

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP KELUARGA
TENTANG PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT
DI IGD RSUD MAJENE



NURALDA
B0220310

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

2025

HALAMAN PERNYATAAN ORISINAL

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : NURALDA

Nim: B0220310

Tanggal : 02 Mei 2025

Tangan

NURALDA

iii

Fakultas Ilmu Kesehatan UNSULBAR

iii

Fakultas Ilmu Kesehatan UNSULBAR

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul :

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP KELUARGA TENTANG PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT DI IGD RSUD MAJENE

Disusun dan diajukan oleh:

NURALDA

B0220310

Telah disetujui untuk disajikan dihadapan dewan penguji pada Seminar Proposal Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat.

Dewan Pembimbing,

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kes



Masvita Haerianti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan



Indrawati, S.Kep.Ns./M.Kes.
NIDN. 00300670903

iv

Fakultas Ilmu Kesehatan UNSULBAR

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul:

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN SIKAP KELUARGA TENTANG PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT DI IGD RSUD MAJENE

Disusun dan diajukan oleh:

NURALDA

B0220310

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat.

Ditetapkan di Majene Tanggal 2 Mei 2025

Dewan Penguji

1. Irna Megawaty, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
2. Kurnia Harli, BSN, MSN (.....)
3. Maryati, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)

Dewan Pembimbing

1. Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes (.....)
2. Masyita Haerianti, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)

Mengetahui


Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Dr. Hafibi, SKM., M.Kes
NIP.1987091020150310005

Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan


Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN.0030067903

v

Fakultas Ilmu Kesehatan UNSULBAR

ABSTRAK

NAMA : NURALDA

PROGRAM STUDI : ILMU KEPERAWATAN

JUDUL : Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Keluarga Tentang Pelayanan Pasien Gawat Darurat Di IGD RSUD Majene

Pendahuluan Instalasi Gawat Darurat merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit yang menyediakan bantuan secara cepat dan tepat juga sebagai pintu gerbang utama bagi pasien yang mengalami keadaan darurat. Dimana kondisi gawat darurat ialah sebuah kondisi klinis yang mana pasien memerlukan pertolongan medis secara cepat untuk menyelamatkan jiwa dan kecacatan lanjutan. **Tujuan** penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan IGD di RSUD Majene. **Jenis penelitian** penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *Accidental sampling* dengan 99 responden. **Hasil** penelitian diperoleh tingkat pengetahuan responden paling banyak baik sebesar 38,9% dan sikap keluarga paling banyak baik sebesar 41,9%. Hasil uji *chi-square* didapatkan nilai $p = 0.000$. dengan demikian terdapat hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan sikap keluarga tentang pelayanan IGD RSUD Majene. **Kesimpulan** dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan sikap keluarga tentang pelayanan IGD di RSUD Majene yang artinya bahwa hipotesis diterima, dengan demikian bahwa pengetahuan berhubungan dengan sikap keluarga pasien tentang pelayanan IGD RSUD Majene. Ini memberikan informasi bahwa semakin baik tingkat pengetahuan keluarga maka semakin baik pula sikapnya tentang pelayanan IGD RSUD Majene, sebaliknya semakin kurang baik pengetahuan keluarga maka semakin buruk pula sikap keluarga tentang pelayanan IGD RSUD Majene.

Kata kunci : Instalasi Gawat Darurat, Pengetahuan, Sikap

ABSTRACT

NAME : NURALDA

STUDY PROGRAM: NURSING SCIENCE

**JUDUL : Relationship Between knowledge and Family Attitudes
Regarding Emergency Patient Services At The Majene
Regional Hospital Emergency Departement**

Introduction Emergency Installation is an important part of health services in hospitals that provide fast and precise assistance as well as the main gateway for patients experiencing emergencies. Where emergency conditions are a clinical condition in which patients require fast medical assistance to save lives and further disability. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge and family attitudes about emergency services at Majene Hospital. The type of research is quantitative research with a cross-sectional study approach. Sampling was carried out using the Accidental sampling technique with 99 respondents. The results of the study obtained the level of knowledge of the respondents at most good at 38.9% and the family attitude at most good at 41.9%. The results of the chi-square test obtained a value of $p = 0.000$. Thus there is a relationship between community knowledge and family attitudes about emergency services at Majene Hospital. The conclusion can be concluded that there is a relationship between knowledge and family attitudes about emergency services at Majene Hospital, which means that the hypothesis is accepted, thus that knowledge is related to the attitude of the patient's family about emergency services at Majene Hospital. This provides information that the better the level of family knowledge, the better their attitude towards the emergency room services at Majene Regional Hospital, conversely, the worse the family knowledge, the worse the family attitude towards the emergency room services at Majene Regional Hospital.

Keywords : Emergency installation, Knowledge, Attitude

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan suatu organisasi sosial dan kesehatan yang mempunyai fungsi sebagai pelayanan, meliputi pelayanan paripurna penyembuhan penyakit (kuratif) dan juga sebagai pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Sebagai bentuk peningkatan kualitas pelayanan perawatan di Inggris dilakukan evaluasi dengan pendekatan sistem dan prinsip pelayanan pasien. Hal ini bertujuan supaya pasien mendapatkan perawatan dengan kualitas yang tinggi dan tepat waktu (Simandalahi et al., 2019)

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit yang menyediakan bantuan secara cepat dan tepat juga sebagai pintu gerbang utama bagi pasien yang mengalami keadaan darurat (Alamsyah, 2021). Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan titik masuk yang sangat penting untuk pelayanan kesehatan bagi pasien yang membutuhkan penanganan dan perawatan mendesak (Rumampuk and Katuuk 2019). Pasien yang berkunjung ke IGD bisa berupa pasien gawat darurat ataupun tidak gawat darurat (Putri et al., 2022). Dimana kondisi gawat darurat ialah sebuah kondisi klinis yang mana pasien memerlukan pertolongan medis secara cepat untuk menyelamatkan jiwa dan kecacatan lanjutan.

Menurut Kemenkes Republik Indonesia Tahun 2018 dalam menyebutkan bahwa kunjungan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) meningkat tiap tahunnya, peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit dunia. Berdasarkan data kunjungan pasien masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Indonesia sebanyak 4.402.205 pasien (13,3% dari total kunjungan di (RSU) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan Instalasi Gawat Darurat (IGD) berasal dari rujukan. (Damansyah & Yunus, 2022).

Pane A.,(2020), menyatakan pasien akan merasa terpenuhi harapannya apabila mendapatkan pelayanan yang cepat, tanggap, ramah, pelayanan yang

optimal, interaksi yang baik, ruangan yang nyaman dan bangunan rumah sakit. Namun pasien dan keluarga pasien sering menilai bahwa kinerja petugas di IGD yang kurang cepat dalam penanganan pasien.

Adapun indikator pelayanan gawat darurat yaitu kemampuan perawat dalam hal *responsiveness* (cepat tanggap), *reliability* (pelayanan tepat waktu), *assurance* (sikap dalam memberikan pelayanan), *empathy* (kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan) dan *tangible* (mutu jasa pelayanan). Indikator yang paling sering diukur dalam pelayanan gawat darurat adalah *responsive time* (waktu tanggap). *Responsive Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien dihitung dari pasien datang sampai dilakukan penanganan. Waktu tanggap yang ditetapkan adalah ≤ 5 menit sesuai keputusan Menkes RI no. 129 tahun 2008 (Pane A, 2020).

Waktu tunggu adalah salah satu hal yang sering dikeluhkan masyarakat pada saat mengantar keluarganya ke IGD. Waktu tunggu yang dimaksud adalah berapa lama petugas memberikan tindakan kepada pasien saat pasien tiba di instalasi gawat darurat. Beberapa hal yang sering ditemukan dilapangan adalah pasien tidak cepat ditangani karena persoalan administrasi yang harus diselesaikan terlebih dahulu. Kemudian terkadang pada saat pasien di rujuk pada malam hari, dokter jaga tidak ada di IGD, yang ada hanya tenaga perawat saja (Maria I *et al*, 2022).

Penelitian lain juga menemukan beberapa tanggapan keluarga memperlihatkan kekecewaan dalam menanti tindakan keperawatan di IGD dengan memperlihatkan sikap yang beragam, misalnya marah kepada tim medis, bertutur kata dengan keras dan kerap kali memanggil perawat dikarenakan tidak memperoleh tindakan secara cepat (Mustafa *et al.*, 2022). Pasien dan keluarganya beranggapan jika pasien yang berkunjung ke IGD lebih awal akan secepatnya memperoleh pelayanan dan tidak harus mengantri (Alamsyah, 2021).

Pelayanan kegawatdaruratan di IGD rumah sakit memiliki alur dan prosedur yang harus diketahui dan ditaati oleh keluarga pasien. Kelengkapan persyaratan administrasi akan mempengaruhi cepat atau lambatnya proses

pelayanan kesehatan. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan pasien tentang alur dan prosedur pelayanan. Oleh karena itu Alur Pelayanan harus diketahui tidak hanya oleh tenaga kesehatan tapi juga oleh masyarakat luas.(Marbun, Ariyanti & Dea 2022).

Pengetahuan masyarakat tentang prosedur dalam pelayanan kegawatdaruratan di IGD sangat penting untuk mencegah kesalahpahaman keluarga pasien saat mengantar keluarganya ke IGD rumah sakit. Pengetahuan merupakan aspek penting yang harus dimiliki seorang karena dapat memengaruhi seseorang dalam menentukan sikap (Notoatmodjo, 2019). Apabila keluarga pasien mengetahui tentang prosedur dan protap pelayanan di IGD rumah sakit, keluarga pasien akan memberikan respon positif terhadap pelayanan yang diberikan petugas di IGD rumah sakit (Satria et al. 2021). Sebaliknya apabila keluarga pasien mengetahui dan memahami tentang pelayanan di (IGD) maka akan menimbulkan dampak negatif seperti komplain bagi petugas sehingga dapat menimbulkan citra rumah sakit, tingkat kepercayaan masyarakat dan akan menurun kepuasan keluarga pasien.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian IGD RSUD Majene didapatkan bahwa rata-rata jumlah kunjungan di IGD RSUD Majene pada bulan September tahun 2024 sebesar 565 orang. (Rekam Medis IGD RSUD Majene tahun 2024). Berdasarkan hasil wawancara dengan 10 keluarga pasien yang mengantar pasien di ruang Igd, 30 % diantaranya komplain keluarga pasien terkait pelayanan di IGD RSUD Majene. Mereka rata-rata mengeluh tentang penanganan yang lama dan kurangnya perhatian perawat dalam menanggapi keluhan pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga pasien tentang pelayanan gawat darurat di IGD RSUD Mejene”. Untuk mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan keluarga dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah dalam penelitian adalah “Bagaimana hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketahui hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui pengetahuan keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.
- b. Diketahui sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.
- c. Teranalisis hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan tambahan bagi keluarga pasien tentang pentingnya pengetahuan dan sikap keluarga dalam mendapatkan akses pelayanan pasien gawat darurat di (IGD) RSUD Majene.

1.4.2 Bagi Institusi

Hasil penelitian ini bertujuan untuk menambah literatur dan informasi ilmiah mengenai hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

1.4.3 Bagi Peneliti

Peneliti dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman serta keterampilan praktis tentang hubungan pengetahuan dengan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

1.4.4 Bagi Perawat

Perawat bisa memperoleh informasi tentang harapan dan keinginan dari keluarga pasien selama dirawat di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Instalasi Gawat Darurat

2.1.1 Definisi

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

IGD memiliki tujuan utama diantaranya adalah menerima, melakukan triage, menstabilisasi, dan memberikan pelayanan kesehatan akut untuk pasien, termasuk pasien yang membutuhkan resusitasi dan pasien dengan tingkat kegawatan tertentu (Australasian Collage for Emergency Medicine, 2019). Beberapa tipe pasien khusus yang biasa ditemui di IGD yang membutuhkan pemeriksaan dan tindakan yang khusus, antara lain: pasien dengan traumamajor, pasien lansia, anak-anak dan remaja, pasien dengan gangguan jiwa, pasien dengan penyakit infeksius, dan pasien yang terpapar bahan kimia, biologi atau kontaminasi radiologi (Australasian Collage for Emergency Medicine, 2019).

Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

Secara Garis Besar kegiatan di IGD rumah sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

1. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau

kecacatan pasien.

2. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
3. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan.

IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam rumah sakit. Kriteria umum IGD rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) :

1. Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
2. Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
3. Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
4. Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidupdasar (*Basic Life Support*).
5. Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*disasterplan*) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
6. Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2.1.2 Pelayanan Gawat Darurat

Berdasarkan Pelayanan Kegawatdaruratan, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2018), menyatakan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan di:

1. Ruang Gawat Darurat atau ruang tindakan untuk Puskesmas, Klinik, atau tempat praktik mandiri Dokter dan Dokter Gigi/tenaga kesehatan lain.

2. Instalasi Gawat Darurat untuk Rumah Sakit.

Tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut berperan sebagai gerbang utama jalan masuknya pasien. Kemampuan suatu fasilitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan dalam hal kualitas dan kesiapan sebagai tempat pelayanan maupun sebagai pusat rujukan penderita dari prafasilitas pelayanan kesehatan tercermin dari kemampuan tempat pelayanan kegawatdaruratan. Pasien dari tempat pelayanan kegawatdaruratan tersebut dapat dikirim ke ruang lain, misalnya ke ruang rawat inap di puskesmas atau klinik, unit perawatan intensif, ruang bedah sentral, ataupun ruang perawatan di rumah sakit, untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Jika penderita dibutuhkan pelayanan yang khusus, penderita dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain.

Penanganan kegawatdaruratan pelayanan kesehatan dikategorikan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan. Untuk pelayanan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan rumah sakit, kategori pelayanan kegawatdaruratan terdiri atas level I, level II, level III, dan level IV.

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki pelayanan kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam setiap hari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk puskesmas, klinik, dan tempat praktik mandiri dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani pasien segera mungkin setelah sampai di fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.

5. Proses triase untuk dipilih berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh profesi kedokteran dan/atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Membuat alur masuk pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan alur masuk pasien lain. Jika fasilitas ruang isolasi khusus dan dekontaminasi tidak tersedia, Pasien harus segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki fasilitas ruang isolasi khusus.

2.1.3 Prinsip Pelayanan di IGD

Prinsip umum pelayanan IGD Rumah Sakit dari Depkes (2020):

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

2.1.4 Alur Pelayanan gawat darurat

Permenkes No.47 tahun 2018 tentang pelayanan kegawatdaruratan menetapkan alur pelayanan pasien gawat darurat di instalasi gawat darurat sebagai berikut:

1. Penerimaan pasien
 - a. Sumber datang, pasien datang ke IGD secara langsung atau

melalui rujukan dari fasilitas Kesehatan lainnya

- b. Registrasi, petugas IGD melakukan pendaftaran awal untuk mencatat data pasien

2. Triase

- a. Petugas melakukan triase untuk menentukan Tingkat keparahan kondisi pasien. Pasien dikategorikan dalam beberapa kategori, kategori 1 darurat memerlukan Tindakan segera, kategori 2 prioritas tinggi perlu ditangani dalam waktu cepat, kategori 3 Non-darurat dapat menunggu.
- b. Berdasarkan hasil triase, Tindakan medis perlu dilakukan, seperti pemberian obat, infus, atau tindakan darurat lainnya

3. Pemeriksaan awal

- a. Pemeriksaan fisik dan Riwayat medis, Dokter melakukan pemeriksaan fisik dan pengambilan riwayat medis untuk menentukan diagnosis awal
- b. Rujukan spesialis, jika diperlukan, pasien dirujuk ke spesialis atau ini perawatan yang lebih tinggi

4. Tindakan medislanjutan

- a. Perawatan intensif, pasien yang memerlukan pengawasan lebih lanjut akan ditempatkan di ruang observasi IGD
- b. Intervensi medis, berdasarkan kondisi pasien, intervensi medis lanjut seperti pemberian terapi khusus atau tindakan invasive mungkin diperlukan.

2.1.5 Pelaksanaan Triase di IGD

Rumah sakit harus dapat melaksanakan pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, rumah sakit yang menjadi bagian dari SPGDT dapat melaksanakan evakuasi tersebut. Setiap rumah sakit harus memiliki standar triase yang ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

1. Triase merupakan proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.
2. Triase tidak disertai tindakan/intervensi medis.
3. Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan atau penyeleksian mana yang harus di dahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018):
 - a. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b. Dapat mati dalam hitungan jam
 - c. Trauma ringan
 - d. Sudah meninggal

2.1.6 Prosedur Triase (Permenkes RI No. 47 tahun 2018)

1. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit
2. Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara :
 - a. Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - b. Menilai kebutuhan medis
 - c. Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - d. Menilai bantuan yang memungkinkan
 - e. Memprioritaskan penanganan definitif
3. Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD rumah sakit).
4. Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
 - a. Kategori merah

prioritas pertama (area resusitasi), pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut,

pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke rumah sakit lain.

b. Kategori kuning

prioritas kedua (area tindakan), pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.

c. Kategori hijau

prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.

d. Kategori hitam

prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.

2.1.7 Fasilitas IGD Rumah Sakit

Menurut Kemenkes (2018), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Ruang Penerimaan

a. Ruang administrasi

Berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m²/ petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, *safety box* dan peralatan kantor lainnya.

b. Ruang tunggu pengantar pasien

Berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m²/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (AC/*Air Condition*).

c. Ruang triase, ruang tempat memilah – milah kondisi pasien, *true emergency* atau *false emergency*

Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.

d. Ruang penyimpanan brankar

tempat meletakkan atau parker brankar pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.

e. Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri),

ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah *drop off* dari ambulan dan sebelum memasuki area triase. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah *shower* dan sink lemari/rak alat dekontaminasi.

f. Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal.

Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.

2. Ruang Tindakan

a. Ruang resusitasi

Ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m². Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, *suction*, *tracheostomi set*, *bag valve mask*, kanul oksigen, *oksigen mask*, *chest*

tube, ECG, ventilator transportmonitor, infusion pump, vena suction, nebulizer, stetoskop, warmer, NGT, USG.

b. Ruang tindakan bedah

Ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa, *dressing set, infusion set, vena section set, torakosintesis set, metalkauter*, tempat tidur, tiang infus, *filmviewer*.

c. Ruang tindakan non bedah

Ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/ meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu kubah lambung set, EKG, irrigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoskop, bronkoskopi, slit lamp.

d. Ruang observasi

Ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.

e. Ruang pos perawat (*nurse station*)

Ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, computer, dll.

3. Ruang Penunjang Medis

1. Ruang petugas atau staf

Ruang petugas atau staf merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen, perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari,

meja/kursi, wastafel, pantry.

2. Ruang perawat

Ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.

3. Gudang kotor

Fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. *Spoolhoek* berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, kran air bersih.

4. Toilet petugas

Terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD.

5. Ruang loker

Merupakan ruang tempat menyimpan barang-barang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Pakpahan et al., 2021).

Pengetahuan adalah suatu proses mengingat dan mengenal kembali obyek yang telah dipelajari melalui panca indera pada suatu bidang tertentu secara baik (Wawan & Dewi, 2019).

2.2.2 Jenis pengetahuan

Jenis pengetahuan menurut Pakpahan et al (2021) antarlain :

1. Pengetahuan Faktual

Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan factual yaitu pengetahuan tentang terminologi (*knowledge of terminology*) mencakup pengetahuan tentang label atau symbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (*knowledge of specific details and element*) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik (Pakpahan et al., 2021).

2. Pengetahuan konseptual

Pengetahuan konseptual merupakan pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebihbesar dan semuanya berfungsi bersama - sama. Pengetahuan konseptual mencakup teori, model pemikiran, dan skema, baik yang tertulis maupun tidaktertulis. Pengetahuan konseptual terdiri dari tiga kategori: pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori; pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi; dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur (Pakpahan et al., 2021).

3. Pengetahuan prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah atau tahapan yang harus diikuti dalam mengerjakan suatu hal tertentu (Pakpahan et al., 2021).

4. Pengetahuan metakognitif

Pengetahuan metakognitif ini mencakup pengetahuan tentang kognisi dan pengetahuan diri. Penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan belajar lebih banyak tentang kognisi seiring dengan kemajuan mereka. Apabila audiens dapat mencapai hal ini, maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar (Pakpahan et al., 2021).

2.2.3 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2021), pengetahuan mencakup 6 tingkatan pada domain kognitif diantaranya yaitu :

1. Mengetahui (Know)

Merupakan tingkat pengetahuan dengan cara recall atau mengingat-ingat kembali memori telah dipelajari secara spesifik dari semua rangsangan yang telah terjadi.

2. Memahami (Comprehension)

idefinisikan sebagai kemampuan menjelaskan suatu objek yang sudah diketahui dan menafsirkannya dengan benar. Individu yang sudah memahami objek harus dapat menerangkan, memprediksi, menggambarkan, menyimpulkan, dll yang sehubungan dengan materi atau objek yang dipelajari dan tidak hanya sekadar tahu mengenai objek tersebut.

3. Aplikasi (Application)

Merupakan kemampuan yang dimiliki individu untuk menggunakan suatu objek atau materi yang dipelajari ke dalam keadaan sebenarnya. Pengaplikasian didefinisikan sebagai penerapan atau aplikasi hukum, prinsip, metode, rumus, dan sebagainya dalam situasi atau keadaan lain.

4. Analisis (Analysis)

Diartikan sebagai kemampuan individu untuk menjabarkan atau memisahkan sesuatu atau objek ke dalam komponen yang masih didalam struktur yang sama dan masih berkaitan satu dengan yang lainnya. Kemampuan untuk menganalisis seseorang dinyatakan pada indikasi penerapan kata kerja seperti mendeskripsikan, membedakan, menggolongkan, dll.

5. Sintesis (Synthesis)

Adalah kemampuan yang dimiliki seseorang untuk memadukan bagian yang terpisahkan menjadi satu kesatuan yang baru

dengan logis. Dengan maksud lain sintesis merupakan suatu kemampuan seseorang untuk merangkai suatu formulasi baru dari formulasi yang sudah dibuat.

6. Evaluasi (Evaluation)

Adalah kemampuan seseorang untuk memberikan penilaian pada objek yang didasarkan pada penggunaan kriteria sebelumnya yang sudah dibuat atau justifikasi dengan kualifikasi yang ditetapkan oleh diri sendiri (Alini, 2021).

2.2.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Banyak faktor mempengaruhi pengetahuan. Faktor internal, yang berasal dari individu sendiri, dan faktor eksternal, yang berasal dari luar individu, adalah beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan:

1. Faktor Internal

a. Usia

Menurut Hurlock (dalam Lestari, 2019), usia adalah jumlah tahun yang dihitung dari tanggal lahir hingga tanggal ulang tahun. Seiring bertambahnya usia, proses berpikir dan bekerja seseorang menjadi lebih matang. Orang dewasa lebih dipercaya di masyarakat dibandingkan dengan orang yang belum dewasa. Pemahaman dan cara berpikir seseorang dipengaruhi oleh usia. Pemahaman dan cara berpikir seseorang akan berkembang seiring bertambahnya usia, sehingga pengetahuan yang mereka ketahui dapat diterima dengan lebih baik. Lestari (2019)

b. Jenis kelamin

Perempuan yang menduduki posisi dominan menggunakan otak kanannya, yang menunjukkan kemampuan mereka untuk membuat kesimpulan dan melihat dari berbagai sudut pandang. Namun, penelitian oleh Ragini Verma menunjukkan bahwa otak perempuan lebih mampu menggabungkan ingatan dan situasi sosial, yang berarti mereka lebih sering bergantung pada perasaan. Sebuah

penelitian yang dilakukan di Tel Aviv menunjukkan bahwa perempuan memperoleh informasi lima kali lebih cepat daripada laki-laki. Akibatnya, laki-laki lebih lambat membuat kesimpulan daripada perempuan (Darsini et al., 2019). Sedangkan laki-laki juga memiliki kemampuan motorik yang lebih baik daripada perempuan. Olahraga yang membutuhkan koordinasi tangan dan mata, seperti lempar bola, dapat menggunakan kemampuan ini (Darsini et al., 2019).

c. Pendidikan

Pendidikan adalah proses membimbing seseorang untuk mencapai tujuan mereka, mengarahkan tindakan mereka, dan menjalani kehidupan yang aman dan bahagia. Pendidikan memberikan informasi yang sangat penting. Misalnya, bagaimana pengaruh promosi kesehatan pendidikan terhadap partisipasi pembangunan, tingkat pendidikan, dan akses ke informasi. Pendidikan formal mengajarkan orang untuk mengidentifikasi masalah, menganalisis masalah, dan mencoba memecahkan atau mencari solusinya. Akibatnya, orang yang mendapatkan pendidikan formal menjadi lebih terbiasa berpikir logis saat menghadapi masalah (Darsini et al., 2019).

d. Pekerjaan

Pekerjaan ialah pekerjaan yang memungkinkan seseorang mendapatkan uang dan memenuhi kebutuhannya sendiri, seperti melakukan pekerjaan rumah. Mereka dapat memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang bermanfaat melalui lingkungankerja mereka, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pekerjaan mereka kadang-kadang memberi mereka kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh informasi, atau kadang-kadang membuat mereka tidak dapat memperolehnya (Darsini et al., 2019).

2. Faktor Eksternal

a) Pengalaman

Pengalaman adalah sumber pengetahuan yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang mengulangi pelajaran sebelumnya. Ibu yang sudah melahirkan seharusnya memiliki pengetahuan yang lebih baik dalam hal ini dibandingkan dengan ibu yang belum melahirkan (Darsini et al., 2019).

b) Sumber informasi

Mengakses berbagai jenis informasi melalui berbagai media adalah salah satu cara yang dapat membantu orang mendapatkan informasi. Dengan kemajuan teknologi saat ini, mendapatkan informasi yang Anda butuhkan menjadi lebih mudah (Darsini et al., 2019).

c) Minat

Minat adalah hasrat yang kuat untuk sesuatu, yang mendorong orang untuk mencoba hal-hal baru untuk memperoleh pengetahuan lebih mendalam (Darsini et al., 2019).

d) Lingkungan

Lingkungan seseorang terdiri dari semua kondisi yang ada di sekitarnya, serta bagaimana mereka mempengaruhi pertumbuhan dan perilaku individu atau kelompok. Lingkungan seseorang juga mempengaruhi bagaimana pengetahuan masuk ke dalam seseorang. Misalnya, orang-orang di daerah tersebut akan mengambil sikap yang positif terhadap kebersihan lingkungan (Darsini et al., 2019).

e) Sosial Budaya

Sistem sosial dan budaya seseorang dapat memengaruhi cara mereka melihat informasi. Sangat mungkin untuk mendapatkan informasi baru yang dapat dikomunikasikan jika Anda berasal dari lingkungan tertutup. Ini umumnya terjadi di beberapa masyarakat (Darsini et al., 2019).

2.2.5 Cara mengukur pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2019), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan melakukan wawancara atau angket dengan menanyakan subjek penelitian. Menurut Arikunto (2019), pengetahuan dapat dikelompokkan kedalam beberapa kategori :

1. Kategori baik apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak $>76\%$ - 100% .
2. Kategori cukup apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak 56% - 75% .
3. Kategori kurang apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak $<56\%$.

2.3 Sikap Keluarga

2.3.1 Definisi Sikap

Sikap adalah kecenderungan atau predisposisi seseorang untuk merespons suatu objek, orang, atau situasi secara tertentu, baik secara positif maupun negatif (Yusra, R., & Oktaviani, N.2020). Menurut wahid, dalam (Maria, Wardhani, and Rusdi 2022) Sikap merupakan kecenderungan terhadap suatu stimulus atau objek yang berdampak pada bagaimana seseorang berhadapan dengan objek atau stimulus tersebut. Ini berarti sikap menunjukkan kesetujuan dan ketidaksetujuan, suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap dalam kehidupan sehari-hari ialah edukasi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap keluarga dalam penatalaksanaan pertolongan pertama kegawatdaruratan sangat didukung pengetahuan sehingga dapat melakukan tindakan pertolongan pada kasus (Satria *et all*, 2021).

Bentuk dari reaksi manusia dapat berupa perasaan acuh atau tidak acuh, suka ataupun tidak suka, menerima atau tidak menerima. Sikap adalah bagaimana pendapat atau penilaian orang atau responden terhadap hal yang terkait dengan kesehatan, sehat sakit dan faktor resiko kesehatan. Sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian dan gejala kejiwaan yang lain (Notoatmodjo, 2019).

Sikap sebagai suatu bentuk perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung (*Unfavourable*) pada suatu objek. Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi social, atau secara sederhana yang merupakan respon terhadap stimulasi social yang telah terkoordinasi. Sikap dapat juga diartikan sebagai aspek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu objek (Yusra, R., & Oktaviani, R. 2020).

Menurut Notoatmodjo (2019), sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan mendukung atau tidak memihak pada objek tersebut (Satria *et all*, 2021)

Dari pengertian diatas yang dimaksud dengan sikap adalah Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan tanggapan reaksi seseorang terhadap objek tertentu yang bersifat positif atau negatif yang biasanya diwujudkan dalam bentuk rasa suka atau tidak suka, setuju atau tidak setuju terhadap suatu objek tertentu.

2.3.2 Komponen pokok sikap

Menurut Notoatmodjo (2019) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan atau keyakinan ide, dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketigakomponentersebutsecara Bersama-sama membentuk sikap yang utuh(*total attitude*) dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

2.3.3 Tingkatan sikap

Menurut Notoatmodjo dalam Shinta (2019) seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan berdasarkan, yaitu:

1. Menerima (Receiving)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau dan memerhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (Responding)

Merespon diartikan memberikan jawaban atau tanggapan pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3. Menghargai (Valuing)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

4. Bertanggung jawab (Responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah diyakininya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Sikap dapat diukur secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek

2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Beberapa faktor yang berperan didalam pembentukan sikap adalah (Lestari, 2019) :

1. Pengalaman Pribadi

Sikap sering kali terbentuk dari pengalaman pribadi seseorang. Pengalaman positif biasanya menghasilkan sikap positif, sementara pengalaman negatif dapat menghasilkan sikap negatif.

2. Pengaruh Sosial

Lingkungan sosial, termasuk keluarga, teman, dan masyarakat, memiliki pengaruh besar terhadap sikap. Orang sering kali menyesuaikan sikapnya dengan norma sosial yang berlaku.

3. Budaya dan Nilai-Nilai

Budaya tempat seseorang dibesarkan sangat mempengaruhi sikap terhadap berbagai isu. Nilai-nilai yang diajarkan sejak kecil juga membentuk dasar sikap seseorang.

4. Media dan Informasi

Media memainkan peran penting dalam membentuk sikap publik. Informasi yang disampaikan oleh media dapat mengubah atau memperkuat sikap seseorang terhadap suatu isu.

5. Kepribadian dan Faktor Psikologis

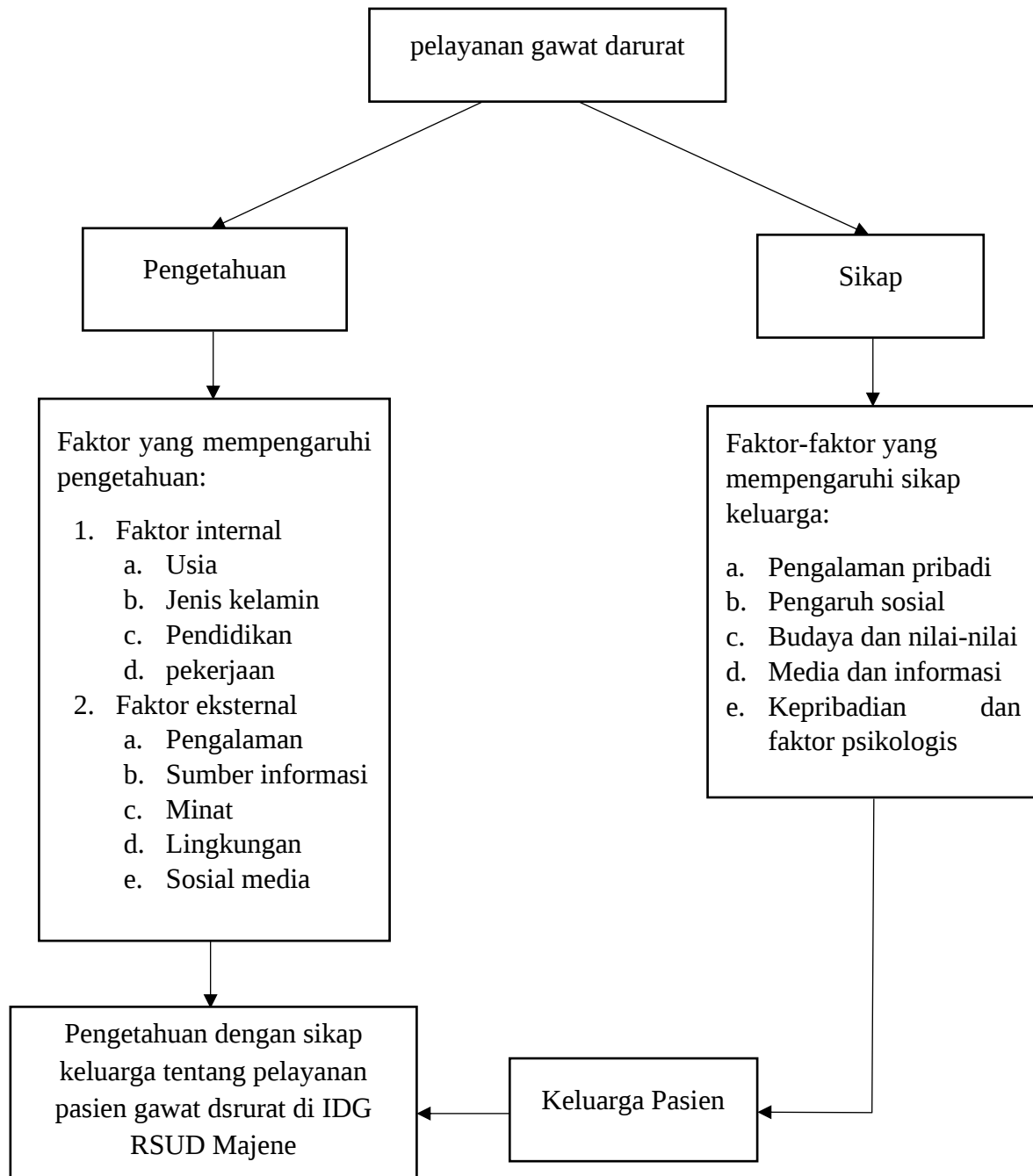
Setiap orang memiliki kepribadian yang berbeda, dan ini mempengaruhi bagaimana mereka membentuk sikap. Misalnya, orang yang lebih terbuka terhadap pengalaman baru mungkin lebih mudah mengubah sikapnya.

2.3.5 Cara Mengukur Sikap

Menurut Sugioyno (2018), skala likert adalah skala yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang terhadap suatu fenomena sosial, dikategorikan dengan skor :

1. Kategori baik apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak 27 - 40.
2. Kategori sedang apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak 13 - 26.
3. Kategori kurang apabila pertanyaan yang dijawab dengan benar oleh responden sebanyak <13.

Kerangka Teori



Sumber: Darsini *et al.*, 2019, Lestari, 2019

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga mayoritas memiliki pengetahuan baik (83,9%).
2. Sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene menunjukkan bahwa sikap keluarga mayoritas memiliki sikap baik (41,9%).
3. Terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dengan sikap keluarga pasien tentang pelayanan pasien gawat darurat di IGD RSUD Majene.

6.2 Saran

1. Bagi keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan perlu meningkatkan pengetahuan tentang cara mendapatkan akses pelayanan pasien gawat darurat, termasuk prosedur dan kebijakan yang berlaku. Dengan demikian, keluarga pasien dapat lebih siap dan efektif dalam menghadapi situasi darurat.

2. Bagi institusi/Rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan bagi pendidikan ilmu keperawatan untuk dijadikan sebagai identifikasi dan analisis tentang pengetahuan dan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat sangat membantu khususnya bagi instansi dalam pemberian edukasi kepada keluarga pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan ataupun referensi dan informasi tentang pengetahuan dan sikap keluarga tentang pelayanan pasien gawat darurat untuk peneliti selanjutnya sehingga mendapatkan hasil penelitian yang lebih baik. Penelitian ini dapat diteliti lebih lanjut dengan melihat karakteristik responden lebih luas, melihat masih banyak factor lain yang bisa diteliti oleh peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, Tri Surya. (2021). “Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Sistem Triage Di IGD RSUD Sumbawa.” *Jurnal Kesehatan dan Sains* 4 (July 2020)
- 7687.<http://jurnal.lppmstikesghs.ac.id/index.php/jks/article/view/80/65>
- Aprillia, Merisa. (2021). “Hubungan Respon Time Perawat Terhadap Kepuasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat.” *Media Husada Journal Of Nursing Science* 2(1): 1–6. doi:10.33475/mhjns.v1i2.3.
- Darsini, N., Sudarno, S., & Yuliati, A. (2019). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Masyarakat tentang Kesehatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), 55-63.
- Damansyah, H., & Yunus, P. (2022). Ketepatan Penilaian Triage Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rsud M.M Dunda Limboto. *Zaitun (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 9(2). <https://doi.org/10.31314/zijk.v9i2.1375>
- Hariyono, A. (2019). *Buku Ajar Keperawatan gadar*.
- Lestari, D. (2019). Pengaruh Pengalaman, Sosial, dan Budaya Terhadap Sikap Individu. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta Press.
- Marbun, Romaden, Rea Ariyanti, and Vincensia Dea. 2022. “Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Terkait Pemahaman Alur Pelayanan Gawat Darurat Di Rumah Sakit.” *SELAPARANG: Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan* 6(1): 108. doi:10.31764/jpmb.v6i1.7251.
- Kepmenkes RI. 2009 No . 856 .(2009)*Standar Instalasi Gawat DaruratRumah Sakit Menteri Kesehatan*. Jakarta.
- Maria, Insana, Annalia Wardhani, and Rusdi Rusdi. 2022). “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dalam Pertolongan Pertama

- Kegawatdaruratan Di Desa Sungai Alat Kecamatan Astambul.” *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)* 7(2): 195–99. doi:10.51143/jksi.v7i2.400.
- Mawartika, Tiara, Popon Haryeti, and Heri Ridwan. (2024). “Hubungan Kepuasan Keluarga Pasien Terhadap Respon Time Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang.” 6(2): 843–53.
- Nursalam. (2018). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Thesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan ketiga. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (21019). *Ilmu Pendidikan dan Ilmu Perilaku*. Cetakan ke 5. Jakarta. PT. Rineka Cipta
- Pane A., (2020). *Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Terhadap Pelayanan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2020*. Skripsi Publikasi
- Peraturan Menteri Kesehatan RepublikIndonesia. (2018). Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.
- Regghy Anjani. (2022). *9 Gambaran Kepuasan Keluarga Pasien Dalam Pelayanan Gawat Darurat Pada Masa Pandemi Di Rumah Sakit Umum Madina Bukittinggi*.
- Rumampuk, Jimmy, and Mario E. Katuuk. (2019). “Hubungan Ketepatan Triase Dengan Response Time Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe C.” *Jurnal Keperawatan* 7(1). doi:10.35790/jkp.v7i1.25206.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Pendidikan*. Alfabeta. Bandung.
- Satria, Galih, Donal Nababan, Rumondang Gultom, and Siska Evi Martina. (2021). “Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Tentang Triage Di IGD

Dimasa Pandemi Covid-19.” *Faletehan Health Journal* 8(3): 238–43.
www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ.

Yusra, R., & Oktaviani, N. (2020). Pengaruh Sikap Keluarga terhadap Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 45-52.

Wawan, & Dewi. (2019). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.