (*battle's sign*) dan disfungsi dari saraf kranialis ke VII dan VIII. Gejala klinis yang ditemui dapat berupa paralisis otot wajah dan kehilangan fungsi pendengaran (ATLS dalam Tionata, 2019).

Sumber: *Learning Radiology Recognizing the Basic*



Gambar2.3 Fraktur Basis Tengkorak, dapat dilihat pada lingkaran putih ditemui *pneumocephalus*, yaitu gabungan dari cairan dan udara di sel tulang mastoid

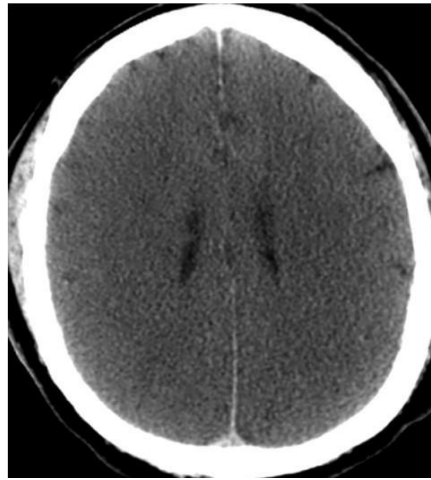
2) Lesi Intrakranial

Lesi intracranial diklasifikasikan menjadi difus atau fokal.

(1) Trauma Kepala Difus

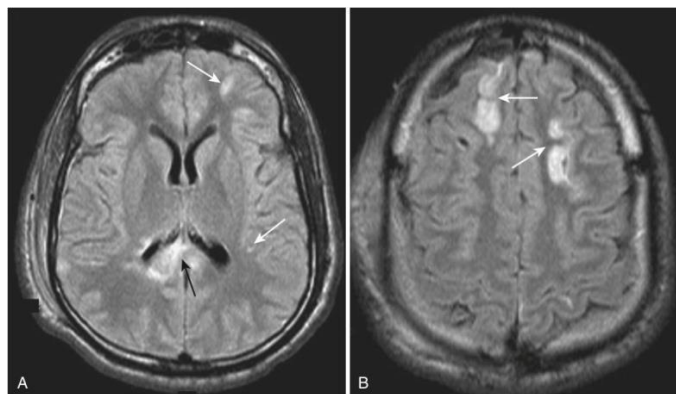
Pada trauma kepala tipe difus, trauma kepala bisa bervariasi mulai dari gegar ringan (temuan CT Scan biasa normal) sampai trauma berat yang mengakibatkan iskemia pada otak. Temuan CT pada trauma kepala tipe difus biasa berupa pembengkakan pada otak. Pada trauma kepala tipe difus, ada yang dinamakan cedera aksonal difus (*Diffuse axonal injury*), biasa dikarenakan suatu gaya dengan kekuatan yang besar contohnya adalah pada kejadian rem mendadak yang dapat menyebabkan akson di hemisfer otak besar mengalami lesi dan menyebabkan penderita tidak sadar. Cedera aksonal difus merupakan jenis trauma kepala dengan prognosis yang paling buruk.

Cara mengidentifikasi cedera aksonal difus hanya dengan MRI, dikarenakan temuan CT Scan dapat normal atau mirip dengan pendarahan intraserebral (ATLS dalam Tionata, 2019).



Sumber: *Learning Radiology Recognizing the Basic*

Gambar 2.4 Pembengkakan otak, dapat terlihat hilangnya perbedaan pada *white matter* dan *greymatter* pada otak



Sumber: *Learning Radiology Recognizing the Basic*

Gambar 2.5 Gambaran MRI pada Cedera Aksonal Difus. Area dengan lesi atau edema terlihat lebih terang (A) dan adanya peningkatan kontras pada *gray-white matter junction* (B)

(2) Trauma Kepala Fokal

Yang termasuk dalam lesi fokal, dibedakan berdasarkan tempatnya menjadi epidural, subdural dan *subarachnoid*.

(1) Hematoma Epidural

Hematoma epidural jarang ditemukan, yaitu hanya sekitar 0.5% pasien dengan trauma kepala dan 9% pada pasien trauma kepala dalam keadaan koma. Hematoma jenis ini memiliki gambaran cembung (*biconvex*) karena hematoma epidural mendorong dura dari tengkorak bagian dalam. Biasa terdapat di daerah temporal atau temporo parietal dan biasa dikarenakan robekan pada arteri *meningeal* tengah setelah terjadinya fraktur. Gejala klinisnya biasanya ditemukan *lucid interval* setelah terjadinya trauma dan penurunan fungsi neurologis (ATLS dalam Tionata, 2019)

(2) Hematoma Subdural

Hematoma subdural lebih sering ditemui daripada hematoma epidural dan biasa tidak berhubungan dengan fraktur tengkorak. Biasa terjadi pada kecelakaan kendaraan bermotor pada pasien dengan usia produktif atau karena jatuh pada pasien dengan usia tua.

Hematoma subdural biasa disebabkan karena kerusakan pada *bridging veins*, yaitu vena yang memperantarai korteks serebral dengan sinus venosus. Pada kasus hematoma subdural sering terjadi kerusakan parenkim otak yang parah sehingga hematoma subdural diasosiasikan dengan tingkat mortalitas yang lebih tinggi. Pada gambaran CT Scan,

hematoma subdural identik dengan gambaran sabit dan konkaf atau cekung. Hematoma subdural dikatakan kronis apabila sudah melewati waktu 3 minggu setelah trauma (William dalam Tionata, 2019).

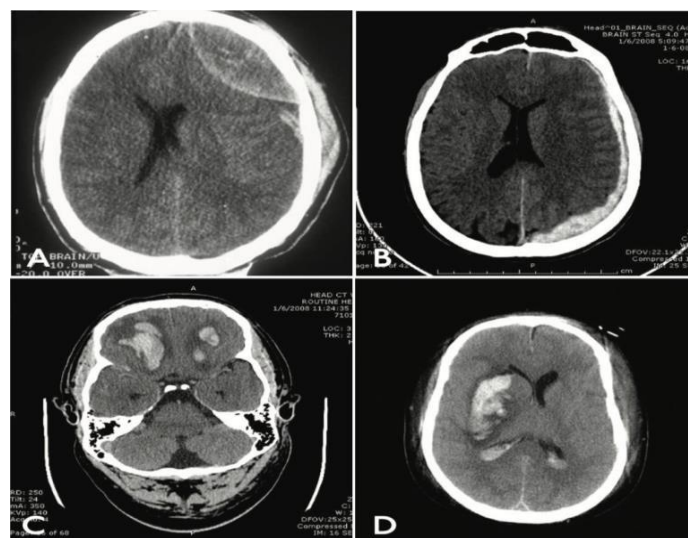
(3) Perdarahan Intraserebral

Mekanisme terjadinya perdarahan intraserebral ada banyak. Selain trauma, bias juga diakibatkan oleh rupture aneurisma, vaskulitis, dan lain sebagainya. Kondisi perdarahan ini juga merupakan salah satu jenis stroke. Perdarahan intraserebral diasosiasikan dengan kontusio atau memar. Kontusio pada umumnya terjadi di bagian lobus frontal dan temporal, dan dalam hitungan jam sampai hari, kontusio bias menyebabkan terjadinya perdarahan intraserebral. CT Scan perlu dilakukan secara berulang pada pasien dengan kontusio, karena gambaran CT pada pasien kontusio dapat berubah seiring waktu (ATLS dalam Tionata, 2019).

Pada kejadian kontusio, suatu luka atau kerusakan jaringan pada tempat terjadinya trauma (*point of impact*) disebut sebagai *coup injuries*, dan luka atau kelainan pada tempat yang berlawanan pada saat kontak terjadi disebut sebagai *countre coup injuries*. *Coup injuries* sering menyebabkan robekan pada pembuluh darah kecil

intraserebral. *Countre coup injuries* pada umumnya terjadi akibat peristiwa aselerasi- deselerasi saat otak di dorong kearah berlawanan dan membentur bagian tertentu dalam tulang tengkorak.

Adapun cara mengidentifikasi perdarahan intraserebral pada CT Scan adalah dengan melihat gambaran hiperdens multipel yang kecil dengan batas tegasdi parenkim otak yang merupakan ciri dari kontusio hemoragik; perdarahan di intraventrikuler; timbulnya edema serta lingkaran hipodens; *mass effect* yang dapat menyebabkan kompresi dari ventrikel-ventrikel dan *septum pellucidum*, terutama pada ventrikel ketiga, dan pada beberapa kasus dapat juga terjadi herniasi otak (William dalamTionata, 2019).



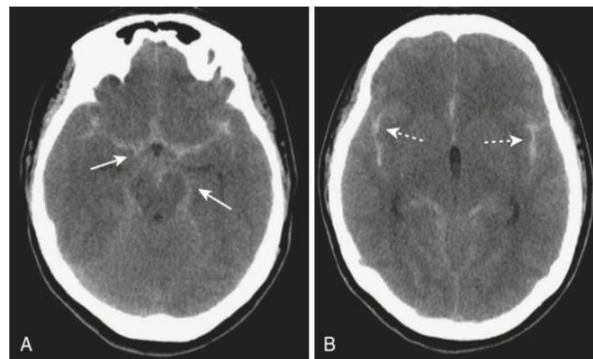
Sumber: *Advanced Trauma Life Support*

Gambar 2.6 CT Scan Hematoma Intrakranial. A. Hematoma epidural. B. Hematoma subdural. C.Kontusio bilateral dengan

perdarahan intraserebral D. Perdarahan intraparenkim kanan dengan *midlineshift* dan perdarahan biventrikuler.

(4) Perdarahan *Subarachnoid*

Perdarahan *subarachnoid* terjadi dikarenakan rupture atau pecahnya aneurisma, sehingga menyebabkan darah memasuki rongga *subarachnoid*. Etiologi terjadinya ruptur bisa dikarenakan trauma, malformasi arteri dan vena, atau perembesan darah dari parenkim. Dari pemeriksaan CT Scan, dapat dijumpai kumpulan darah disulkus dan basal cistern (William H dalam Tionata, 2019).



Sumber: *LearningRadiologyRecognizingtheBasic*

Gambar 2.7 CT Scan Perdarahan Subarakhnoid. A. Terlihat darah di basal cisterna. B. Darah disulkus

2.1.6 Patofisiologi

Secara patofisiologi, trauma kepala dibedakan menjadi trauma primer dan trauma sekunder. Trauma primer terjadi pada saat trauma berlangsung yang mengakibatkan kerusakan pada struktur fisik dari otak sedangkan trauma sekunder tidak diinduksi secara mekanis dan terjadi secara bertahap setelah terjadi trauma kepala primer. Trauma kepala

sekunder diakibatkan oleh berbagai faktor, di antaranya karena adanya perubahan di aliran darah otak, masalah auto-regulasi, disfungsi metabolic otak dan oksigenasi otak yang tidak cukup (Scalea dalam Tionata, 2019).

1) Trauma Kepala Primer

Trauma kepala primer terjadi saat kontak langsung yang biasa berupa benturan / proses mekanik (Scalea, 2005). *Blood brain barrier* dan *meninges* dapat rusak secara bersamaan pada saat terjadinya trauma kepala primer secara bersamaan dan menyebabkan kematian sel-sel saraf disertai dengan perdarahan (Pitkanen *et al.*, 2006).

Beberapa contoh trauma kepala primer yaitu:

- (1) Fraktur tengkorak
- (2) Kontusio (memar atau perdarahan di otak), dapat menyebabkan hematoma
- (3) Gegar otak (*concussions*), dapat menyebabkan defisit fungsional tanpa kelainan patologis
- (4) Laserasi, terjadi di jaringan otak atau pembuluh darah di otak

2) Cedera Aksonal Difus

Trauma primer dapat disebabkan oleh trauma tembus (*open-head*) atau trauma yang tertutup (*close-head*). Trauma tembus (*open*) melibatkan luka terbuka kepala karena benda asing, misalnya peluru. Hal ini biasanya ditandai dengan kerusakan fokal yang terjadi di sepanjang rute yang telah dilalui benda tersebut di otak yang mencakup tengkorak retak / perforasi, robeknya *meninges*, dan

kerusakan pada jaringan otak. Trauma non penetrasi tertutup (*closed-head*) ditandai dengan kerusakan otak akibat dampak tidak langsung tanpa masuknya benda asing ke otak. Tengkorak dapat mengalami kerusakan, tapi tidak ada ditemukan penetrasi *meninges* (Hegde, dalam Tionata, 2019). Mekanisme terjadinya trauma non penetrasi tertutup terdiri dari:

- (1) Trauma akselerasi, disebabkan oleh pergerakan otak di dalam kepala yang tidak tertahan (misalnya *whiplash injury*). Jika kekuatan yang mempengaruhi kepala cukup kuat, hal itu dapat menyebabkan kontusi pada tempat benturan dan sisi berlawanan tengkorak, menyebabkan kontusi tambahan (*trauma coup-contrecoup*).
- (2) Trauma non-akselerasi disebabkan oleh trauma pada kepala yang tertahan dan, oleh karena itu ada akselerasi atau perlambatan pergerakan otak yang terjadi di dalam tengkorak (misalnya pukulan pada kepala). Ini biasanya mengakibatkan deformasi (patah tulang) tengkorak, menyebabkan kerusakan lokal terpusat pada *meninges* dan otak.

(3) Trauma Kepala Sekunder

Cedera kepala sekunder terjadi secara non- mekanik dan tertunda. Rentang waktu terjadinya trauma kepala sekunder berkisar antara hitungan jam sampai hari setelah terjadinya trauma kepala primer. Trauma kepala sekunder berperan besar pada kerusakan otak dan

merupakan alasan utama pasien dengan trauma kepala harus segera menerima intervensi terapeutik. Kerusakan otak yang diakibatkan karena trauma sekunder dapat terjadi karena beberapa proses berikut ini (Sullivan *et al* dalam Tionata, 2019) :

- (1) Gangguan perfusi
- (2) Masalah pada auto regulasi dan reaktivitas CO₂
- (3) Vaso spasme pada pembuluh darah di otak
- (4) Disfungsi metabolisme otak
- (5) Oksigenasi otak yang tidak adekuat
- (6) Stres oksidatif
- (7) Edema
- (8) Inflamasi

2.1.7 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada penderita trauma kepala bervariasi, tergantung pada derajat trauma kepala dan area di otak yang terkena. Beberapa gejala timbul segera namun ada juga yang timbul beberapa hari atau beberapa minggu kemudian. Seseorang yang mengalami trauma kepala dapat mengalami kehilangan kesadaran. Pada umumnya, manifestasi klinis pada orang yang mengalami trauma kepala berdasarkan derajatnya (Pearce dalam Tionata, 2019):

- 1) Manifestasi klinis trauma kepala ringan:
 - (1) Total GCS 13-15
 - (2) Kebingungan atau disorientasi saat kejadian dan setelah trauma
 - (3) Kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit

- (4) Sakit kepala ringan
 - (5) Pusing menetap dan mual
 - (6) Amnesia setelah trauma
 - (7) Gangguan konsentrasi, pelupa, gangguan berbicara
 - (8) Jarang ditemukan kelainan pada CT Scan
- 2) Manifestasi klinis trauma kepala sedang:
- (1) Total GCS 9-12
 - (2) Kehilangan kesadaran antara 30 menit sampai 24jam
 - (3) Pusing dan mual
 - (4) Disfungsi sensoris
 - (5) Sakit kepala yang berkepanjangan
 - (6) Defisit neurologis yang tiba-tiba
 - (7) Masalah memori
 - (8) Kehilangan keseimbangan
- 3) Manifestasi klinis trauma kepala berat:
- (1) Total GCS 3-8
 - (2) Kehilangan kesadaran lebih dari 24 jam
 - (3) Amnesia, tidak dapat mengingat peristiwa yang terjadi
 - (4) Tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial
 - (5) Kelemahan atau rasa kebas
 - (6) Masalah dengan penglihatan, pengecapan dan penciuman
 - (7) Dijumpai cairan atau darah keluar dari telinga atau hidung
 - (8) Memar dibelakang telinga

2.1.8 Diagnosis

Alur tata cara mendiagnosis pasien yang mengalami traumakepala harus dilakukan sesuai dengan kondisi pasien setelah dilakukan survey primer yaitu A,B,C,D dan E. Jika pasien stabil dengan GCS berkisar antara 13-15, anamnesis dan pemeriksaan fisik secara lengkap mungkin dapat dilakukan, namun pada pasien dengan trauma kepala sedang sampai berat, perlu dilakukan penanganan segera berupa pemeriksaan fisik yang cepat, intervensi CT Scan dan penatalaksanaan secepatnya (ATLS dalam Tionata, 2019).

2.1.9 Penanganan Gawat Darurat Cedera Kepala

Penatalaksanaan medis cedera kepala yang utama adalah mencegah terjadinya cedera otak sekunder. Cedera otak sekunder. Untuk mengatasi nyeri pada cedera kepala (Turner dalam Sari, 2019) penatalaksanaan umum adalah:

- 1) Nilai fungsi saluran napas dan respirasi
- 2) Stabilisasi vertebratra servikalsi pada semua kasus trauma
- 3) Berikan oksigenasi
- 4) Awasi tekanan darah
- 5) Kenali tanda-tanda shock akibat hipovolemik atau neurogenic
- 6) Atasi shock
- 7) Awasi kemungkinan munculnya kejang

2.2 *Respon Time*

2.2.1 *Definisi Respon Time*

Respon time merupakan kecepatan melayani atau melakukan tindakan cepat ke pasien gawat darurat. Waktu tanggap yang dilakukan seorang perawat terbatas hanya 10 menit. (Mardalena. I, 2018). *Respon time* (waktu tanggap) perawat merupakan indikator proses untuk mencapai hasil yaitu kelangsungan hidup. *Respon time* adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki pintu IGD (Kepmenkes, 2010). *Respon time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik yaitu ≤ 5 menit (KeMenKes RI, 2009). *Respon time* pada sistem *realtime*, didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi pertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi, disebut dengan *event response time*. Sasarana dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat / *emergency respon time rate* (Nafri dalam Jaya, 2017).

Waktu tanggap yang diberikan oleh petugas kesehatan di IGD sangat membantu pasien maupun keluarga dengan memperhatikan ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan yang sesuai dengan standar yang sudah ditentukan sesuai dengan kemampuan dan keahlian tenaga medis (Karokaro Murni *et al*, 2020). Waktu tanggap atau *respons time*

dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti layanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata - rata standar yang ada (Jaya, 2017).

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Respons Time*

Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan *respon time* atau disebut waktu tanggap dalam penanganan kasus di IGD (Mahrur *et al.*, dalam Elma 2019).

- 1) Keterampilan perawat
- 2) Beban kerja perawat dan lama kerja
- 3) Usia, Jenis kelamin
- 4) Pengetahuan dan pendidikan
- 5) Kondisi tidak terprediksi baik keadaan pasien maupun jumlah pasien yang datang ke IGD dan keterbatasan sumber daya dan waktu
- 6) Adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi di antara profesi kesehatan di IGD

2.2.3 Klasifikasi *Response Time* Berdasarkan Kegawatan

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap sangat tergantung pada

kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejenak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Moewardi, dalam Jaya, 2017).

2.2.4 Metode Pengukuran *Respon Time*

Pengukuran untuk tercapainya sebuah standar pelayanan dapat dievaluasi dari waktu ke waktu dan dapat di pakai sebagai tolak ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif terhadap perubahan dari standar atau target yang telah ditetapkan sebelumnya dengan selalu memperhatikan hubungan kerjasama para pelaksanaan pelayanan dari dokter, tenaga kesehatan dan tenaga lain yang bekerja di rumah sakit (Jaya, 2017).

2.3 *Lenght of Stay*

2.3.1 *Emergency Departement Lenght of Stay (EDLOS)*

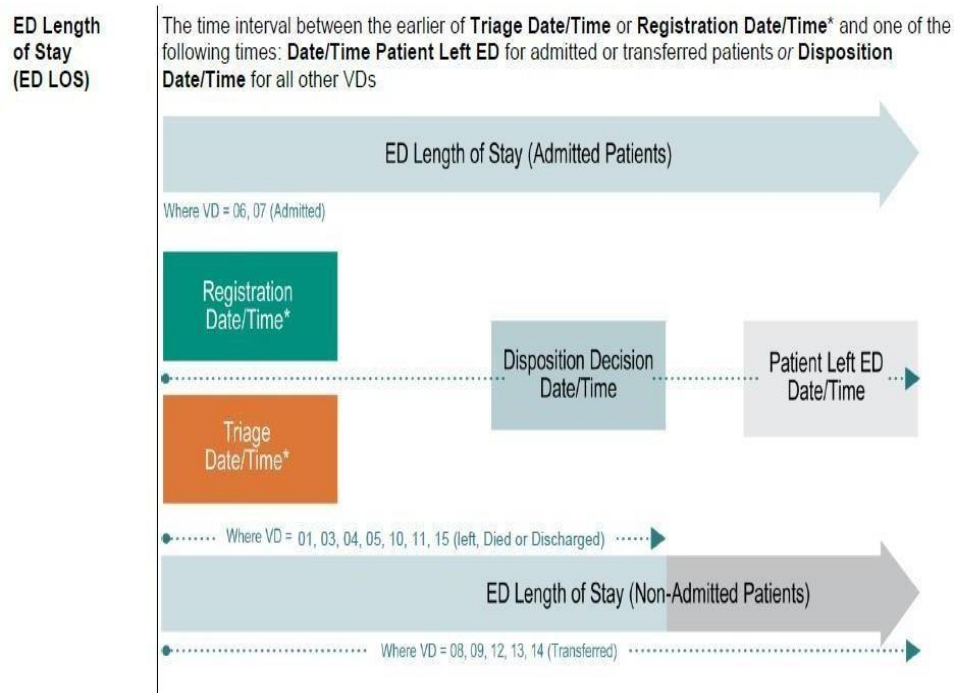
Length of Stay adalah rentang waktu kedatangan pasien untuk diberikan layanan kesehatan diukur dari kedatangan pasien sampai ditransfer atau dipindahkan ke unit lain. *Length of Stay* tidak hanya melihat lamanya perawatan saat di instalasi gawat darurat tetapi juga bisa melihat hari lama perawatan di ruang rawat inap suatu rumah sakit. Pada instalasi gawat darurat untuk menilai *Length of Stay* terkait dengan pelayanan maka dipakai standar *Length of Stay*, selain digunakan untuk melihat tingkat kepadatan dan kinerja klinis (Ardiyanti, *et al* dalam Delinda *et al.*,2021).

Lenght of Stay (LOS) patients admission merupakan lamanya

pasien dirawat mulai kedatangan sampai dipindahkan ke ruangan atau unit lain, sebagai indikator pengukuran terhadap proses pelayanan dan penanda kepadatan pasien.

LOS di IGD digunakan untuk melihat tingkat kepadatan dan beban kerja klinis perawat. Pengukuran LOS dilakukan dari awal kedatangan pasien sampai dengan perpindahan pasien ke unit lain (Kusumaningrum, 2020). Menurut Kemenkes RI (2011) direkomendasikan bahwa lama rawat pasien di IGD tidak lebih dari 6-8 jam. Sedangkan standar yang direkomendasikan oleh *Joint Commission International* (JCI), 2013 tentang lama rawat pasien yang memenuhi syarat rawat inap adalah < 4 jam.

Menurut *The electronic National Ambulator Care Reporting System* (eNACRS), *Emergency Departement Lenght of Stay* (EDLOS) adalah interval antara waktu *triage* dengan waktu pasien secara fisik meninggalkan IGD untuk rawat inap / MRS atau sampai waktu disposisi untuk pasien pulang / KRS (lihat gambar 2.8) (Ismail, 2019). Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh Radeliff dalam ismail (2017) *Emergency Departement Length Of Stay* (EDLOS) adalah lama waktu pasien di IGD, mulai dari pendaftaran sampai secara fisik pasien meninggalkan IGD.



Gambar 2.8 *Length of stay* di IGD (Canadian Institute for Health Information, dalam Ismail (2019))

Emergency Departement Length Of Stay (EDLOS) adalah indikator penting dari proses *throughput* pasien di IGD, karenanya EDLOS digunakan sebagai indikator kunci penilaian efisiensi peningkatan kinerja operasional dan klinis (Rathlev *et al.*, dalam Ismail, 2017). Faktor *Throughput* mengacu pada masalah yang terjadi di IGD dengan mengidentifikasi *length of stay* pasien di IGD sebagai faktor yang berkontribusi potensial untuk menjadi *crowding* di IGD dan memberi penekanan pada proses internal pelayanan/perawatan di IGD dan perlunya meningkatkn efisiensi dan efektivitas terutama yang memiliki efek terbesar pada *length of stay* dan sumber daya di IGD. Menurut penelitian (Bukhori *et al.*, dalam Ismail, 2017)

Mengevaluasi kembali LOS pasien di IGD serta faktor yang mempengaruhinya dan didapatkan LOS dikaitkan dengan waktu kedatangan. *Triage*, waktu konsultasi, waktu pemeriksaan laboratorium, waktu pemeriksaan radiologi dan waktu disposisi fisik (waktu tunggu transfer ke tempat tidur rawat inap). Penundaan transfer ke tempat rawat inap ini kemudian disebut dengan *boarding*.

2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Length of Stay*

1) Waktu *Respon Time Triage*

Waktu *triage* adalah waktu kedatangan pasien sampai dengan dilakukan triage yang merupakan salah satu indikator mutu pelayanan. *Respon time* disebut waktu tanggap. Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di IGD sampai mendapat pelayanan dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien mendapat respon atau tanggapan oleh petugas IGD dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi rata-rata standar yang ada.

2) Waktu Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium adalah salah satu alat dasar yang

digunakan dalam upaya pengambilan keputusan dalam praktik medis. Pemeriksaan laboratorium membentuk subkelompok unik yang ditandai dengan prioritas tinggi dalam memproses, analisis dan pelaporan (Lapic.I dan Rogic. D, dalam Mutmainah, 2019).

Pemeriksaan laboratorium merupakan suatu pemeriksaan penunjang yang sangat diperlukan oleh dokter untuk mendiagnosis memantau dan meramalkan penyakit seorang pasien (Junjungsari *et al.*, dalam Mutmainah, 2019). *Benchmarking Turn Around Time (TAT) Laboratory* adalah periode waktu dari order dokter untuk pemeriksaan darah sampai hasil tiba di IGD, dengan target waktu < 60 menit (Noorani *et al.*, dalam Mutmainah, 2019). Sedangkan menurut Kepmenkes RI nomer 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit, waktu tunggu untuk hasil pelayanan laboratorium kimia dana arah rutin adalah ≤ 140 menit.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien IGD memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan pasien rawat inap dan rawat jalan karaktersitik tersebut diantaranya:

- (1) Prioritas Tinggi: pemeriksaan laboratorium untuk pasien IGD memiliki prioritas untuk dikerjakan lebih dahulu dibandingkan pasien rawat inap dan rawat jalan.
- (2) Pasien *triage*: memiliki peran sebagai alat pembeda dalam *triage* di IGD.
- (3) *Turn Araound Time (TAT)* lebih cepat: proses dari pra analitik

sampai proses analitik tidak lebih dari 60 menit.

- (4) Sebagai alat konfirmasi diagnosis kerja secara cepat.
- (5) Sebagai salah satu pemeriksaan yang menunjang penanganan pasien. Di IGD pemeriksaan laboratorium memiliki pengaruh secara langsung terhadap *Length Of Stay* (LOS) pasien di IGD. Semakin lama LOS pasien maka semakin tinggi pula tingkat mortalitas dan tingkat morbiditas pasien di IGD. Faktor yang mempengaruhi hal ini adalah: *Turn Around Time* (TAT) dan Jumlah episode pemeriksaan jumlah pengambilan specimen. Jumlah pemeriksaan merupakan salah satu strategi untuk mengurangi tingkat mortalitas dan morbiditas di IGD adalah dengan mempercepat pemeriksaan laboratorium. Pemilihan pemeriksaan laboratorium harus efisien, yaitu dengan menggunakan specimen tunggal yang dapat mengurangi penambahan pemeriksaan dan pengambilan sampel berulang. Untuk itu diperlukan suatu panduan yang berisi daftar manifestasi atau sindrom klinis dan daftar pemeriksaan laboratorium yang wajib diminta, sehingga dapat membantu dokter yang bertugas di IGD dalam meminta pemeriksaan dengan cepat (Li L, *et al.*, dalam Mutmainah, 2019).

3) Waktu Review dan Konsultasi

Departement Kesehatan (Depkes, 2008) merekomendasikan waktu konsultasi yakni 15-30 menit. Waktu review dan konsultasi

merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi LOS pasien. Waktu konsultasi (*Consultation time*) diukur dengan menghitung interval waktu dari pertama kali dokter IGD melakukan konsultasi sampai waktu keputusan disposisi pasien yang dirawat di IGD (Brick *et al.*, dalam Mutmainah, 2019). Faktor dominan yang mempengaruhi memanjangnya waktu review dan konsultasi adalah adanya prosedur konsultasi bertingkat yang harus dilalui serta evaluasi berulang dan mendalam kondisi pasien yang dilakukan di IGD (Ismail, 2017).

4) Waktu Tunggu Transfer

Waktu tunggu transfer pasien ke unit rawat inap/tindakan khusus berpengaruh signifikan terhadap *Length Of Stay* (LOS) pasien di IGD. Target yang direkomendasikan oleh Departement Kesehatan dalam Mutmainah (2019) bahwa lama rawat pasien di IGD tidak lebih dari 6 - 8 jam. Sedangkan standar yang direkomendasikan oleh *Joint Commission International* (JCI), 2013 tentang lama rawat pasien yang memenuhi syarat rawat inap < 4 jam. Menurut (Singer *et al.*, dalam Mutmainah, 2019) menyatakan bahwa boarding merupakan kondisi dimana pasien memiliki LOS di IGD lebih dari 2 jam setelah pasien dinyatakan rawat inap atau pasien yang tidak mendapat akses untuk mendapatkan tempat tidur yang sesuai dengan batas waktu yang wajar, yakni tidak lebih dari 8 jam setelah diputuskan untuk rawat inap (Forero *et al.* dalam Mutmainah, 2019).

2.3.3 Hubungan Waktu Pemeriksaan Laboratorium, Waktu Review/Konsultasi, Waktu Tunggu Transfer dengan *Length of Stay* Di IGD

Length of stay (LOS) merupakan lamanya pasien di rawat mulai kedatangan sampai dipindahkan ke ruang atau unit lain, sebagai indikator pengukuran terhadap proses pelayanan dan penanda kepadatan pasien.

2.3.4 Hubungan Waktu Pemeriksaan Laboratorium dengan LOS di IGD

Waktu pemeriksaan laboratorium berpengaruh terhadap LOS, dimana semakin lama waktu pemeriksaan laboratorium untuk membantu menegakkan diagnosa pasien maka waktu pasien yang akan dipindahkan ke ruang rawat inap juga akan semakin lama (Deviantony, Ahsan & Setyoadi, 2017). Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, hasil analisis univariat terhadap kecepatan pemeriksaan laboratorium menunjukkan rata-rata 64,5050 menit, median 55 menit dengan standar deviasi 61,8882 menit. Paling cepat 5 menit dan paling lama 675 menit. Semua pasien yang dirawat wajib dilakukan pemeriksaan laboratorium rutin. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Gill *et al.*, (2012) yang menyatakan bahwa pemeriksaan laboratorium dilakukan pada > 50% pasien yang berkunjung ke IGD dan dirawat dirumah sakit termasuk yang dipulangkan. Penelitian lain menemukan hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara kecepatan pemeriksaan laboratorium dengan LOS *patient admission*. Namun hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Jalili *et al.*, dalam

Mutmainah, 2019) mengatakan bahwa pemeriksaan *haemoglobin*, *protrombin time* dan *potassium* didapatkan ada hubungan yang positif antara *Turn Around Time* (TAT) dengan LOS pasien di IGD dengan median TAT 170 menit menjadi 132 menit pada *hemoglobin test*, 225 menit menjadi 172 menit pada *potassium test* dan 195,5 menit menjadi 128 menit pada *protrombin time test*. Perbedaan hasil ini kemungkinan karena jenis pemeriksaan laboratorium rutin sudah dilakukan secara *automatic digital* namun keseluruhan proses analisis dan pembacaan hasil dilakukan di pusat laboratorium rumah sakit kecuali proses pengambilan sampel darah dilakukan oleh perawat IGD.

2.3.5 Hubungan Waktu Review Dan Konsultasi dengan LOS di IGD

Waktu *review/konsultasi* juga sangat berpengaruh terhadap LOS, berdasarkan hasil penelitian sebelumnya (Fatimah, Wihastuti & Ningsih., dalam Mutmainah, 2019) menemukan hasil terhadap *review/konsultasi* terhadap spesialis menunjukkan rata-rata waktu konsultasi spesialis yang paling cepat yakni 4,00 menit dan paling lama 1140 menit. Hasil uji terhadap kecepatan konsultasi dengan LOS *patient admission* bermakna secara statistik. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Brick *et al.*, (2014) menyebutkan *delay* konsultasi berhubungan dengan LOS yang memanjang di IGD. Hasil yang didapatkan dari 1180 pasien yang berkunjung, 170 (20%) pasien mengalami *delay* konsultasi. Alasan utama *delay* adalah “*busy service*” sebanyak 47 pasien (27,6%), 92 orang membutuhkan konsultasi tambahan dan 13 (14%) pasien mengalami *delay*

pada proses konsultasi. Umumnya pasien yang mengalami *delay* konsultasi karena kondisi sakit yang berat sehingga membutuhkan pemeriksaan yang banyak dan *multiple* konsultasi. Sedangkan median LOS memanjang pada pasien yang dirawat daripada yang dipulangkan (14,4 jam vs 9,5 jam) artinya ada hubungan yang signifikan antara delay konsultasi dengan peningkatan LOS di IGD (Ningsih, Wihastuti & Fatimah, dalam Mutmainah, 2019).

Adanya hubungan yang signifikan ini kemungkinan karena jumlah dokter spesialis dengan sub-sub spesialis yang masih kurang sehingga proses konsultasi dilakukan oleh dokter jaga dengan konsultan spesialis melalui telpon atau on call. Proses ini kadang *delay* karena dokter spesialis tersebut masih melakukan *visite* di ruang perawatan dan alasan lain yang tidak diidentifikasi peneliti. Keterlambatan umumnya pada pasien dengan multiple komplikasi dan membutuhkan banyak pemeriksaan diagnostik. Hal ini mengakibatkan *delay disposisi* sehingga pasien akan menumpuk di ruangan, penundaan waktu transfer sehingga berdampak terhadap beban kerja dan biaya perawatan dan peningkatan *Length of Stay* (LOS) patient admission (Ningsih, Wihastuti & Fatimah, dalam Mutmainah, 2019).

2.3.6 Hubungan Waktu Tunggu Transfer Ke Ruang Rawat Inap dengan LOS di IGD

Hasil penelitian sebelumnya juga didapatkan ada hubungan yang signifikan secara statistik antara faktor kecepatan transfer pasien ke

ruangan dengan LOS patients admission dengan korelasi yang kuat dan berpola positif artinya semakin lama waktu transfer pasien ke ruangan semakin memanjang LOS pasien yang dirawat di IGD. Keterlambatan memindahkan pasien ke ruangan umumnya terjadi pada pasien yang akan dirawat. Jika pasien harus dipindahkan namun fasilitas tempat tidur terbatas di ruang rawat inap terjadi boarding di IGD. Boarding berhubungan dengan LOS jika pasien sudah > 2 jam atau lebih diputuskan untuk dirawat namun pasien masih belum ditransfer (Singer *et al.*, dalam Mutmainah, 2019).

Dari hasil penelitian Kusumawati *et al.*, (2019) mendapatkan temuan dengan menyoroti waktu rata-rata untuk setiap tahap aliran pasien yang melau IGD dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap EDLOS di sebuah rumah sakit tersier di Yogyakarta dengan mengidentifikasi faktor *input*, faktor *throughput* dan *output* yang berkontribusi terhadap EDLOS. Faktor input berkontribusi terhadap peningkatan EDLOS dengan pasien yang tergolong *triage* 1 (resusitasi) mengalami waktu terlama di IGD, diikuti oleh pasien kategori level 3 dan 2. Faktor *throughput* merupakan waktu saat pasien memerlukan konsultasi dengan dokter spesialis untuk menentukan diagnosis akhir dan tujuan pasien. Faktor *output* adalah faktor ketersediaan tempat tidur rawat inap yang terbatas sehingga proses waktu transfer pasien mengalami keterlambatan.

2.4 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2.4.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Instalasi Gawat Darurat atau yang biasa disebut IGD adalah suatu instalasi di rumah sakit dimana pasien pertama kali masuk untuk menerima pelayanan dan tindakan medis dengan segera guna menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Menurut Kementerian Kesehatan RI (KeMenKes RI, 2010) IGD adalah instalasi pelayanan rumah sakit selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multidisiplin ilmu.

2.4.2 Persyaratan ruang IGD

Persyaratan dalam bangunan IGD menurut (Kemenkes RI, 2009) agar tercapai sesuai dengan standar pelayanan IGD.

1) Persyaratan fisik bangunan

- (1) Luas bangunan ruang IGD disesuaikan dengan beban kerja rumah sakit yang memperhitungkan bila terjadi bencana masal
- (2) Lokasi gedung IGD harus berada di bagian depan rumah sakit, mudah dijangkau oleh masyarakat dengan tanda yang jelas
- (3) Harus mempunyai pintu masuk dan keluar yang berbeda dengan pintu utama (alur masuk kendaraan/pasien tidak sama dengan alur keluar) kecuali pada klasifikasi IGD level I dan II
- (4) Ambulans/kendaraan darurat yang membawa pasien harus dapat

sampai di depan pintu yang areanya terlindung dari panas dan hujan pintu IGD harus dapat dilalui oleh brankar

- (5) Memiliki area khusus parker ambulans yang bisa menampung lebih dari 2 ambulans (sesuai dengan beban rumah sakit)
- (6) Susunan ruang harus sedemikian rupa sehingga arus pasien dapat lancar, dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan rumah sakit
- (7) Area dekontaminasi ditempatkan di depan/diluar IGD atau terpisah dengan IGD
- (8) Ruang triase harus tersedia 2 brankar atau lebih
- (9) Tersedia ruang tunggu untuk keluarga pasien IGD
- (10) Apotik IGD yang buka 24 jam
- (11) Tersedia ruang istirahat bagi petugas shift IGD (dokter dan perawat)

2) Persyaratan sarana

- (1) Ruang penerimaan terdiri dari ruang tunggu, ruang administrasi, ruang *triage*, ruang informasi dan komunikasi
- (2) Ruang tindakan terdiri dari ruang resusitasi, ruang tindakan bedah, ruang non bedah, ruang anak, ruang kebidanan
- (3) Ruang operasi

2.4.3 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Menurut Kepmenkes RI, 2009 prinsip umum Instalasi Gawat Darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:
 - (1) Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat.
 - (2) Melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*)
- 2) Pelayanan di Instalasi gawat darurat rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.
- 3) Berbagai nama untuk instalasi atau unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi instalasi gawat darurat.
- 4) Rumah sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- 5) Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di Instalasi gawat darurat.
- 6) Organisasi instalasi gawat darurat didasarkan berdasarkan organisasi multi disiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat, dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.

2.5 Triage

2.5.1 Definisi Triage

Triage berasal dari bahasa perancis *trier*, bahasa inggris *triage*, dan diturunkan dalam bahasa Indonesia *triase* yang berarti sortir. Yaitu proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk

menentukan jenis perawatan gawat darurat. Triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia (Nusdin, 2020).

2.5.2 Tujuan *Triage*

Adapun tujuan *Triage* sebagai berikut:

- 1) Untuk mengidentifikasi kondisi pasien/ korban mengancamnyawa.
- 2) Mengidentifikasi cepat pasien/korban yang memerlukan stabilisasi segera.
- 3) Untuk memprioritaskan pasien/korban menurut keakutannya.
- 4) Untuk mengurangi jatuhnya korban jiwa dan kecacatan.
- 5) Mengidentifikasi pasien/korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan.
- 6) Untuk bertindak dengan cepat dan waktu yang tepat serta melakukan yang terbaik untuk pasien.

Perawat yang berhak melakukan *triage* adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD) dan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS). Standar praktik menurut *Emergency Nurses Association* (1999), menyatakan bahwa *triage* yang aman, efektif, dan efisien hanya dapat dilaksanakan oleh seorang perawat profesional (RN) dan sudah terlatih dalam prinsip- prinsip *triage* dengan pengalaman kerja minimal selama enam bulan di bagian keperawatan kedaruratan. Dengan kata lain, perawat yang melakukan *triage* diutamakan yang memiliki pengetahuan memadai dan memiliki

pengalaman. Hal ini dikarenakan selama di lapangan perawat akan dihadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat (Nusdin, 2020). Menurut *American College of Emergency Physicians* (ACEP) dan *Emergency Nurses Association* (ENA) membentuk gugus tugas triase lima tingkat untuk meninjau bukti pada lima tingkat triase, baik ACEP dan ENA merekomendasikan penggunaan alat ketajaman triase lima tingkat yang sudah divalidasi. Dalam hal ini menggunakan empat alat triase yang umum digunakan yaitu: *Australasian TriageScale* (ATS), *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), *Emergency Severity Index* (ESI), dan *Manchester Triage Scale* (MTS) (Foley, Andi 2020).

(1) *Australian Triage Scale* (ATS)

Australian Triage Scale (ATS) telah digunakan di semua UGD Australia sejak 1994. Tingkat ketajaman triase di ATS didasarkan pada keluhan pasien dan penilaian terkait. Lima tingkat tersebut terkait dengan waktu tunggu maksimum yang berkisar dari kebutuhan mendesak hingga menunggu 120 menit pada tingkat kelima dan paling tidak mendesak.

(2) *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS)

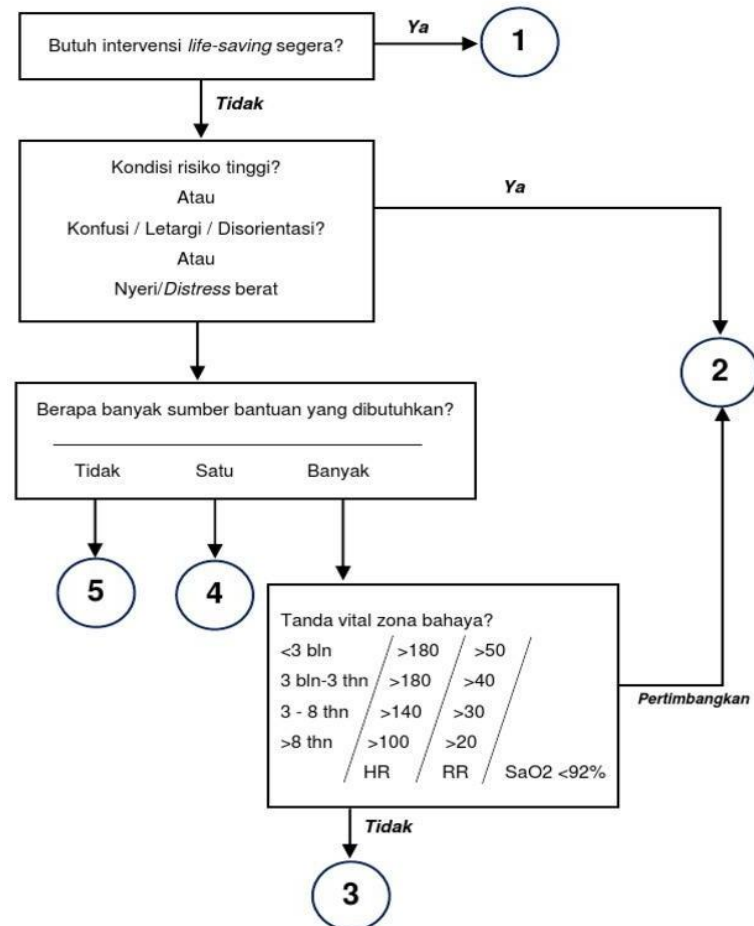
Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) yang didasarkan pada *Australaian Triage Scale*, dikembangkan oleh sekelompok dokter darurat Kanada yang bekerja dengan *National Emergency Nurses Association* (Kanada). Semua UGD Kanada menggunakan sistem

penilaian ketajaman lima tingkat yang valid dan andal ini. Sistem ini menyatakan bahwa setiap pasien yang datang untuk perawatan setidaknya harus dinilai secara visual dalam waktu 10 menit dari presentasi. Untuk setiap tingkat *triage*, ada daftar keluhan atau kondisi yang disajikan. Pengkajian pada sistem ini memberikan ketajaman berdasarkan keluhan utama dan penilaian subjektif dan objektif yang terfokus.

(3) *Emergency Severity Index (ESI)*

Emergency Severity Index ESI adalah skala *triage* lima tingkat yang mengkategorikan pasien awalnya dengan ketajaman untuk pasien yang muncul dan berisiko tinggi dan kemudian dengan konsumsi sumber daya yang diharapkan yang diperlukan untuk penyedia untuk membuat keputusan disposisi untuk tingkat ketajaman yang lebih rendah. Penelitian telah menunjukkan ESI sebagai sistem yang valid dan dapat diandalkan. ESI, tidak seperti sistem *triage* lima tingkat lainnya, tidak merekomendasikan waktu yang terkait dengan setiap tingkat ketajaman dan tidak secara khusus mengaitkan setiap tingkat dengan warna standar.

Algoritma Triase Berdasarkan *Emergency Severity Index* (ESI) versi 4



Sumber: Foley, Andi (2020)

Gambar 2.9 Algoritma ESI

2.5.3 Pengkajian Awal *Triage*

Menurut *Advance Trauma Life Support* (ATLS) dibagi menjadi dua, yaitu *primary survey* dan *secondary survey*.

- 1) *Primary survey*
- 2) Komponen pertama pada penanganan pasien trauma disebut *primary survey*. Pada *primary survey* terfokus pengkajian pada ABCDE yang digunakan untuk memandu langkah-langkah *primary survey*.

(1) *Airway* (A) - Penanganan Airway dengan Serviks Spine Protection

Jalan nafas harus cepat dinilai untuk menghindari resiko berlanjut pada pasien trauma. Hal ini dilakukan dengan mengkaji pasien dan meminta pasien untuk menyebutkan nama dan menjelaskan apa yang terjadi dalam insiden tersebut.

(2) *Breathing* (B) – pernafasan dan ventilasi

Memastikan tidak adanya hambatan oksigenasi dan ventilasi. Pemeiksa harus mengevaluasi kesimetrisan dada, distensi vena jugularis, bunyi nafas dan adanya trauma pada dada.

(3) *Circulation* (C) – Sirkulasi dengan kontrol perdarahan

Penilaian sirkulasi diperlukan untuk status volume pasien serta menjaga akses intravena yang memadai dan mengendalikan sumber perdarahan.

(4) *Disability* (D) – kecacatan (Evaluasi Neurologis)

Penilaian secara cepat dari status neurologis adalah bagian penting dari primary survey. Pasien dengan penurunan kesadaran menimbulkan kecurigaan cedera intracranial.

(5) *Exposure* (E) – kontrol lingkungan

Dalam hal ini berfokus pada expose pasien untuk menghindari adanya cedera yang belum terkaji. Dilakukan dengan cara membuka pakaian pasien dan memeriksa kembali permukaan tubuh pasien. Setelah pasien diperiksa dalam keadaan telanjang,

pasien harus ditutup dengan selimut hangat untuk mencegah hilangnya panas tubuh.

(6) *Secondary survey*

Secondary survey berlangsung setelah *primary survey* dilakukan secara sistematis. Pemeriksaan *head-to-toe* dan pengkajian fisik. Radiografi dan CT-Scan juga merupakan bagian dari *secondary survey*.

2.5.4 Pengelompokan *Triage* Berdasarkan Tag Label

1) Prioritas Pertama (Merah)

Kriteria pasien/penderita pada prioritas pertama yaitu pasien/penderita dengan cedera berat dan memerlukan penilaian cepat dan tindakan medic atau transport segera untuk menyelamatkan hidupnya. Misalnya penderita gagal napas, henti jantung, luka bakar berat, pendarahan parah dan cedera kepala berat. Waktu tunggu dalam melakukan penanganan nol detik yang berarti pada saat pasien/korban dinyatakan masuk dalam prioritas pertama (P1) maka dengan segera langsung diberikan pertolongan dan dilakukan monitoring atau evaluasi setiap 5-10 menit.

2) Prioritas Kedua (Kuning)

Pasien memerlukan bantuan, namun dengan cedera dan tingkat yang kurang berat dan pastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat, misalnya luka sayatan dangkal, cedera abdomen

tanpa syok, luka bakar ringan, fraktur atau patah tulang tanpa syok dan jenis-jenis penyakit lain.

3) Prioritas Ketiga (Hijau)

Pasien dengan cedera minor dan tingkat penyakit yang tidak membutuhkan pertolongan segera serta tidak mengancam nyawa dan tidak menimbulkan kecacatan

4) Prioritas Nol (Hitam)

Pasien yang datang dengan keadaan meninggal (*Death of Arrival*).

Prinsip Triase menurut (Broker dalam Nusdin, 2020) dalam prinsip triase diberlakukan sistem prioritas. Prioritas adalah penentuan atau penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan:

- (1) Ancaman jiwa dapat mematikan dalam hitungan menit.
- (2) Dapat mati dalam hitungan jam.
- (3) Trauma ringan
- (4) Sudah meninggal

2.5.5 Prosedure *Triage*

Keselamatan pasien saat ini menjadi perhatian penting dalam pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara menerapkan standar keselamatan pasien dengan melaksanakan sistem *triage* yang dilakukan di IGD.

2.6 *Respon Time Triage* dengan *Length of Stay* pada Pasien Cedera Kepala

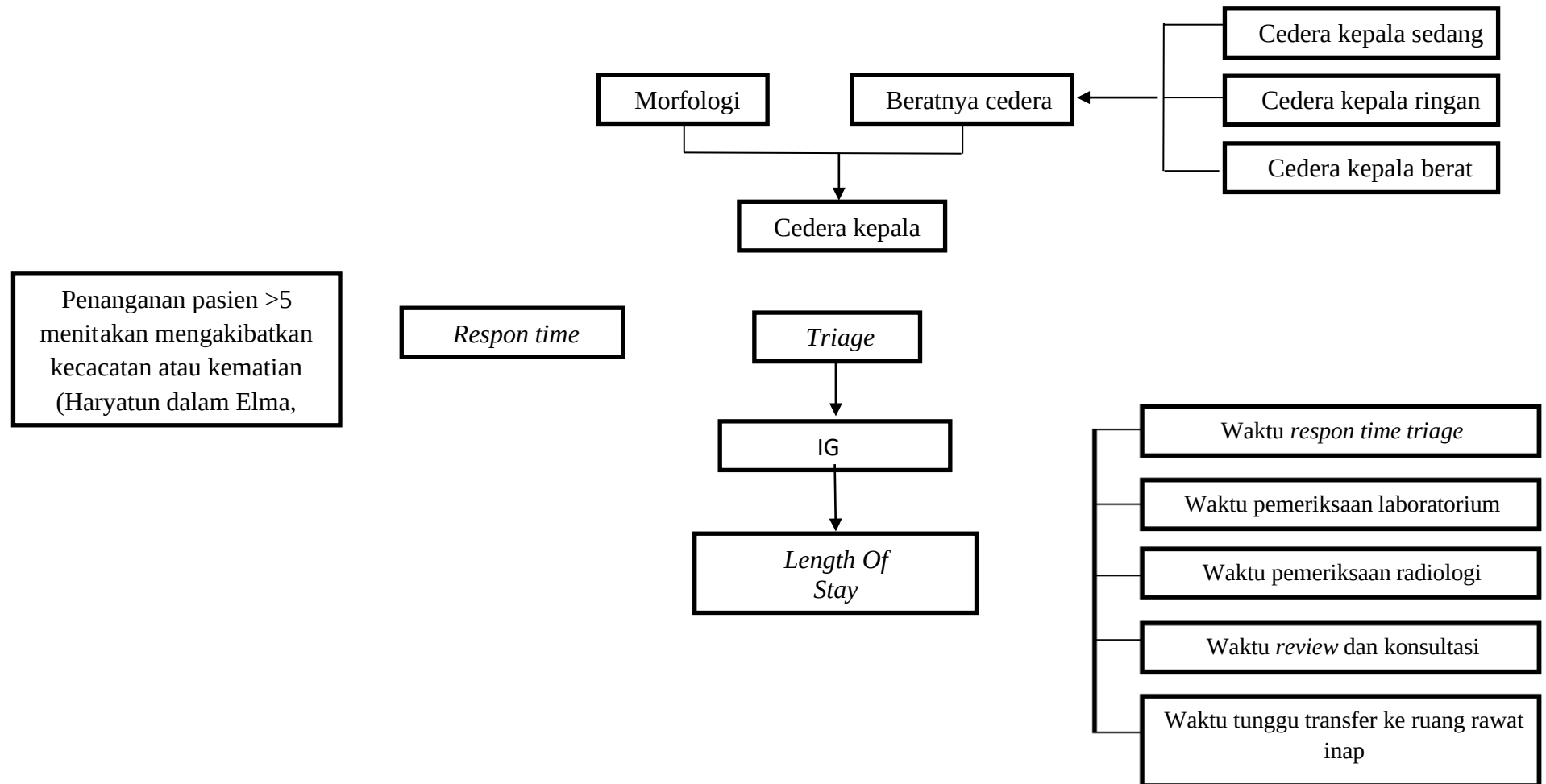
Length Of Stay adalah rentang waktu kedatangan pasien untuk diberikan layanan kesehatan diukur dari kedatangan pasien sampai ditransfer atau dipindahkan ke unit lain. *Length Of Stay* tidak hanya melihat lamanya perawatan saat di instalasi gawat darurat tetapi juga bisa melihat hari lama perawatan di ruang rawat inap suatu rumah sakit. Dengan waktu yang sesuai dengan standar adalah < 8 jam.

Respon time merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik yaitu ≤ 5 menit (Kemenkes RI, 2009). Pengertian waktu tanggap gawat darurat adalah gabungan dari waktu tanggap pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD dengan waktu pelayanan yang diperlukan sampai selesai proses penanganan gawat darurat. Semua pasien yang datang ke IGD dan mengalami kondisi gawat darurat akan dilakukan penanganan sesuai kebutuhan dengan mengelompokkan berdasarkan *triage* sesuai dengan prioritas (*label triage*).

Pada pasien cedera kepala perlu dilakukan penanganan yang cepat, tepat dan dilakukan pengkajian sesuai dengan klasifikasi cedera kepala berdasarkan beratnya cedera kepala dan morfologi untuk memudahkan dalam penanganan pasien cedera kepala dan bertujuan dalam menentukan *triage*. Sehingga pasien cedera kepala bisa segera mendapatkan

penanganan sesuai standar dan menurunkan angka mortalitas.

2.7 Kerangka Teori

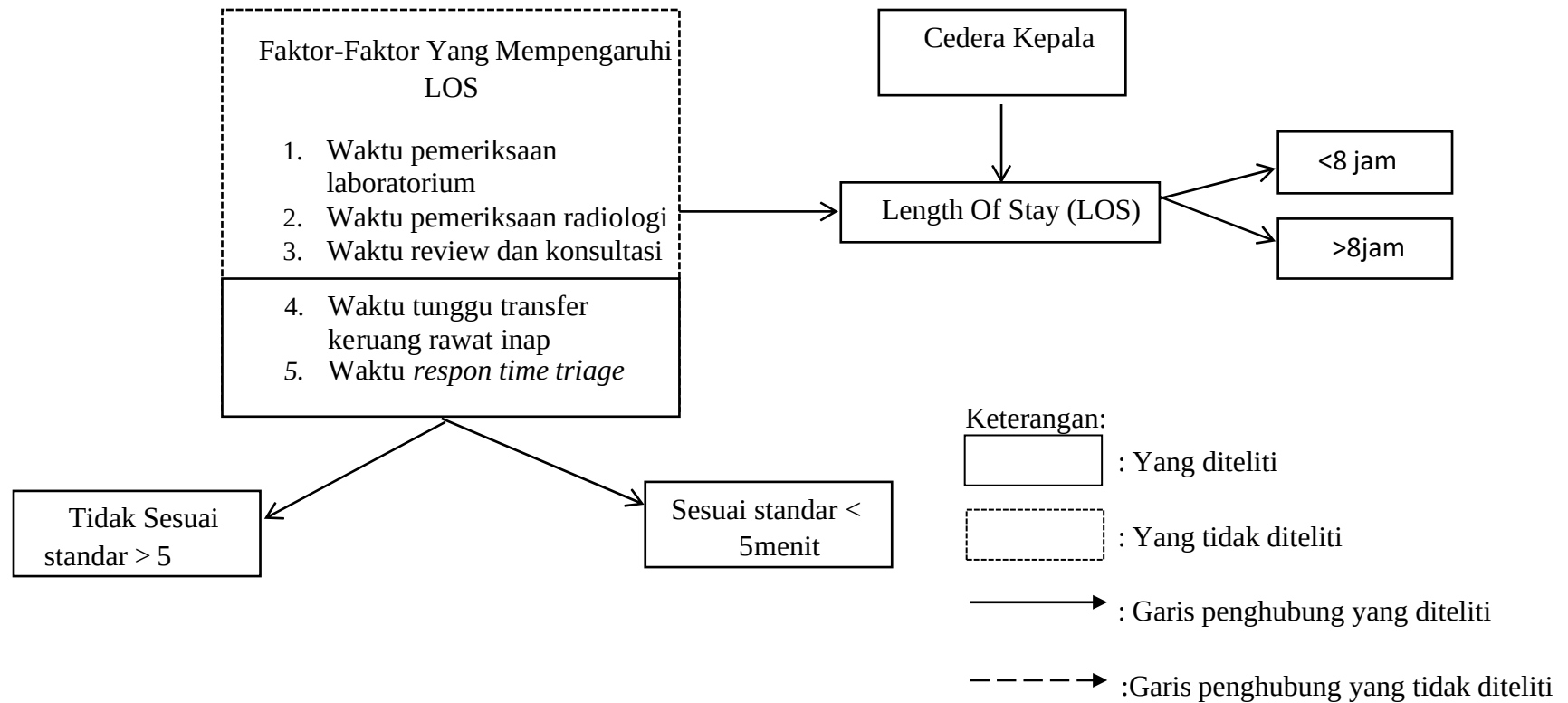


BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan abstraksi dari suatu realitas agar dapat di komunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterikatan antar variabel (baik variabel yang di teliti maupun yang tidak di teliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penelitian menurut teori. Nursalam, (2017). Dalam penelitian ini variabel independent dalam penelitian ini adalah respon time pada triase mempengaruhi variabel dependent yaitu *Length of Stay* (LOS) pada pasien trauma kepala. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3.1 Skema Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian menurut La Biondo-Wood dan Haber (2002). Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua variabel atau lebih yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan. (Nursalam, 2017).

- 1) Hipotesis nol (H_0) : Tidak ada hubungan antara *respons time triage* dengan *Length of Stay* pada pasien cedera kepala di IGD. RSD. Dr. Soebandi Jember.
- 2) Hipotesis satu (H_1) : Ada hubungan antara *respons time triage* dengan *Length of Stay* pada pasien cedera kepala di IGD. RSD. Dr. Soebandi Jember.

Hipotesis penelitian ini adalah Ada hubungan antara *respons time triage* dengan *Length of Stay* pada pasien cedera kepala di IGD. RSD. Dr. Soebandi Jember.

BAB IV

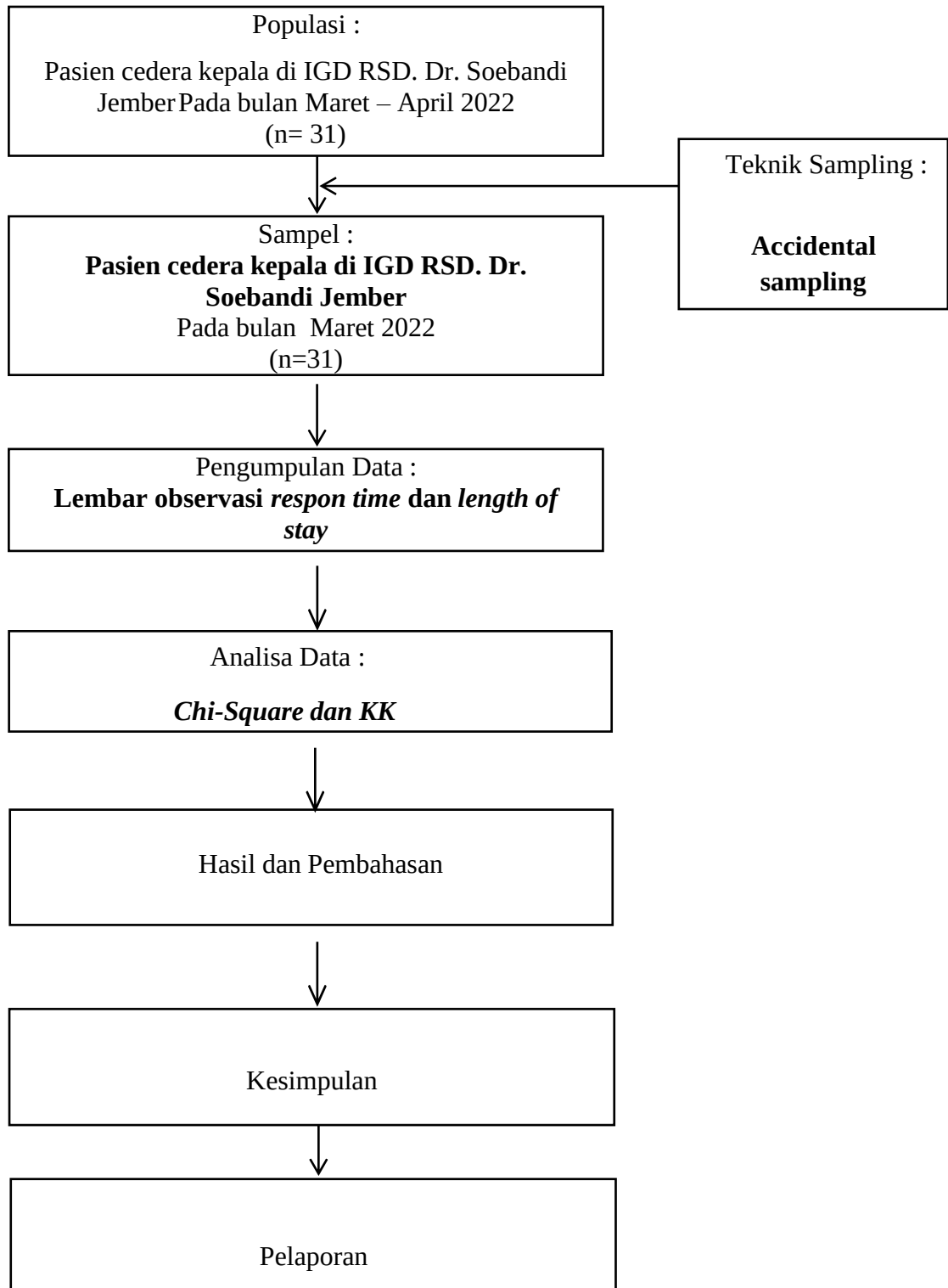
METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor sehingga bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2017). Penelitian ini menggunakan *korelasional* yaitu penelitian yang menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, menguji, berdasarkan teori yang ada dan mengungkapkan korelatif antar variabel yang bertujuan untuk menganalisis hubungan antar variabel dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian dari semua variabel independen dan dependen diambil secara bersamaan pada satu waktu (Nursalam, 2017). Dalam penelitian ini ingin mengetahui hubungan *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSUD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

4.2 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja ini merupakan bagan kerja rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan (Hidayat, 2009). Berikut adalah kerangka kerja hubungan *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSUD dr. Soebandi Kabupaten Jember.



4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian Riduwan (2017). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang masuk Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan diagnose medis cedera kepala pada bulan Maret 2022. Estimasi populasi pasien masuk IGD kasus cedera kepala 1 tahun terakhir yaitu dari bulan Januari-Desember 2021 adalah 384 kasus dengan rata-rata sampel 32 perbulan.

4.3.2 Sampel Penelitian

Jumlah sampel adalah seluruh populasi yang ada yang dijumpai saat waktu pengambilan data yaitu selama bulan bulan Maret 2022 yang sesuai dengan kriteria inklusi peneliti / total sampel. Sampel penelitian adalah bagian dari sejumlah karekteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni dalam Elma, 2019). Sampel adalah bagian dari populasi yang mempunyai ciri-ciri atau keadaan tertentu yang akan diteliti. Pada penelitian ini menggunakan tehnik *sampling accidental* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan faktor *spontanitas*, artinya siapa saja yang ditemui oleh peneliti dan sesuai dengan karakteristik (ciri-cirinya) Riduwan (2017).

4.3.3 Sampling Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan tehnik *sampling accidental* yaitu

teknik penentuan sampel berdasarkan faktor *spontanitas*, artinya siapa saja yang ditemui oleh peneliti dan sesuai dengan karakteristik (ciri-cirinya) Riduwan (2017).

4.3.4 Kriteria sampel penelitian

Penentuan kriteria sampel sangat membantu peneliti dalam mengurangi bias dari hasil penelitian. Kriteria sampel dapat dibagi menjadi 2 bagian (Notoatmodjo dalam Elma, 2019).

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah suatu karakteristik yang harus dipenuhi oleh setiap populasi yang akan diteliti (Notoatmodjo dalam Elma, 2019). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- (1) Pasien yang datang ke IGD Rsd. dr. Soebandi Jember dengan kasus cedera kepala sedang – berat.
- (2) Pasien cedera kepala yang dilakukan pemeriksaan CT. Scan kepala.
- (3) Wali yang bersedia menjadi responden

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi suatu karakteristik yang tidak sesuai memenuhi kriteria inklusi yang tidak dapat dijadikan sampel (Notoatmodjo dalam Elma, 2019). Kriteria Eksklusi pada penelitian ini adalah:

- (1) Pasien dengan kasus Cedera kepala ringan yang masuk ke

IGD. RSD. dr. Soebandi Jember.

(2) Pasien cedera kepala sedang-berat yang pulang paksa dari

IGD RSD. dr. Soebandi Jember.

4.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Soeparto, dkk. 2000 dan Nursalam, 2009). Variabel penelitian pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

4.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (*Independen*) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2009). Dalam penelitian ini variabel *independen* yang digunakan adalah *respon time triage*.

4.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependen*) adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain (Nursalam, 2009). Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.

4.5 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah dari bulan November 2021 – April 2022 yang dihitung dari pembuatan skripsi sampai dengan publikasi penelitian. Data diambil selama satu bulan. Pada tanggal 10 Maret sampai dengan 02 April 2022.

4.6 Definisi Operasional

Defenisi operasional merupakan suatu proses perumusan atau pemberian arti makan pada setiap variabel untk kepentingan akan komunikasi dan replikasi dengan tujuan untuk memeberikan pemahamanyang sama pada setiap orang mengenai variabel- variabel yang diangkat dalam satu waktu peneletian (Setiadi dalam Elma, 2019).

Penjelasan defenisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variable	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil
Variabel independen : <i>Response time triage</i>	Kecepatan dalam penanganan pasien dihitung sejak pasien datang ke IGD sampai dengan pasien mulai dilakukan tindakan.	<5 menit (Kemenkes RI, 2009)	Lembar observasi <i>response time</i> , <i>stopwatch</i> , dokumen	Nominal	a. Standar = < 5 menit (kode 1) b. Tidak standar = > 5 menit
Variabel dependent : <i>Length of Stay</i> pasien cedera kepala	Kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang di IGD sampai dengan pasien dipindahkan ke unit lain	< 6-8 jam (Kemenkes RI, 2011)	Lembar observasi <i>length of stay</i> , <i>stopwatch</i> , dokumen	Nominal	a. Standar = <8 jam (kode 2) b. Tidak standar = >8 jam

4.7 Pengumpulan Data

4.7.1 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data

primer. Data primer adalah data yang berasal dari subyek penelitian melalui lembar kuesioner (Notoatmodjo dalam Elma, 2019). Data primer pada penelitian menggunakan lembar observasi *respon time* dan *length of stay*.

4.7.2 Teknik Pengumpulan Data

Langkah yang ditempuh untuk pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Peneliti menggunakan sesuai dengan protocol kesehatan (memakai masker)
- 2) Setiap pasien datang kita pilah-pilah terlebih dahulu sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 3) Peneliti menyiapkan lembar observasi *respon time* dan *length of stay* yang diisi oleh peneliti.
- 4) Peneliti melakukan observasi waktu dengan menggunakan stopwatch untuk mengukur waktu yang dibutuhkan sejak kedatangan pasien sampai dilakukan tindakan. Data ini kemudian akan diisikan pada lembar observasi *respon time*.
- 5) Peneliti melakukan observasi waktu dengan menggunakan stopwatch untuk mengukur waktu yang dibutuhkan sejak kedatangan pasien sampai dengan pasien dipindahkan ke unit lain atau ruangan. Data ini kemudian akan diisikan pada lembar observasi *length of stay*.
- 6) Peneliti mengumpulkan data setiap satu pasien dicatat pada lembar observasi dan selanjutnya dilakukan rekapitulasi data.

7) Peneliti menganalisa data yang diperoleh.

4.8 Teknik Pengumplan Data

Setelah semua data terkumpul, maka dilakukan pengumpulan data yaitu dengan cara:

4.8.1 Pengecekan Data (*Editing*)

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing data dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. mengecek dan memeriksa kelengkapan data artinya memeriksa instrumen data termasuk pola, kelengkapan data lembaran instrumen mungkin ada yang lepas atau sobek.

4.8.2 Membuat Kode (*Coding*)

Memberikan kode pada tiap lembar data pasien dengan berupa nomor dan memberikan kode pada identitas responden. Setiap responden pada data Kuesioner diberikan kode sehingga mempermudah peneliti.

1) Kecepatan *respons time triage*

(1) Standar (Kode = 1)

(2) Tidak standar (Kode = 1)

2) Kecepatan *length of stay*

(1) Standar (Kode = 1)

(2) Tidak standar (Kode = 2)

4.8.3 Memasukkan data (*Entering*)

Setelah semua instrumen penelitian diisi dengan lengkap dan benar serta sudah dilakukan pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah melakukan entry data ke dalam paket program komputer atau memasukkan data yang ada ke dalam komputer sesuai dengan format yang dikehendaki (Nursalam, 2016).

4.8.4 Membersihkan data (*Cleaning*)

Membersihkan data adalah proses pengecekan ulang data yang sudah dimasukkan pada program statistik, kemudian memastikan kembali bahwa data yang sudah dimasukkan bebas dari kesalahan baik dari segi pengkodean maupun pada saat membaca dan memasukkan data, sehingga data siap untuk dianalisa.

4.9 Teknik Analisa Data

Pada tahapan ini data diolah dan dianalisis kuantitatif dapat dilakukan dengan penghitungan komputerisasi. Analisa pada penelitian ini menggunakan:

4.9.1 Analisa Univariat

Pada analisa univariat ini, peneliti mengambil data umum responden yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan penyebab kecelakaan serta data khusus sesuai variabel. Adapun teknik penghitungan rumus univariat adalah sebagai berikut:

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

Keterangan :

P : Presentase

X : Jumlah kejadian pada responden

N : Jumlah seluruh responden

Tabel 4.4 Interpretasi Prosentase ... %

No.	Persentase	Interpretasi
1.	0% - 20%	Sangat Buruk
2.	21% - 40%	Buruk
3.	41% - 60%	Cukup
4.	61% - 80%	Baik
5.	81% - 100%	Sangat Baik

4.9.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariate merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji statistic. Pada penelitian ini analisa bivariate di gunakan untuk mengetahui hubungan *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat. Analisa data yang digunakan adalah uji *Chi-Square* yaitu untuk membandingkan dua variabel dengan skala nominal dengan *p value* 0,05.

Rumus *Chi-Square* yaitu:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(fo - fe)^2}{fe} \right]$$

Keterangan:

X^2 : nilai Chi kuadrat

F_e : frekuensi yang diharapkan

F_0 : frekuensi yang diperoleh ataupun yang diamati

Uji Chi-Square merupakan uji non parametris, dengan syarat di mana chi square dapat digunakan yaitu:

1. Tidak ada sel dengan nilai frekuensi kenyataan atau disebut juga *Actual Count* (F_0) sebesar 0 (Nol).
2. Apabila bentuk tabel kontingensi 2×2 , maka tidak boleh ada 1 cell saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut juga *expected count* (" F_h ") kurang dari 5.
3. Apabila bentuk tabel lebih dari 2×2 , misal 2×3 , maka jumlah cell dengan frekuensi harapan yang kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20% .

Uji *fisher exact* merupakan salah satu uji nonparametric yang digunakan untuk menganalisis dua sampel independen yang berskala nominal atau ordinal jika kedua sampel independennya berjumlah kecil (biasanya kurang dari 20%). Data diklasifikasikan kedalam dua kelompok yang saling bebas sehingga akan terbentuk tabel kontingensi 2×2 , terdapat sel yang nilai harapan (E) kurang dari 5 maka distribusi Chi-square tidak akurat menghasilkan estimasi yang menggambarkan keadaan populasi. Untuk mengatasi hal ini, peneliti bisa menggabungkan sel yang jumlahnya < 5 agar tercapai syarat tersebut. Bila tabel 2×2 tetap menghasilkan sel

dengan jumlah < 5 , maka disarankan menggunakan uji *fisher exact* ini.

Tabel 4.6 Interpretasi Hubungan *Respon Time Triage* dan *Length of Stay*
Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat Rendah
0,20 – 0,399	Rendah
0,40 – 0,599	Cukup
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat Kuat

4.10 Etika Penelitian

4.10.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti sebelum melakukan penelitian memberikan *informed consent* kepada responden (Notoatmojo dalam Elma, 2019). Responden pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD. Dr. Soebandi Jember. Pada penelitian ini, *Informed Consent* di jelaskan kepada responden sebelum dilakukan pemberian informasi dan tujuan penelitian.

4.10.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan Informasi atau data yang sudah didapat oleh peneliti dari responden harus dijamin kerahasiannya agar tidak diketahui oleh orang lain kecuali peneliti (Notoatmojo dalam Elma, 2019). Kerahasiaan pada penelitian ini adalah dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas dalam pendokumentasian hasil penelitian yang didapat. Kepentingan dokumentasi seperti foto dan identitas responden disamarkan.

4.10.3 Keadilan (*Justice*)

Keadilan adalah sikap atau perilaku yang menjamin bahwa semua responden penelitian dapat memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis, dll (Notoatmojo dalam Elma, 2019). Penelitian ini, peneliti harus memperlakukan semua responden dengan sama atau adil sebelum, selama, dan pada saat penelitian.

4.10.4 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Penelitian ini, peneliti berusaha mendapatkan manfaat semaksimal mungkin untuk masyarakat (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini juga diharapkan sebagai masukan untuk memperbaiki pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD. Dr. Soebandi Jember.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian dan pengumpulan data yang dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember pada tanggal 10 Maret sampai dengan 02 April 2022. Responden pada penelitian ini sebanyak 31. Hasil penelitian akan dikelompokkan menjadi data umum dan data khusus. Data umum akan menjelaskan tentang data demografi responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, cara datang ke Instalasi Gawat Darurat dan kasus dari responden. Data khusus meliputi data tentang *respon time* dan *length of stay* di Instalasi Gawat Darurat RSD dr. Soebandi Jember.

5.1 Data Umum

Analisa univariat dilakukan untuk menganalisa variabel karakteristik individu yang ada secara deskriptif dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Analisa univariat pada penelitian ini menggambarkan tentang usia, jenis kelamin, pekerjaan, penyebab cedera kepala dan cara datang ke Instalasi Gawat Darurat dan jenis kasus dari responden.

5.1.2 Usia Responden

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia di Instalasi Gawat Darurat RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31).

Usia (Tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
21-34 tahun	14	45,2
35-48 tahun	10	32,3
49-62 tahun	7	22,6

Jumlah	31	100
--------	----	-----

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukan bahwa pada distribusi tabel kategori usia responden, kategori usia responden yang paling banyak pada usia 21-34 tahun yaitu sebanyak 14 responden dengan persentase (45,2 %).

5.1.1 Jenis Kelamin

Tabel 5.2 distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31).

Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki – laki	25	80,6
Perempuan	6	19,4
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukan bahwa jenis kelamin responden responden sebagian besar (80,6%) adalah laki-laki.

5.1.2 Penyebab kecelakaan

Tabel 5.3 distribusi frekuensi responden berdasarkan penyebab kecelakaan di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember pada 01- 15 April 2022 (n=31).

Penyebab cedera kepala	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jatuh dari ketinggian	1	3,3
KLL	30	96,7
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukan bahwa hampir kesemuanya (96,7%) penyebab cedera kepala adalah KLL.

5.1.3 Jenis kasus cedera kepala dari responden

Tabel 5.4 distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kasus cedera kepala di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31).

Jenis kasus	Frekuensi (f)	Persentase (%)
COS	24	77,4
COB	7	22,6
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar kasus (77,4%) adalah COS.

5.1.4 Cara datang responden

Tabel 5.5 distribusi frekuensi responden berdasarkan cara datang responden di Instalasi gawat darurat RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31).

Cara datang	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rujukan puskesmas	27	87,1
Datang sendiri	3	9,6
Diantar polisi	1	3,3
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa cara datang pasien yang paling banyak (87,1%) yaitu rujukan puskesmas.

5.2 Data Khusus

5.2.1 *Respon Time Triage*

Tabel 5.6 *Respon time triage* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=32).

<i>Respon Time Triage</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Sesuai standart	27	87,1
Tidak sesuai standart	4	12,9
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa *respon time triage* sebagian besar (87,1%) sesuai standart.

5.2.2 *Length of Stay*

Tabel 5.7 *Length of Stay* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31).

<i>Length of Stay</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Sesuai standart	26	83,9
Tidak sesuai standart	5	16,1
Jumlah	31	100

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa pada distribusi tabel *length of stay* sebagian besar (83,9%) sesuai standart.

1) Hubungan *respon time triage* dengan *length of stay*

Tabel 5.9 Hubungan *respon time triage* dengan *length of stay* di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD dr. Soebandi Jember pada 1-15 April 2022 (n=31)

		<i>Length of Stay</i>				Jumlah %	<i>P</i>
		Standart	%	Tidak Standart	%		
Respon Time Triage	Standart	25	92,6	2	7,4	100	0,008
	Tidak Standart	1	25	3	75	100	
JUMLAH		26	83,9	5	16,1	100	

- (1) Hasil uji *Chi Square Test* tidak memenuhi syarat untuk dibaca karena 3 cell (75%) *have expected count less than 5. The minimum expected count is 65*. Pada *Computed only for a 2x2* tabel, maka yang dibaca adalah uji *Fisher Exact Test*.

- (2) Didapatkan nilai *Fisher Exact Test* nilai $p = 0.008 < \alpha = 0,05$. Sehingga H_0 di tolak artinya ada hubungan signifikan antara *respon time triage* terhadap *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember.
- (3) Hasil hitung Koefisien Korelasi Hubungan *Respon Time Triage* dan *Length Of Stay* dengan nilai koefisien sebesar 0,525 artinya tingkat hubungan yang cukup. Sehingga artinya terdapat hubungan yang cukup antara *respon time triage* dan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan atas hasil penelitian Hubungan *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember. Pembahasan pada penelitian ini mengacu pada tujuan penelitian, adapun pembahasannya akan kami uraikan sebagai berikut:

6.1 *Respon Time Triage*

Respon time triage pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar (87,4%) sesuai standart yaitu dengan nilai rata-rata 3 menit 24 detik pada level kegawatan 1 dan nilai rata-rata 2 menit 62 detik pada level kegawatan 2. Dan didapatkan hasil *respon time triage* tidak sesuai standart dengan nilai rata-rata 5 menit 51 detik. Hal ini dipengaruhi oleh adanya kondisi *crowded* datangnya pasien yang bersamaan dengan datangnya pasien Covid-19 sehingga dapat mempengaruhi waktu penanganan pada pasien non Covid-19 di *triage* seperti halnya pada pasien cedera kepala sedang dan cedera kepala berat.

Menurut Kemenkes RI, 2009 *Respon time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik yaitu ≤ 5 menit. *Respon time* merupakan kecepatan melayani atau melakukan tindakan cepat ke pasien gawat darurat. (Mardalena I, 2018).

Peneliti berpendapat dibutuhkan kemampuan, keterampilan perawat, teknik serta ilmu pengetahuan yang tinggi dalam memberikan

pertolongan kedaruratan dalam pelaksanaan *respon time* (waktu tanggap) akan mempengaruhi kualitas dalam pelayanan kesehatan di IGD rumah sakit. Jika pelayanan lambat maka kualitas dari pelayanan kesehatan di IGD akan dinilai tidak sesuai standar yaitu >5 menit atau *respon time* dinilai buruk sehingga angka kecacatan dan mortalitas pasien cedera kepala sedang dan cedera kepala berat akan meningkat, sebaliknya jika *respon time* cepat, dan tepat dinilai sesuai dengan standar yaitu <5 menit dapat mengurangi resiko kecacatan dan menurunkan angka mortalitas pada pasien cedera kepala sedang dan cedera kepala berat.

Dari pernyataan peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan Setyawan dalam Akhirul, *et al* (2020) menyatakan bahwa penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving*, artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi tersebut pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2 - 3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal. Dari penelitian tersebut dipengaruhi berbagai faktor keanekaragaman pasien yang datang di IGD dengan latar belakang dilihat dari sisi sosial ekonomi, kultur, pendidikan dan pengalaman yang membuat persepsi masyarakat atau klien berbeda – beda. Pernyataan peneliti sejalan dengan penelitian Rumampuk, *et al* (2019) didapatkan hasil dalam pelaksanaan *triage* berpengaruh terhadap *respon time*, bila *triage* tidak tepat dalam pelaksanaanya maka waktu tanggap (*respon time*) menjadi

lambat sehingga akan meningkatkan resiko kerusakan organ atau kecacatan dan bahkan sampai pada kematian. Dalam hal ini juga akan mempengaruhi kualitas dalam pelayanan kesehatan rumah sakit dan menambah biaya perawatan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Pratiwi, Dian, Septiana (2019) didapatkan hasil kekuatan korelasi (r) adalah sebesar 0,74 yang berarti keeratan hubungan dalam kategori sedang dan nilai r tabel yaitu 0,44 yang artinya H_a di terima dan H_o di tolak karna nilai r tabel lebih besar ($0,44 > 0,05$). Hubungan *respon time* dengan tingkat pendidikan nilai $p > 0,05$ ($0,31 > 0,05$) yang berarti H_a ditolak dan H_o diterima yang artinya tidak ada hubungan antara *respon time* dengan tingkat pendidikan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan minimal D3 dan sudah melakukan pelatihan BTCLS dan beberapa perawat sudah memiliki pengalaman diatas 2 tahun.

6.2 *Length of Stay*

Length of stay pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar (83,9%) sesuai standart yaitu pada level kegawatan 1 didapatkan hasil nilai rata-rata 5 jam 7 menit 4 detik, pada level kegawatan 2 didapatkan nilai rata-rata 4 jam 7 menit 16 detik. Didapatkan *Length of* yang tidak sesuai standart dengan nilai rata-rata 8 jam 51 menit 3 detik. Kondisi ini ditemukan pada kasus COB yang membutuhkan penanganan tindakan operasi dan masih menunggu persetujuan keluarga, kelengkapan persiapan operasi seperti waktu konsultasi ke dokter spesialis terkait kebutuhan pasien yang disesuaikan dengan hasil pemeriksaan.

Length of stay atau disebut dengan waktu tunggu transfer pasien dari IGD ke unit rawat inap/tindakan khusus sesuai standar yaitu < 8 jam sesuai dengan rekomendasi Kementerian Kesehatan dalam Mutmainah (2019). *Length Of Stay* adalah rentang waktu kedatangan pasien untuk diberikan layanan kesehatan diukur dari kedatangan pasien sampai ditransfer atau dipindahkan ke unit lain. *Length Of Stay* tidak hanya melihat lamanya perawatan saat di instalasi gawat darurat tetapi juga bisa melihat hari lama perawatan di ruang rawat inap suatu rumah sakit. Pada instalasi gawat darurat untuk menilai *Length Of Stay* terkait dengan pelayanan maka dipakai standar *Length Of Stay*, selain digunakan untuk melihat tingkat kepadatan dan kinerja klinis (Ardiyanti, *et al* dalam Delinda *et al.*,2021).

Peneliti berpendapat bahwa *Length of stay* yang cepat sesuai dengan standar yaitu < 8 jam menunjukkan kualitas dan mutu kinerja IGD bisa dikatakan baik serta didapatkan penghematan terhadap biaya perawatan. *Length of stay* yang lambat dapat dipengaruhi oleh adanya kesenjangan antara jumlah petugas *triage* dengan jumlah kedatangan pasien di IGD RSD dr. Soebandi Jember.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Maghfiroh (2019) yaitu responden dengan waktu tunggu yang lambat sebanyak 31 (51,7%) dan responden yang mendapat penanganan waktu tunggu cepat sebanyak 29 responden (48,3%) dengan *length of stay* (LOS) cepat sebanyak 18 responden (30%) dan *length of stay* (LOS) sangat lambat sekali sebanyak

1 responden (1,7%). Hal ini dipengaruhi oleh adanya kesenjangan antara pasien datang ke IGD dengan petugas kesehatan yang ada di IGD. Dari pernyataan peneliti sejalan dengan hasil penelitian Mutmainah (2019) didapatkan LOS pasien di IGD memanjang disebabkan oleh pasien yang seharusnya masuk rawat inap namun masih tertahan di IGD karena tempat tidur/ruang rawat yang terbatas. Sehingga terjadi penumpukan pasien di IGD.

Kemungkinan hal ini disebabkan karena adanya koordinasi yang berulang oleh perawat IGD dengan perawat ruangan tentang kesediaan tempat tidur karena kurangnya tenaga atau staff dalam tiap shift dan kurangnya fasilitas yang di butuhkan nantinya di ruang perawatan atau di ruang tindakan lainnya menyebabkan LOS pasien memanjang dan tidak memenuhi standart.

6.3 Hubungan Antara *Respon Time Triage* dengan *Length Of Stay* Pada Pasien Cedera Kepala

Didapatkan nilai *Fisher Exact Test* sebesar 0,008 sehingga nilai $p = 0,008 < \alpha = 0,05$. Sehingga H_0 di tolak artinya ada hubungan yang signifikan antara *respon time triage* terhadap *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember Hasil hitung Koefisien Korelasi hubungan *respon time triage* dan *length of stay* dengan nilai koefisien sebesar 0,525 artinya tingkat hubungan yang cukup. Sehingga

artinya terdapat hubungan yang cukup antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember.

Salah satu faktor yang mempengaruhi LOS adalah *respon time triage*. Waktu *trriage* adalah waktu kedatangan pasien sampai dengan dilakukan *trriage* yang merupakan salah satu indikator mutu pelayanan. *Respon time* disebut waktu tanggap. Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di IGD sampai mendapat pelayanan dihitung dari pasien datang sampai dengan pasien mendapat respon atau tanggapan oleh petugas IGD dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. Ismail (2017). Menurut *The electronic National Ambulator Care Reporting System* (eNACRS), *Emergency Departement Lenght of Stay* (EDLOS) adalah interval antara waktu *trriage* dengan waktu pasien secara fisik meninggalkan IGD untuk rawat inap / MRS atau sampai waktu disposisi untuk pasien pulang / KRS. Berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh Radeliff dalam ismail (2017) *Emergency Departement Length Of Stay* (EDLOS) adalah lama waktu pasien di IGD, mulai dari pendaftaran sampai secara fisik pasien meninggalkan IGD.

Menurut penelitian Ardiyani, Maryah (2015) *waiting time* sesuai dengan standar sebesar 77,5% dan *length of stay* sebesar 81% tidak sesuai dengan standar hal ini didapatkan perbedaan yang signifikan pada perawatan yang menjalankan peran dengan baik sebanyak 81% dan perawat yang menjalankan dengan tidak baik sebesar 19%. Menurut

penelitian Wijayanti, Eka (2018) dilakukan penelitian terhadap 93 responden memiliki LOS yang memanjang dengan *koefisien korelasi pearson* sebesar -0,099 signifikan $>0,05$ dapat disimpulkan tidak ada korelasi antara *respon time* dan *length of stay* pasien di IGD RSUD Kanjuruhan Kepanjen.

Peneliti berpendapat bahwa *respon time* yang cepat akan mempersingkat waktu *length of stay* pasien di IGD sesuai dengan standar sehingga dapat menurunkan angka kecacatan, mortalitas dan efektifitas dalam pembiayaan perawatan.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini membahas kesimpulan dari hasil penelitian yang dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember pada tanggal 10 Maret sampai dengan 02 April 2022, yang dilakukan pada 31 responden dan saran bagi pasien dan keluarga, petugas kesehatan, institusi pelayanan kesehatan dan peneliti selanjutnya.

7.1 Kesimpulan

Dalam penelitian ini didapatkan hasil adanya hubungan yang cukup antara *respon time triage* dengan *length of stay* pada pasien cedera kepala di IGD RSD. dr. Soebandi Jember. Semakin cepat *respon time* pada pasien cedera kepala, waktu *length of stay* lebih cepat, pengelolaan pasien dengan benar, tepat dalam mengoptimalkan pemulihan cedera kepala.

7.2 Saran

1) Petugas Kesehatan

Bagi tenaga kesehatan gawat darurat dapat mempertahankan *respon time* <5 menit dan *length of stay* < 8 jam pada pasien cedera kepala sedang dan cedera kepala berat dan lebih meningkatkan lagi dari hasil pencapaian yang didapatkan saat ini untuk mewujudkan pelayanan yang sesuai dengan standar.

2) Institusi Pelayanan Kesehatan

Bagi instansi RSD dr. Soebandi Jember penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan yang efektif dan efisien

pada pasien cedera kepala sedang dan cedera kepala berat sesuai dengan standar *respon time* <5 menit dan *length of stay* < 8 jam.

3) Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya penelitian ini bisa dijadikan bahan informasi dan literature untuk dapat melakukan penelitian selanjutnya dan mengembangkan faktor-faktor dari ketepatan *respon time di triage* dan *length of stay* dengan kasus gawat darurat dan desain penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhirul, *et al* (2020). Hubungan Respon Time Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan Tingkat Kepuasan Pasien. *Skripsi*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah.
- Delinda, Helza, Halimuddin, Nurhidayah, Irfanita. 2021. *Length Of Stay* Pasien di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*. V (1).
- Foley, Andi (2020). *Sheehy's Emergency Nursing*. Elsevier
- Gustia, M., Manurung, M. 2018. Hubungan Ketepatan Penilaian Triase dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala di RSUD HKBP Balige Kabupaten Toba Simosir. *Skripsi*. Jurnal JUMANTIK Vol. 3 No.2
- Ismail, Akhmad. 2017. Analisis Faktor yang Mempengaruhi *Length Of Stay* di Instalasi Gawat Darurat Menggunakan Pendekatan *Time Frame Guide Emergency Model Of Care*. *Skripsi*. Surabaya: Program Studi Ners Universitas Airlangga.
- Istizhada, Aulia, Elma, Nafia. 2019. Gambaran Respons Time Dan Lama *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember: Program S1 Keperawatan Universitas Jember.
- Jaya, Prasetya, Anang. 2017. Hubungan Respons Time dengan Kepuasan Pasien di IGD RS tingkat IV Madiun. *Skripsi*. Madiun: Prodi S1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia.
- Karokaro, Murni *et al* 2020. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap (*Respon Time*) Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Grandmed. *Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi*. 2 (2) November 2019-April 2020.
- Kurniati, A., Trisyani, Y., & Theresia, S. I. 2018. *Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy*. Singapura: Elsevier.
- Kusumawati *et al*. 2019. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Lama Rawat Inap di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta, Indonesia. *Skripsi*, Yogyakarta : Fakultas Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia B Sekolah Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Adelaide, Australia.

- Maghfiroh, Siti, Priyanti, Puji, Ratna, Mubarak, Septian, Alik. 2019. *Hubungan Waktu Tunggu dan Length of Stay (Los) dengan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat Jombang. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah.* 4 (1).
- Menteri Kesehatan. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129. *Standart Pelayanan Minimal Rumah sakit.*
- Menteri Kesehatan. 2011. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 856. *Standart Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit.*
- Mutmainnah, Andi. 2019. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan *Length Of Stay (LOS)* Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD. Wisata UIT Makasar. *Skripsi.* Makasar: Program Study S1 Keperawatan Stikes Panakkukang.
- Nursalam. 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Salemba medika.
- Pratiwi, Dian, Septiana. 2019. Hubungan Respon Time Dengan Triase Dan Penatalaksanaan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat. *Skripsi.* Surakarta: Program Studi D III Keperawatan Stikes PKU Muhammadiyah
- Putri, Nanda, Fiditiya, Evva, Listiyanawati, Dewi, Mutiara. 2021. Asuhan Keperawatan Pasien Cedera Kepala Ringan dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis. *Skripsi.* Surakarta: Program Studi Keperawatan Program Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada.
- Riduwan. 2018. *Cara Mudah Menyusun Skripsi dan Tugas Akhir.* Alfabeta.
- Rumampuk et al. 2019. Hubungan Ketepatan Triase Dengan Response Time Perawat Di Instalasi gawat Darurat Rumah Sakit Tipe C. *E-Jurnal Keperawatan (e-Kp)* Vol. 7 (1).
- Saputro, Dani, Sutiyo, Afni, Nurul, Cindi, Anissa, Sani, Nasrul, Fakhruddin. 2021. Hubungan Waktu Tempuh dengan Status Hemodinamik pada Pasien CederaKepala. *Jurnal Keperawatan.* 13 (3).
- Sari, Diana. 2019. Asuhan Keperawatan Pada Tn "A" Dengan Kasus : Cedera Kepala Berat Di Ruang Igd Rsud H.Hanafie Muara Bungo. *Karya Ilmiah Akhir.* Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Perintis Padang.
- Tionata, Davis, Nicholas. 2019. Hubungan Skor Koma Glasgow dengan Gambaran Hasil Pemeriksaan CT Scan Kepala pada Pasien Trauma Kepala Di RSUP HAM. *Skripsi.* Medan. Program Studi Pendidikan Dokter FakultasKedokteran Sumatera Utara.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Kesiediaan Menjadi Responden

SURAT PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

di-IGD

RSD. dr. Soebandi Jember

Dengan hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi:

Nama : Linafatul Zunaidah

NIM :20010179

Akan melakukan penelitian tentang “ Hubungan *Respon Time Triage* dengan *Length Of Stay* di IGD RSD. dr. Soebandi Jember”

Maka saya mengharapkan bantuan Bapak / Ibu / Saudara / I untuk berpartisipasi dalam apapun. Semua informasi dan data pribadi Bapak / Ibu / Saudara / I atas penelitian ini tetap dirahasiakan oleh peneliti.

Jika Bapak / Ibu / Saudara / I bersedia menjadi responden dalam penelitian kami mohon untuk menandatangani formulir persetujuan menjadi peserta penelitian.

Demikian permohonan saya, atas kerjasama dan perhatiannya saya ucapkan terima kasih

Jember, Februari 2022

Peneliti



Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan dibawah ini

Nama: Af

Umur: 38 tahun

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan dr. Soebandi yang tertanda dibawah ini:

Nama: Linafatul Zunaidah

NIM: 20010179

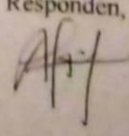
Judul: Hubungan *Respon Time Triage* dengan *Length Of Stay* pada Pasien Cedera Kepala di IGD. RSD. dr. Soebandi Jember

Saya telah mendapatkan informasi tentang penelitian tersebut dan mengerti tujuan dari penelitian tersebut, demikian pula kemungkinan manfaat dan resiko dari keikutsertaan saya. Saya telah mendapatkan kesempatan untuk bertanya dan seluruh pertanyaan saya telah dijawab dengan cara yang saya mengerti.

Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya ini adalah sukarela dan saya bebas untuk berhenti setiap saat, tanpa memberikan alasan apapun. Dengan menandatangani formulir ini, saya juga menjamin bahwa informasi yang saya berikan adalah benar.

Jember, Februari 2022

Responden,



Lampiran 3. Lembar Observasi *Length of Stay* di IGD

LEMBAR OBSERVASI LENGTH OF STAY DI IGD					
No. Responden :		Tanggal			
		SMF			
		Diagnosa medis			
Umur		Cara datang			
Jenis kelamin	L/P	DPJP			
BPJS/SPM/UMUM		PPJP			
TIME FRAME	LAYANAN			TIME	
				IN	OUT
	REGISTRASI MASUK				
	BIRU	MERAH	KUNING	HIJAU	HITAM
	dr. Triage:		Perawat :		
	Note:		BEDAH / MEDIK)		
	ASESSMENT AWAL OLEH DOKTER				
	laboratorium				
	Radiologi				
	Note:				
	Konsultasi 1:				
	Konsultasi 2:				
	DISPOSISI TIME:				
	Note :			Disposisi akhir:)	
	supervisi				
	Registrasi MRS/KRS				
	TRANSFER KE UNIT LAIN)				
	Transporter :				
Total respon time triage	Standar < 5menit				
	Tidak standar >5 menit				
Kesimpulan					
Total LOS	Standar <8 jam				
	Tidak Standar > 8 Jam				
Kesimpulan					

Lembar Observasi Penelitian yang dikembangkan dari *ED Wait Time Indicators Calculation Toolkit* (Canadian Institute for Health Information, dalam Ismail 2017), yang telah dimodifikasi oleh Linafatul (2022).

Lampiran 4. Lembar Rekapitulasi Data

No	Umur (tahun)	Kode	Kategori	Penyebab Trauma	Cara Datang	Waktu kedatangan	Respon Time Triage (menit.detik)	Kode	Kategori	Triage level	Jumlah tenaga Perawat	LOS (jam.menit)	Kode	Kategori
1	28	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 16.20	3.50	1	Sesuai	2	1	4.50	1	Sesuai
2	36	2	35-48 tahun	Jatuh dari ketinggian	Rujukan	Jam 09.30	2.10	1	Sesuai	2	1	4.30	1	Sesuai
3	33	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 03.55	3.55	1	Sesuai	2	1	4.25	1	Sesuai
4	47	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 02.43	3.35	1	Sesuai	2	1	4.55	1	Sesuai
5	24	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 12.15	2.08	1	Sesuai	2	1	5.50	1	Sesuai
6	39	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 11.25	1.15	1	Sesuai	2	1	5.35	1	Sesuai
7	22	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 01.42	1.42	1	Sesuai	1	1	4.18	1	Sesuai
8	62	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 16.54	2.10	1	Sesuai	1	1	4.36	1	Sesuai
9	46	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 03.30	3.20	1	Sesuai	1	1	3.30	1	Sesuai
10	21	1	21-34 tahun	KLL	Datang sendiri	Jam 18.13	1.04	1	Sesuai	1	1	3.18	1	Sesuai
11	51	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 02.30	5.11	2	Tidak sesuai	1	1	8.58	2	Tidak sesuai
12	36	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 03.00	2.01	1	Sesuai	1	1	6.22	1	Sesuai
13	49	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 02.13	5.55	2	Tidak sesuai	1	1	9.11	2	Tidak sesuai
14	32	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 12.23	2.35	1	Sesuai	1	1	6.11	1	Sesuai
15	24	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 01.25	2.08	1	Sesuai	1	1	5.22	1	Sesuai
16	31	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 01.42	3.15	1	Sesuai	1	1	4.12	1	Sesuai
17	22	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 21.54	1.32	1	Sesuai	1	1	4.55	1	Sesuai
18	27	1	21-34 tahun	KLL	Datang sendiri	Jam 03.30	3.12	1	Sesuai	1	1	5.50	1	Sesuai
19	46	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 01.13	3.11	1	Sesuai	1	1	5.35	1	Sesuai
20	54	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 16.54	3.12	1	Sesuai	1	1	9.12	2	Tidak sesuai
21	36	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 03.30	4.32	1	Sesuai	1	1	4.55	1	Sesuai
22	33	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 18.13	3.12	1	Sesuai	1	1	5.25	1	Sesuai
23	51	3	49-62 tahun	KLL	Rujukan	Jam 14.30	6.22	2	Tidak sesuai	1	1	4.35	1	Sesuai

24	46	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 03.00	3.15	1	Sesuai	1	1	8.23	2	Tidak sesuai
25	39	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 22.13	4.22	1	Sesuai	1	1	6.45	1	Sesuai
26	28	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 12.23	2.15	1	Sesuai	1	1	5.02	1	Sesuai
27	36	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 01.25	2.36	1	Sesuai	1	1	7.11	1	Sesuai
28	33	1	21-34 tahun	KLL	Datang sendiri	Jam 23.42	3.56	1	Sesuai	1	1	6.15	1	Sesuai
29	55	3	49-62 tahun	KLL	Diantar polisi	Jam 01.54	5.55	2	Tidak sesuai	1	1	8.31	2	Tidak sesuai
30	24	1	21-34 tahun	KLL	Rujukan	Jam 12.43	4.11	1	Sesuai	1	1	3.33	1	Sesuai
31	39	2	35-48 tahun	KLL	Rujukan	Jam 02.15	3.54	1	Sesuai	1	1	4.45	1	Sesuai

Lampiran 5. HASIL SPSS

Statistics

		Umur	Respon Time Triage	Length of Stay
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-34 tahun	14	45.2	45.2	45.2
	35-48 tahun	10	32.3	32.3	77.4
	49-62 tahun	7	22.6	22.6	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Respon Time Triage

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai standart	27	87.1	87.1	87.1
	Tidak sesuai standart	4	12.9	12.9	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Length of Stay

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai standart	26	83.9	83.9	83.9
	Tidak sesuai standart	5	16.1	16.1	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.766 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	7.300	1	.007		
Likelihood Ratio	8.634	1	.003		
Fisher's Exact Test				.008	.008
Linear-by-Linear Association	11.387	1	.001		
N of Valid Cases	31				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .65.

b. Computed only for a 2x2 table

Hasil uji Chisquare

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Respon Time Triage * Length of Stay	31	100.0%	0	0.0%	31	100.0%

Respon Time Triage * Length of Stay Crosstabulation

			Length of Stay		Total
			Sesuai standart	Tidak sesuai standart	
Respon Time Triage	Sesuai standart	Count	25	2	27
		Expected Count	22.6	4.4	27.0
		% within Respon Time Triage	92.6%	7.4%	100.0%
Triage	Tidak sesuai standart	Count	1	3	4
		Expected Count	3.4	.6	4.0
		% within Respon Time Triage	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	26	5	31
		Expected Count	26.0	5.0	31.0
		% within Respon Time Triage	83.9%	16.1%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.525	.001
N of Valid Cases		31	

Lampiran 6. Surat Permohonan Studi Pendahuluan

**UNIVERSITAS dr. SOEBANDI****FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS**Jl. Dr Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
E_mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

Nomor : 584/FIKES-UDS/U/XI/2021
 Sifat : Penting
 Perihal : Permohonan Studi Pendahuluan



Kepada Yth.
 Bapak / Ibu Badan kesatuan bangsa dan politik kabupaten Jember
 Di
 TEMPAT

Assalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh.

Teriring doa semoga kita sekalian selalu mendapatkan lindungan dari Allah SWT dan sukses dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Aamiin.

Sehubungan dengan adanya kegiatan akademik berupa penyusunan Skripsi sebagai syarat akhir menyelesaikan Pendidikan Tinggi Universitas dr. Soebandi Jember Fakultas Ilmu Kesehatan., dengan ini mohon bantuan untuk melakukan ijin penelitian serta mendapatkan informasi data yang dibutuhkan, adapun nama mahasiswa :

Nama : linafatul zunaidah
 Nim : 20010179
 Program Studi : S1 Keperawatan
 Waktu : bulan november 2021
 Lokasi : IGD rsd. Dr. Soebandi Jember
 Judul : hubungan respon time triage dengan Lenght Of Stay Pasien Trauma Kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum Warahmatullaahi Wabarakaatuh.

Jember, 30 November 2021

Tembusan Kepada Yth:
 1. Yang Bersangkutan
 2. Arsip

Universitas dr. Soebandi
 Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan,

Hella Meldy Fursina., S.Kep., Ns., M.Kep
 NIK. 19911006 201509 2 096

Lampiran 7. Surat Izin Studi Pendahuluan



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Dir. RSD dr.Soebandi Kab.Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/1585/415/2021

Tentang
STUDI PENDAHULUAN

Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fikes Universitas dr.Soebandi Jember tanggal 30 November 2021 Nomor : 584/FIKES-UDS/U/XI/2021 perihal Permohonan Rekomendasi

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Linafatul Zunaidah / 20010179
 Instansi : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr.Soebandi Jember
 Alamat : Jl. dr.Soebandi No.99 Jember
 Keperluan : Melakukan Studi Pendahuluan dan pengumpulan data dengan judul skripsi : "Hubungan Respon Time Triage dengan Length Of Stay Pasien Trauma Kepala di IGD RSD dr.Soebandi Jember."
 Lokasi : - IGD RSD dr.Soebandi Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Desember 2021 s/d Selesai

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 06-12-2021

**KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER**



Dr. H. EDY BUDI SUSILO, M.Si
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19681214 198809 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fikes Universitas dr.Soebandi Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 8. Surat Studi Pendahuluan



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER
 Kode Pos 68111

Jember, 21 Desember 2021

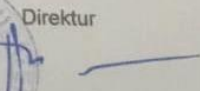
Nomor : 423.4/ 10508 /610/2021 Kepada
 Sifat : Penting Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
 Perihal : Studi Pendahuluan Universitas dr.Soebandi Jember

Di
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan Saudara tanggal 30 Nopember 2021 Nomor : 584 / FIKES-UDS / U / XI / 2021, seperti pada pokok surat, dengan ini di sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui permohonan saudara untuk melakukan studi pendahuluan di RSD dr. Soebandi, kepada:

Nama : Linafatul Zunaidah
 NIM : 20010179
 Fakultas : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr.Soebandi Jember
 Judul Penelitian : Hubungan *Respons Time* pada Triage dengan *Length Of Stay (LOS)* pada pasien cedera kepala
 Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


 Direktur

dr.HENDRO SOELISTIJONO.MM.,M.Kes
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:

1. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait
2. Ka.Ru terkait
3. Arsip

Lampiran 9. Surat Permohonan Penelitian

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Dir. RSD dr. Soebandi Kab. Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/1585/415/2021
Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fikes Universitas dr. Soebandi Jember tanggal 30 November 2021 Nomor : 584/FIKES-UDS/U/XI/2021 perihal Permohonan Rekomendasi

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Linafatul Zunaedah / 20010179
Instansi : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember
Alamat : Jl. dr. Soebandi No. 99 Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul : "Hubungan Respon Time Triage dengan Length Of Stay Pasien Trauma Kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember."
Lokasi : - IGD RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : Maret 2022 s/d Selesai

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 15-03-2022
KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER


Dr. H. EDY BUDI SUSILO, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP. 19681214 198809 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fikes Universitas dr. Soebandi Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 10. Surat Izin Penelitian

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER
 Kode Pos 68111

Jember, 31 Maret 2022

Nomor : 423.4/4916/610/2022 Kepada
 Sifat : Penting Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
 Perihal : Penelitian Universitas dr. Soebandi Jember

Di
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan Saudara tanggal 02 Maret 2022 Nomor : 584 / FIKES-UDS / U / III / 2022, seperti pada pokok surat, dengan ini di sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui permohonan saudara untuk melakukan penelitian di RSD dr. Soebandi, kepada:

Nama : Linafatul Zunaidah
 NIM : 20010179
 Fakultas : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember

Judul Penelitian : Hubungan *Respons Time* pada Triage dengan *Length Of Stay (LOS)* pada pasien cedera kepala di IGD RSD dr. Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

 Direktur
 dr. HENDRO SOELISTIJONO, MM., M. Kes
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:
 1. Ka. Bag/Kabid/Ka. Inst. terkait
 2. Ka. Ru terkait
 3. Arsip



LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER

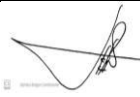
Nama Mahasiswa : Linafatul Zunaidah

NIM : 20010179

Judul Skripsi : Hubungan respons time pada triage dengan Length of stay pada pasien cedera kepala di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember

Pembimbing 1: Sutrisno, S.Kep., Ns,M.Kes

Pembimbing 2: Rida Darotin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

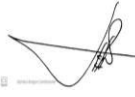
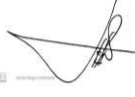
Pembimbing I				Pembimbing II			
No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan & Masukan Pembimbing	TTD DPU	No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan & Masukan Pembimbing	TTD DPA
1.	30/11/2021	Konsultasi judul melalui WhatsApp tentang :Hubungan <i>Respons Time Triage</i> Dengan <i>Length Of Stay</i> Pada Pasien Cedera Kepala Di IGD RSD. Dr. Soebandi Jember.		1.	10/12/2021	Konsul judul via Whatsaap	
				2.	11/12/2021	Konsul via zoom	
				3.	30/11/2021	Konsul judul Luring tentang :Hubungan Respons Time Triage Dengan Length Of Stay Pada Pasien Cedera Kepala Di IGD RSD. Dr.	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
 E_mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

88

2.	01/12/2021	ACC judul, Lanjut BAB 1		4.	01/12/2021	Soebandi Jember. Acc judul lanjut BAB 1	
3.	02/12/2021	Konsultasi BAB 1		5.	3/12/2021	Konsultasi BAB 1 via Luring	
4.	04/12/2021	Konsultasi revisi BAB 1 dan konsul BAB 2 dan BAB 3 via wahtasapp.		6.	8/12/2021	Konsultasi revisi BAB 1	
5.	04/12/2021	Konsultasi Revisi BAB 2 dan BAB 3 Via whatsapp		7.	09/12/2021	Konsultasi BAB 2 dan BAB 3	
				9.	10/12/2021	Konsultasi Revisi BAB 2 dan BAB 3	
6.	11/12/2021	Konsultasi revisi BAB 3 dan BAB IV Via Whatsapp		10.	18/12/2021	Konsultasi Revisi BAB 2 dan BAB 3 dan BAB 4	
7.	12/12/2021	Revisi BAB 3 dan BAB IV via Whatsapp.		11.		Acc Sempro	
				12	11/04/2022	Konsul BAB V, tabulasi data dan hasil SPSS	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
E_mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

89

8.	22/12/2021	Konsultasi via telpon BAB 3 dan BAB 4		13	14/04/2022	Revisi BAB V, konsul BAB VI, VII	
9.	24/12/2021	Konsultasi Revisi BAB 3 dan BAB 4 via whatsapp		14	13/06/2022	Revisi BAB VI, VII	
10.	26/12/2021	Konsultasi Revisi BAB 3 dan BAB 4 via Whatsapp		15	16/06/2022	Konsul Abstrak, Revisi BAB VI dan VII	
11.	27/12/2021	Revisi BAB 3 dan BAB 4 Acc sempro		16	23/06/2022	Revisi BAB VII Acc Semhas lengkapi file	
12.	11/04/2022	Konsul hasil tabulasi data spss					
13.	23/04/2022	Jawaban konsulan : Lanjutkan ke pembahasan kalau ada yang tidak mengerti telepon saya					
14.	10/05/2022	Konsul Bab 5, 6,7					



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
E_mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

90

15.	26/05/2022	Revisi Bab 5,6,7					
16.	16/06/2022	Konsul revisi Bab 6, 7 dan abstrak					
17.	17/06/2022	Revisi Bab 6, 7 dan abstrak					
18.	26/06/2022	ACC semhas					



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,
[E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id](mailto:info@stikesdrsoebandi.ac.id) Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>
