

**PELAKSANAAN PELAYANAN KEPERAWATAN PASIEN SINDROM KORONER  
AKUT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT TIPE A MALANG :  
STUDI FENOMENOLOGI**

**TESIS**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Magister Keperawatan**



Oleh

**Ida Rahmawati  
NIM. 166070300111025**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
PEMINATAN GAWAT DARURAT**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2018**

TESIS

PELAKSANAAN PELAYANAN KEPERAWATAN PASIEN SINDROM KORONER AKUT  
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT TIPE A MALANG :  
STUDI FENOMENOLOGI

Oleh:

**Ida Rahmawati**  
NIM. 166070300111025

Dipertahankan di Depan Penguji  
pada Tanggal: 08 Juni 2018  
dan Dinyatakan Memenuhi Syarat

Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

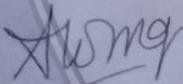
  
**Dr. Titm Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes**  
NIP. 19770226200312001

  
**Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg**  
NIP. 198109142006042001

Komisi Penguji

Ketua

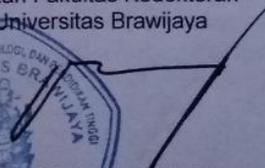
Anggota

  
**Dr. Indah Winarni, MA**  
NIP. 195401031980102001

  
**Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes**  
NIP. 196408141984011001

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Brawijaya



  
**Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes**  
NIP. 195804141987012001

## PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis di kutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia tesis ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan pasal 70)

Malang, 8 Juni 2018

Mahasiswa,



Nama : Ida Rahmawati  
NIM : 166070300111025  
PS : Magister Keperawatan  
Prog : Pascasarjana  
Fak : Kedokteran UB

## IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

**JUDUL TESIS:**

PELAKSANAAN PELAYANAN KEPERAWATAN PASIEN SINDROM KORONER  
AKUT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT TIPE A MALANG : STUDI  
FENOMENOLOGI

Nama Mahasiswa : Ida Rahmawati  
NIM : 166070300111025  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Minat : Keperawatan Gawat Darurat

**KOMISI PEMBIMBING:**

Ketua : Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes  
Anggota : Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg

**TIM DOSEN PENGUJI:**

Dosen Penguji 1 : Dr. Indah Winarni, MA  
Dosen Penguji 2 : Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes

Tanggal ujian : 08 Juni 2018

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : studi fenomenologi”.

Dengan selesainya tesis ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M. Kes sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan magister di Program Studi Magister Keperawatan FKUB;
2. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes sebagai Ketua Program Studi Program Studi Magister Keperawatan FKUB sekaligus dosen pembimbing pertama yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini;
3. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg sebagai dosen pembimbing kedua yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini.
4. Dr. Indah Winarni, MA sebagai dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan demi terselesaikannya Tesis ini.
5. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes sebagai dosen penguji II yang telah memberikan saran, motivasi, dan bimbingan kepada penulis
6. Bapak dan ibu dosen Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang yang telah banyak membimbing dalam proses belajar
7. Keluarga yang memberikan dukungan berupa doa dan materi.
8. Teman sejawat Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang angkatan 2016, terimakasih atas dukungan, masukan dan sarannya.
9. Seluruh pihak yang berkontribusi dalam penyusunan tesis ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Karena tiada gading yang tak retak. Dengan memohon kerendahan hati, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan tulisan ini.

Malang, Juni 2018

Penulis



## RINGKASAN

Ida Rahmawati, NIM:166070300111025. Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang 20 Febuari 2018. Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi. Komisi Pembimbing Ketua: Titin Andri Wihastuti, Anggota: Septi Dewi Rachmawati.

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu manifestasi klinis penyakit Jantung Koroner (PJK) yang disebabkan oleh reduksi mendadak pada aliran darah coroner yang mengancam nyawa dan menjadi sumber morbiditas dan mortalitas. WHO melaporkan bahwa lebih dari 80 % penyakit kardiovaskular terjadi di berbagai dunia, dan 90 % terjadi pada Negara dengan pendapatan rendah sampai menengah, termasuk Indonesia. Data di Rumah Sakit Saiful Anwar (RSSA) Malang mengenai IMA (Infark Miokard Akut) merupakan salah satu jenis SKA yang menyebabkan kematian nomor 2, yaitu terdapat 356 kasus per tahun dengan 59 orang diantaranya meninggal. Pelaksanaan pelayanan yang tepat pada pasien SKA dapat mencegah komplikasi dan mengurangi resiko kematian. Hasil wawancara terhadap 2 orang perawat pernah menyatakan bahwa di IGD RSSA belum ada pedoman penatalaksanaan SKA yang dibukukan, hanya ada pedoman tindakan pelayanan rutin pasien.

Metode penelitian ini menggunakan pendekatan studi fenomenologi kualitatif. Teknik pengambilan sampel *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi yaitu perawat yang masih aktif dalam melakukan pelayanan pasien SKA dan memiliki pengalaman minimal 1 Tahun terakhir, mempunyai sertifikat pelatihan minimal BCLS, bersedia menjadi responden. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang perawat diambil berdasarkan saturasi data. Proses pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Wawancara dilakukan selama 30-60 menit dan dilaksanakan di ruang IGD. Peneliti merupakan instrumen utama penelitian. Metode analisa yang digunakan adalah metode *Van Kaam* terdiri dari membuat list ekspresi atau jawaban partisipan, melakukan reduksi dan eliminasi terhadap jawaban, melakukan pengolompokan tema, mengecek kembali tema dengan pernyataan partisipan di rekaman, memberikan makna harfiah dari tema yang didapatkan, membuat struktur deskripsi, melakukan pengabungan dari keseluruhan struktur deskripsi yang ada.

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA mendapatkan 7 tema yaitu tema yang telah didapatkan : 1) mempertahankan kestabilan emosi, 2) nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, 3) merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, 4) kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik, 5) merasakan tekanan kerja yang tinggi, 6) kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi, 7) merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang.

Permasalahan yang dihadapi perawat IGD adalah terkait dengan kesiapan mental, modifikasi dan eksistensi pedoman, dukungan spiritual, kolaborasi profesional yang dinamis, konflik, kebutuhan dasar, dan perencanaan kurang optimal. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD masih belum dilaksanakan dengan baik. sehingga penting untuk dilakukan sebuah kebijakan maupun perubahan demi meningkatkan kualitas pelayanan maupun asuhan keperawatan yang optimal .



## SUMMARY

Ida Rahmawati, Student Registration Number: 166070300111025. Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Malang Februari 20, 2018.. Advisor Commission of Chairman: Titin Andri Wihastuti, Member: Septi Dewi Rachmawati. Implementation of Nursing Services of Acute Coronary Syndrome at Emergency Department Type A Hospital Malang: A Phenomenological Study.

Acute Coronary Syndrome (ACS) is one of the clinical manifestations of coronary heart disease (CHD) caused by sudden reduction in coronary blood flow that is life-threatening and a source of morbidity and mortality. WHO reports that over 80% of cardiovascular diseases occur in different parts of the world, and 90% occur in low to medium-low countries, including Indonesia. Data from Saiful Anwar Hospital (RSSA) Malang on IMA (Myocardial Infarction) is one of SKA type that causes death number 2, there are 356 cases per year with 59 of them dead. Proper management of SKA patients can prevent complications and reduce the risk of death. Results of interviews on 2 nurses have stated that in IGD RSSA nurses still miss perception in implementing the action SKA, this is because the existence of these guidelines still lead to information that is confusing.

The method used the approach of study of kaulitatif phenomenology. The sampling technique using purposive sampling based on the inclusion criteria of the nurses who are still active in performing SKA patient services and have experience at least 1 Year last, have a minimum training certificate BCLS, willing to be a respondent. Participants in this study amounted to eight nurses were taken based on data saturation. The process of collecting data is done by in-depth interview. The interview was conducted for 30-60 minutes and was conducted in the ER. The researcher is the main instrument of research. The process of qualitative data analysis begins with making transcripts of interview recordings. The method of analysis used is the Van Kaam method consists of creating a list of participants' expressions or responses, reducing and eliminating answers, grouping themes, rechecking themes with participant statements on recordings, giving literal meaning of the theme acquired, creating a description structure, the amalgamation of the existing descriptive structure of the description.

The conclusion of this research is the implementation of nursing service of patient of SKA get 7 theme that is the theme that have been obtained: 1) maintaining emotional stability, 2) comfort of working knowing the procedure of action, 3) feeling the importance of family presence in providing spiritual support, 4) cooperation feels less well, 5) fell the pressure of work high, 6) unmet basic needs of nurses, 7) feeling less than maximal due to lack of planning needs.

Problems faced by nurses are related to mental readiness, modification and existence of guidelines, spiritual support, dynamic collaboration, conflict, basic needs, and less than optimal planning. This shows that the implementation of nursing service patients ACS in the ER is still not well done. so it is important to make a policy or change in order to improve the quality of service and optimal nursing care.

## ABSTRAK

Rahmawati, Ida, 2018. Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes, Anggota: Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg.

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu manifestasi klinis penyakit Jantung Koroner (PJK) yang mengancam nyawa dan menjadi sumber morbiditas dan mortalitas. Tingginya angka morbiditas dan mortalitas pasien SKA yang tidak diimbangi dengan pelaksanaan tindakan keperawatan yang optimal, akan berdampak pada penurunan kualitas pelayanan pasien. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan pasien sindrom koroner akut di instalasi gawat darurat rumah sakit Tipe A Saiful Anwar Malang. Tujuan khusus adalah mengeksplorasi perasaan, tindakan, hambatan, dan kebutuhan saat melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di ruang IGD. Metode menggunakan pendekatan studi fenomenologi kualitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi yaitu perawat yang masih aktif dalam melakukan pelayanan pasien SKA, memiliki pengalaman minimal 1 Tahun terakhir, mempunyai sertifikat pelatihan minimal BCLS, bersedia menjadi responden. Partisipan berjumlah 8 orang perawat diambil berdasarkan saturasi data. Proses pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan menggunakan semi-struktur interview selama 30-60 menit di ruang IGD RSSA. Peneliti merupakan instrumen utama penelitian. Metode analisa menggunakan pendekatan *Van Kaam* terdiri dari membuat list ekspresi atau jawaban partisipan, melakukan reduksi dan eliminasi terhadap jawaban, melakukan penggolompokan tema, mengecek kembali tema dengan pernyataan partisipan di rekaman, memberikan makna harfiah dari tema yang didapatkan, membuat struktur deskripsi, melakukan pengabungan dari keseluruhan struktur deskripsi yang ada. Dalam melaksanakan pelayanan, perawat menganggap penting adanya kestabilan emosi, nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, dan terpenuhinya kebutuhan perawat saat melakukan tindakan SKA. Pelaksanaan pelayanan keperawatan yang kurang optimal seperti tingginya stressor kerja, kerjasama antar tim yang masih dirasakan kurang, serta kurangnya penghargaan dan pengakuan, akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan pelayanan keperawatan di IGD.

**Kata Kunci: Pelayanan Keperawatan, SKA, IGD, Fenomenologi**

## ABSTRACT

Rahmawati, Ida. 2018. **Implementation of Nursing Services of Acute Coronary Syndrome at Emergency Department Type A Hospital Malang: A Phenomenological Study**. Thesis. Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Advisor Commission of Chairman: Titin Andri Wihastuti, Member: Septi Dewi Rachmawati.

Acute Coronary Syndrome (ACS) is one of the most life-threatening clinical manifestations of coronary heart disease (CHD) and a source of morbidity and mortality. The high morbidity and mortality rate of SKA patients who are not offset by the optimal implementation of nursing actions will have an impact on the deterioration of patient service quality. The general objective of this study was to explore the experience of nurses in performing nursing care of patients with acute coronary syndrome at the Type A Saiful Anwar hospital emergency hospital in Malang. The specific purpose is to explore the feelings, actions, barriers, and needs while performing the nursing service of SKA patients in the ED (Emergency Department). This research is conducted by using a descriptive-qualitative method. The sampling technique using purposive sampling based on the inclusion criteria, Nurses who are still active in ACS patient service for the last 1 year, have BCLS (Basic Cardiac Life Support) certificate, and willing to be respondent. Participants in 8 nurses were taken based on data saturation. The process of collecting data with in-depth interviews and using semi-structured interviews for 30-60 minutes in the ED. The researcher is the main instrument of research. The method of analysis using the van kaam approach consists of creating a list of participant expressions or answers, reducing and eliminating answers, grouping themes, rechecking themes with participant statements on recordings, giving literal meaning of the theme acquired, creating a description structure, all of structure description that exists. In conducting the service, the nurse considers the importance of emotional stability, comfortable to work by knowing the procedure of action, involving the family in providing spiritual support, and the fulfillment of nurse needs when performing SKA actions. Implementation of less optimal nursing services such as high job stressors, teamwork that is still lacking, and lack of appreciation and recognition, will affect the quality of nursing services in the ED.

**Keywords:** Nursing care, Acute Coronary Syndrome, Emergency Department

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS.....	iii
IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
RINGKASAN .....	vii
SUMMARY .....	ix
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT .....	xi
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
DAFTAR SINGKATAN .....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Setting Rumah Sakit.....	8
2.2 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut .....	15
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain penelitian.....	21
3.2 Partisipan Penelitian.....	21
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	22
3.4 Instrumen Penelitian .....	23
3.5 Prosedur Pengumpulan data .....	23
3.6 Analisis Data .....	26
3.7 Keabsahan Data (Hasil Temuan) .....	30
3.8 Etika Penelitian .....	31
3.9 Alur Penelitian .....	33

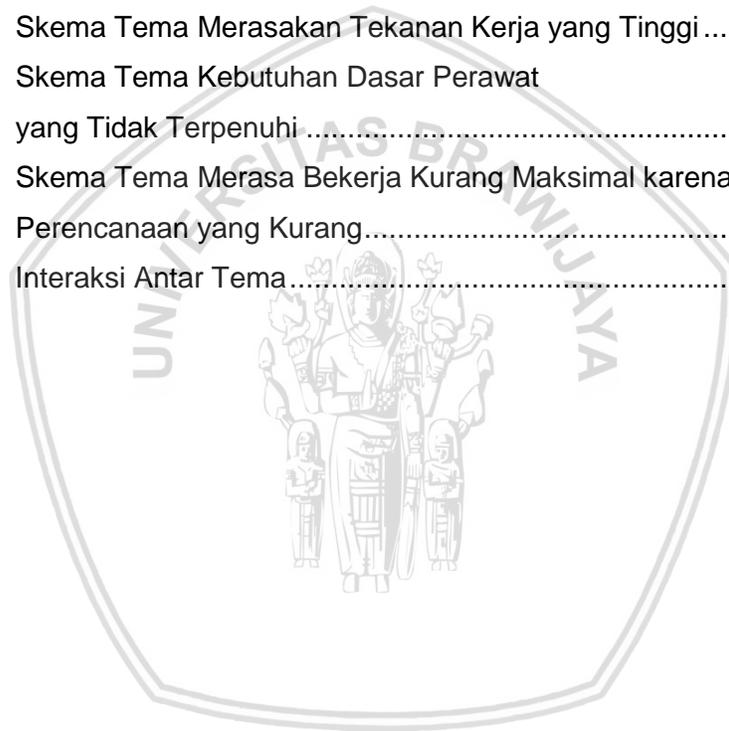


<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
4.1 Deskripsi tempat penelitian .....	34
4.2 Data Demografi Partisipan .....	36
4.3 Hasil Penelitian .....	37
4.4 Interaksi antar tema .....	67
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
5.1 Pembahasan Hasil penelitian.....	69
5.2 Implikasi Keperawatan .....	83
5.3 Keterbatasan Penelitian .....	83
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
6.1 Kesimpulan .....	84
6.2 Saran .....	84
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	86



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1	Skema Tema Mempertahakan Kestabilan Emosi .....	40
Gambar 4.2	Skema Nyaman Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan .....	45
Gambar 4.3	Skema Tema Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Spiritual .....	48
Gambar 4.4	Skema Tema Kerjasama Dirasakan Kurang Berjalan dengan Baik .....	56
Gambar 4.5	Skema Tema Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi .....	58
Gambar 4.6	Skema Tema Kebutuhan Dasar Perawat yang Tidak Terpenuhi .....	61
Gambar 4.7	Skema Tema Merasa Bekerja Kurang Maksimal karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang.....	66
Gambar 4.8	Interaksi Antar Tema.....	67



## DAFTAR TABEL

Gambar 3.1 Penentuan Sub Tema .....	28
Gambar 3.2 Penentuan Tema.....	29
Gambar 4.1 Data Demografi Partisipan .....	36



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rancangan Jadwal Kegiatan Penelitian .....	98
Lampiran 2	Penjelasan Mengikuti Penelitian .....	99
Lampiran 3	Persetujuan Mengikuti Penelitian .....	100
Lampiran 4	Pedoman Wawancara .....	101
Lampiran 5	Format Catatan Lapangan.....	102
Lampiran 6	Etik Penelitian .....	103
Lampiran 7	Surat Izin Penelitian .....	105
Lampiran 8	Transkrip Wawancara .....	106
Lampiran 9	Analisa Data Penelitian .....	124
Lampiran 10	Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	143
Lampiran 11	Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	144
Lampiran 12	Lembar Konsultasi Tesis .....	145
Lampiran 13	Letter of Acceptance Journal.....	147
Lampiran 14	Surat Bebas Predator.....	148
Lampiran 15	Manuscrip .....	149
Lampiran 16	Riwayat Hidup .....	182



**DAFTAR SINGKATAN**

ABC	: <i>Airway, Breathing, Circulation</i>
ACCF/AHA	: <i>American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association</i>
ACS	: <i>Acute Coronary Syndrom</i>
ACCF/AHA	: <i>American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association</i>
ACEP	: <i>American College of Emergency Physicians</i>
ATLS	: <i>Advance Trauma Life Support</i>
ACLS	: <i>Advance Cardiac Life Support</i>
BOR	: <i>Bed Occupation Rate</i>
CC	: <i>Critical Care</i>
CVCU	: <i>Cardio Vaskular Care Unit</i>
DTB	: <i>Door-To-Balloon</i>
EBP	: <i>Evidence Base Prctice</i>
EKG	: <i>Elektro Kardio Gram</i>
ESC	: <i>European Society of Cardiology</i>
GELS	: <i>General Emergency Life Support</i>
IGD	: <i>Instalasi Gawat Darurat</i>
IMA	: <i>Infark Miocard Acute</i>
ISDN	: <i>Isosorbit Dinitrat</i>
KARS	: <i>Komisi Akreditasi Rumah Sakit</i>
KIE	: <i>Konsultasi, Informasi, dan Edukasi</i>
KPP	: <i>Kepala Pelayanan Keperawatan</i>
LBBB	: <i>Left Bundle Branch Block</i>
MONA	: <i>Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin</i>
MOD	: <i>Manager on Duty</i>
MTKI	: <i>Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia</i>
NIC	: <i>Nursing In Charge</i>
NSTEMI	: <i>Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction</i>
PCR	: <i>Patient Care Report</i>

PERKI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
POAC	: <i>Planning, Organizing, Acuating, Controlling</i>
PPDS	: Pendidikan Dokter Spesialis
PTM	: Penyakit Tidak Menular
RSSA	: Rumah Sakit Saiful Anwar
SKA	: Sindrom Koroner Akut
SPGDT	: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu
SOP	: Standart Operasional Prosedur
STEMI	: <i>ST Segment Elevation Myocardial Infarction</i>
STR	: <i>Surat Tanda Registrasi</i>
UAP	: <i>Unstable Angina Pectoris</i>
WHO	: <i>World Heath Organisation</i>



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Indonesia mengalami pergeseran penyakit dari menular ke tidak menular (Kemenkes RI, 2014) yang menjadi permasalahan kesehatan terutama penyakit secara global di seluruh wilayah. Penyakit kardiovaskular merupakan bagian dari penyakit tidak menular yang menyebabkan kematian nomor satu setiap tahunnya, kalsifikasi jenis penyakit kardiovaskular yang paling banyak adalah penyakit jantung Koroner (PJK), Penyakit gagal jantung, Hipertensi, dan stroke (Kemenkes RI, 2014).

SKA merupakan bagian dari PJK menunjukkan peningkatan nyata dalam morbiditas dan mortalitas sebesar 1,6% (Khoshchereh *et al.*, 2016). SKA menyumbang sekitar 1,4 juta penerimaan rumah sakit per tahun di Amerika Serikat (PERKI, 2015). Sedangkan di Australia terdapat 68.200 orang tercatat menderita SKA dan lebih dari 500.000 pasien setiap tahun yang disertai dengan gejala khas nyeri dada. Akan tetapi,  $\geq 80\%$  tidak melaporkan keluhannya ke pelayanan kesehatan (Chew *et al.*, 2016).

Angka kejadian PJK di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5%. Estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner berdasarkan diagnosa dokter terbanyak ditemukan di Provinsi Jawa Barat sebanyak 160.812 orang (1,5%), jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Papua Barat sebanyak 6.690 orang (1,2%). Sedangkan Provinsi Jawa Timur, menempati urutan ke 2 dengan jumlah penderita sebanyak 144.279 (1,3%) (Pusat Data dan Informasi, 2014). Tahun 2008 terdapat 17,3 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular, > 3 juta kematian terjadi pada usia sebelum 60 tahun. Data yang didapatkan dari penelitian Rohman, *et. al* (2011) di ruang IGD (Instalasi Gawat Darurat) pada kasus IMA (Infark Miokard Akut) merupakan penyebab kematian nomor 2 di RSSA Malang. Data mengenai jumlah kasus IMA di RSSA Malang menunjukkan bahwa terdapat 356 kasus IMA per tahun dengan 59 orang diantaranya meninggal dunia. Hal ini menunjukkan bahwa angka mortalitas IMA di RSSA Malang adalah sebesar 16,6% per tahun. Faktor yang mempengaruhi tingginya kematian adalah *delay*, jarak tempuh rumah dengan fasilitas kesehatan yang terlalu jauh (Mol *et al.*, 2016) , kurangnya pengetahuan

keluarga (Rivero *et al.*, 2016) dan *respon time* yang lama saat di Rumah Sakit (RS) (Merkulov, Mironov, Ruda, & Samko, 2012).

Tingginya angka kesakitan dan kematian pada pasien SKA, maka dibutuhkan penatalaksanaan dalam upaya mengurangi beban penyakit. *European Society of Cardiology* (ESC) bekerjasama dengan *American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association (ACCF/AHA)* telah membuat pedoman untuk mengurangi angka kematian pasien *ST-Elevasi Miokard Infark (STEMI)*, ESC merekomendasikan bahwa, penundaan antara tenaga medis pertama kontak sampai dengan diagnosis harus kurang dari 10 menit, sistem *delay* (waktu antara perfusi dan reperfusi) harus kurang dari 90 menit dan *Door-To-Balloon* (DTB) delay harus kurang dari 60 menit (Mol *et al.*, 2016). Penatalaksanaan medis IGD diharapkan mampu mengurangi angka kejadian SKA.

Pentalakasnaan medis SKA di IGD RS dapat menggunakan terapi awal, yaitu diberikan pada pasien dengan diagnosis kemungkinan SKA atau atas dasar keluhan angina di ruang gawat darurat, sebelum ada hasil pemeriksaan EKG dan atau marka jantung. Terapi awal yang dimaksud adalah Morfin, Oksigen, Nitrat, Aspirin atau biasa yang disebut MONA, yang tidak harus diberikan semua atau bersamaan (Padilla, Asenjo, & Zamora, 2016; PERKI, 2015). Standar perawatan untuk pasien dengan SKA, termasuk orang-orang dengan gejala berulang, nyeri dada, perubahan elektrokardiografi, troponin jantung positif, adalah harus dilakukan observasi perawatan rawat inap sampai kondisi stabil di IGD. Tujuan pengobatan adalah segera mengurangi iskemia dan pencegahan MI (*Miocard Infark*) dan kematian (Amsterdam *et al.*, 2014). Manajemen diagnosis dini dan pengobatan segera pada pasien SKA merupakan faktor penting dalam penentuan keberhasilan pengobatan sebelum datang ke dokter, penelitian yang dilakukan oleh Joob (2013) menunjukkan dari 85 kasus (60 laki-laki, 25 perempuan) dengan usia rata-rata 58 tahun, didapatkan data bahwa waktu yang tercatat sebelum berkunjung ke RS kebanyakan adalah 13 jam, hal ini akan mempengaruhi kualitas dari penatalaksanaan pasien sebelum di bawa ke pelayanan kesehatan.

Pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan secara umum yang mempunyai fungsi dalam menyelamatkan

kehidupan masyarakat (Aringhieri, Bruni, Khodaparasti, & van Essen, 2017). Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, maka pelayanan gawat darurat mengutamakan akses bagi pasien dengan tujuan untuk mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kecacatan, dan kematian. Kemampuan perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan gawat darurat masih kurang dalam upaya mendukung terwujudnya pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Pasien yang masuk ke IGD membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat sehingga perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat sesuai dengan kompetensi yang diharapkan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Ruang IGD mengupayakan pelayanan keperawatan dengan proses POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) agar dapat menciptakan standar pelayanan gawat darurat dengan sistem kerja selama 24 jam 7 hari seminggu secara efektif dan efisien. Untuk mewujudkan pelayanan keperawatan di IGD yang optimal dan terstandarisasi, maka dibutuhkan pengelolaan ruangan yang memenuhi fungsi manajemen (Nursalam, 2014). Perlengkapan elektrikal, mekanikal, perabotan merupakan komponen pelayanan. Kualitas pelayanan juga mempengaruhi kegiatan yang berlangsung di ruangan, terdapat faktor penting yaitu manusia dan fisik bangunan. Fisik bangunan IGD merupakan syarat penting dalam pelayanan, karena dapat menunjang keberlangsungan proses keperawatan. Menurut Kemenkes RI (2009), ruangan atau sarana yang di IGD meliputi ruang penerimaan (*Triage*), ruang tindakan (resusitasi), ruang operasi, ruang observasi, dan ruang khusus (*intermediate*, ruang luka bakar, hemodialisa, isolasi).

Asuhan keperawatan gawat darurat merupakan bagian proses pelayanan kesehatan. Proses asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian sampai ke evaluasi. Pengkajian dan pemilahan pasien dilakukan di ruang triage, jika sudah ditentukan berdasarkan kegawatannya, maka pasien dapat dipindahkan ke ruang tindakan dan observasi agar dapat dilakukan penanganan lebih lanjut. Dokumentasi diperlukan agar dapat berfungsi sebagai bukti administrasi dan aspek legal pasien, dokter, dan perawat.

Masyarakat Indonesia memiliki kecenderungan memilih RS pemerintah dengan level dan tipe yang tinggi sebagai pemberi layanan kesehatan pertama. Hal ini disebabkan karena RS memiliki peralatan yang lengkap dan biaya yang terjangkau. Mewujudkan RS pemerintah yang mampu memberikan kepuasan layanan kesehatan, maka diperlukan kualitas manajemen yang baik, termasuk di dalamnya adalah kebijakan RS terkait sumber daya manusia, pedoman pelaksanaan layanan dan kelengkapan sarana parasarana . Pedoman layanan atau sering disebut dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan salah satu upaya RS untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menghindari malpraktik (Natasia, Loekqijana, & Kurniawati, 2014). SOP juga dapat digunakan sebagai alat audit untuk menilai kualitas intervensi yang dilakukan (Golzari & Mahmoodpoor, 2014). Sistem manajemen dengan kualitas yang baik, harus menggunakan SOP terstandar yang dapat disosialisasikan kepada seluruh komponen yang berkaitan. Kenyataan di lapangan menunjukkan, sebagian perawat belum menciptakan komitmen apa yang telah ditetapkan RS karena banyak faktor yang mempengaruhi seperti persepsi dan motivasi. Penelitian yang dilakukan oleh Natasia *et al.*, (2014) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara motivasi dan persepsi perawat terhadap pekerjaannya.

Rumah Sakit Saiful Anwar (RSSA) Malang merupakan RS pemerintah tipe A dengan tingkat paripurna dalam kategori level IV dalam pelayanan. Pelayanan pasien SKA dapat dilakukan di IGD, Poli, dan CVCU (*Cardio Vaskular Care Unit*). IGD merupakan pintu gerbang utama dalam pelayanan kegawatan. Rata-rata kunjungan pasien di IGD dalam satu hari mencapai 100-150 orang dan satu bulan dapat mencapai 3000 orang dengan berbagai keluhan dan penyakit. Untuk pasien Sindrom Koroner Akut yang datang ke IGD perharinya sekitar 3 orang, dalam sebulan bisa mencapai 90 orang, sedangkan perawat pelaksana yang dinas rata-rata sebanyak 3 orang (wawancara perawat IGD). selain kurangnya tenaga, perawat juga mengeluh mengenai kurangnya sarana prasarana IGD. ketidakseimbangan antara jumlah pasien dan perawat, serta sarana prasarana yang kurang memadai, akan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang ada. Pihak manajemen RS seharusnya membuat perencanaan seperti penghitungan tenaga kerja dan sarana prasarana sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien

Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat IGD RSSA Malang menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan SKA masih kurang, perawat mengatakan belum ada *print out* standar pelayanan SKA di ruangan, hanya ada SOP tindakan secara umum, perawat terkadang tidak sepenuhnya menerapkan standar prosedur yang sudah ditetapkan. Perawat lain mengatakan bahwa sebenarnya ada *print out* standar pelayanan SKA di RS yang disimpan oleh kepala ruangan, tapi perawat tidak membacanya dengan alasan lebih senang mendengar dan melakukan praktek langsung dengan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Damliang *et. al.*, (2014) menyatakan bahwa persepsi perawat gawat darurat di Thailand dalam menggunakan *bundle care* dapat membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sebagai akibat dari peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri.

Permasalahan yang kompleks mengenai pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di RSSA menjadikan peneliti merasa untuk melakukan penelitian ini. Sehingga dapat menjadi acuan dalam pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan dalam upaya meningkatkan kepuasan layanan terhadap pasien.

## 1.2 Rumusan Masalah

Penelitian ini menggambarkan perawat dalam melaksanakan pelayanan pasien SKA di IGD RSSA Malang. Peran perawat profesional adalah berupaya mewujudkan sistem kesehatan yang baik, sehingga tercipta penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan. Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif dapat digunakan secara luas untuk mengevaluasi suatu program atau suatu organisasi atau untuk menentukan, mendeteksi, atau memonitor perubahan yang terjadi (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Perawat menyadari, saat melakukan pelayanan pasien SKA terkadang tidak sepenuhnya menggunakan pedoman yang ada, hal itu dilakukan berdasarkan kondisi pasien. Perawat juga memiliki persepsi yang berbeda tentang keberadaan SOP SKA di IGD. Tujuan utama penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien sindrom koroner akut di IGD. Berdasarkan uraian tersebut, maka rumusan pertanyaan penelitian ini adalah : bagaimana pengalaman perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan SKA di IGD RS Tipe A Malang?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat dalam melakukan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1 Mengeksplorasi perasaan perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD RS Tipe A Malang;
- 2 Mengeksplorasi tindakan yang dilakukan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD RS Tipe A Malang;
- 3 Mengeksplorasi hambatan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD RS Tipe A Malang;
- 4 Mengeksplorasi kebutuhan perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD RS Tipe A Malang.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian ini, terdiri dari manfaat secara teoritis dan praktis yang bertujuan dalam pengembangan pelayanan keperawatan gawat darurat, meliputi:

#### **1.4.1 Teoritis**

Mampu memberikan gambaran perawat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD, sehingga perawat mampu memaknai manajemen dan proses asuhan keperawatan yang berlangsung pada pasien gawat darurat yang dijalankan, hambatan-hambatan yang ditemui dan upaya yang dilakukan untuk memperbaiki.

#### **1.4.2 Praktis**

Memberi gambaran perawat, dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Berupa tindakan promotif terutama yang berisiko terhadap SKA, sehingga angka kesakitan dan kematian dapat berkurang. Manfaat lain adalah sebagai upaya untuk meningkatkan standar asuhan keperawatan bagi pasien SKA di IGD RS. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi studi literatur civitas akademika saat menyusun penelitian dan sebagai data dasar untuk pengembangan kurikulum terkait pelayanan

perawat saat melakukan tindakan SKA. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi data dasar dan pengembangan ilmu keperawatan dalam lingkup keperawatan gawat darurat, serta dapat dikembangkan oleh peneliti lain agar memperluas tema sehingga dihasilkan penelitian keperawatan yang berkualitas.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Setting Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan, merupakan bagian umum dari pelayanan kegawatdaruratan dengan cara memprioritaskan pasien berdasarkan kegawatannya yang bertujuan mencegah dan mengurangi kematian, kecacatan, kesakitan. Keperawatan professional memberikan asuhan keperawatan sebagai bentuk praktik dalam upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal (Wahyuni, 2007). Respon cepat dan tanggap sangat diperlukan dalam menolong korban jiwa (Wijaya, Andarini, & Setyoadi, 2015). Aringhieri, Bruni, Khodaparasti, & van Essen (2017) menyatakan bahwa pelayanan gawat darurat medis sangat penting dilakukan karena dapat menyelamatkan nyawa seseorang, mengurangi jumlah kematian dan kesakitan. Sebagai seorang pemberi pelayanan, diharapkan perawat mampu melakukan *triage*, resusitasi dengan atau tanpa alat, mengetahui prinsip stabilisasi dan terapi *definitive*, mampu bekerja dengan tim, pasien dan keluarganya. (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Perawatan di IGD akan mempengaruhi kualitas hidup pasien sindrom akut selanjutnya. Perawat mempunyai arti seorang yang mempunyai pendidikan baik D3 maupun S3 yang dibuktikan dengan ijazah keperawatan yang diakui oleh pemerintah, dan mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) yang dapat melakukan kewenangan dalam pelayanan keperawatan sesuai Undang-Undang (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Manajemen pelayanan gawat darurat adalah penerapan prinsip-prinsip manajemen yang memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin ilmu dan multi profesi. Pentingnya kerjasama antar perawat harus diakui secara luas, peningkatan komunikasi dan pengiriman informasi yang baik, kolaborasi dan kerjasama tim antara kedua perawat maupun dokter telah dilaporkan dapat mengurangi kesalahan medis (Liao, Qin, He, & Guo, 2015).

Keperawatan merupakan disiplin ilmu yang memberikan pelayanan secara menyeluruh yaitu biopsikososialsipritual, mengacu pada standar professional dan etika keperawatan (Nursalam, 2003). Pengaturan pelayanan kegawatdaruratan sudah mempunyai aturan yang tertuang dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu atau disingkat SPGDT. Standar manajemen pelayanan gawat darurat dibagi menjadi enam standar yaitu, Standar I : perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat di RS. Standar II : pengorganisasian pelayanan keperawatan gawat darurat. standar III : pelaksanaan pelayanan keperawatan gawat darurat. (d) Standar IV asuhan keperawatan gawat darurat. (e) Standar V pembinaan pelayanann keperawatan gawat darurat. (6) standar VI Pengendalian mutu pelayanan keperawatan gawat darurat (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

#### **Standar I Perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat.**

Perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat dapat mencakup kebutuhan tenaga, fungsi tenaga perawat, dan kualifikasi tenaga perawat. (a) Ketenagaan Terdapat kebijakan pimpinan RS yang mengatur kualifikasi perawat yang bertugas di IGD, misalnya mempunyai sertifikat pelatihan bantuan hidup dasar. Terdapat kebijakan pimpinan mengenai perencanaan kebutuhan tenaga perawat mengacu pada fungsi pelayanan IGD berdasarkan jumlah pasien per hari, jam perawatan perhari, jam efektif perawat perhari. Dalam memberikan pelayanan, perawat IGD harus memiliki STR. (b) Sarana, Prasarana, Peralatan IGD RS. Sarana prasarana merupakan bagian dari ruangan yang akan membantu mendukung setiap kegiatan yang ada, sehingga tercipta pelayanan yang IGD yang berkualitas.

Terdapat kriteria struktur sarana prasarana IGD, yaitu peralatan kesehatan dan logistic, adanya standar sarana dan prasarana, adanya mekanisme permintaan penggunaan dan pemeliharaan alat, ada perencanaan peralatan yang melibatkan tenaga perawat, ada area dekontaminasi pada IGD level IV, terdapat penyimpanan logistik, ada tenaga yang bertanggungjawab dalam pemeliharaan, terdapat SOP penggunaan dan pemeliharaan alat, ada sistem isolasi untuk pasien menular. Perencanaan ketenagaan perawat meliputi peran dan fungsi, serta kualifikasi. Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa peran dan fungsi perawat di IGD sudah diupayakan berdasarkan tugas dan tanggung jawab msing-masing. Sumber daya manusia

merupakan komponen penting di RS, perencanaan tenaga perawat merupakan fungsi organik dari suatu manajemen yang merupakan titik dasar dalam pencapaian tujuan organisasi (Julia, Rambe, & Wahyuni, 2014).

**Standar II : Pengorganisasian pelayanan keperawatn gawat darurat.**

Pengorganisasian IGD harus mampu memberikan pelayanan 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu didasarkan pada organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan pasien gawat darurat. Standar organisasi yang harus ada adalah : ada kebijakan RS mengenai pembentukan organisasi, uraian tugas tanggung jawab, pendelegasian kewenangan tindakan medik, tatalaksana pelayanan, monitoring evaluasi, kebijakan mengenai sistem rujukan pasien gawat darurat.

**Standar III : pelaksanaan pelayanan gawat darurat.**

Pelaksanaan pelayanan gawat darurat bertujuan untuk penyelamatan nyawa dan mencegah kecacatan dengan menggunakan proses keperawatan yang ada. Adapun standarnya adalah : terdapat standar asuhan keperawatan dan SOP 10 kasus kegawatan, terdapat standar suhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, intervensi, dan evaluasi keperawatan. Terdapat SOP manajerial yang berisikan alur pelayanan gawat darurat sehari-hari baik internal maupun eksternal, serta melaksanakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

**Standar IV : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat**

Suatu kegiatan praktik yang dilakukan oleh perawat klinis yang berkompeten. Standar IV berisi : terdapat format pengkajian, petunjuk teknis penggunaan formulir pengkajian, ada sistem *triage*, terdapat alat bantu pengkajian seperti jam, stetoskop, thermometer, tensimeter, *pen light*.

**Standar V : Pembinaan Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat.**

Pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat meliputi pembinaan terhadap manajemen keperawatan, penerapan asuhan keperawatan, peningkatan pengetahuan serta keterampilan gawat darurat di RS. Adapun standarnya adalah sebagai berikut : terdapat pembinaan pelayanan keperawatan gawat darurat, terdapat mekanisme bimbingan teknis pelayanan, terdapat peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat melalui *upgrade skill*, pelatihan, dan melanjutkan pendidikan. Terdapat penghargaan dan sanksi bagi pelanggaran yang dilakukan seluruh komponen sumber daya manusia di IGD.

### **Standar VI : Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat.**

Pengendalian mutu sebaiknya dilakukan secara berkesinambungan yang mampu menjamin keselamatan, menurunkan angka kematian, kecacatan demi terwujudnya kepuasan pasien. Indikator mutu : terdapat kebijakan program keselamatan pasien, terdapat program pengendalian mutu keperawatan, indikator waktu tanggap < 5 menit, indikator kematian pasien < 24 jam, indikator kepuasan pelanggan.

Pemantauan mutu pelayanan dimaksudkan untuk dilakukan penilaian terhadap serangkaian standar yang disepakati dengan menggunakan serangkaian indikator untuk mengukur perbaikan kualitas layanan yang belum dan telah ditetapkan (Elihuruma, 2012).

Pendapat lain mengenai standar pelayanan gawat darurat di RS Menurut Scotia (2010) terdiri dari : (1) Akses. Standar akses akan memastikan bahwa masyarakat bisa mendapatkan perawatan darurat. (2) *Triage*. Standar *triage* akan memastikan bahwa pasien dinilai menggunakan kriteria yang sama. Standar ini berlaku untuk semua petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk ruang *triage*. (3) Transfer pasien. Standar transfer akan memberikan protokol yang sesuai untuk mentransfer pasien ke fasilitas lain ketika jenis perawatan darurat lebih kompleks dari jenis perawatan biasanya di fasilitas itu. (4) Kualifikasi pasien. Standar kualifikasi staf untuk memastikan kualitas pelayanan pengiriman oleh semua profesional yang bekerja di IGD. Standar kualifikasi tergantung pada dimana pelayanan kesehatan profesional bekerja. Di RS dibentuk tim untuk menangani kasus-kasus darurat yang lebih kompleks, standar akan mencerminkan tingkat perawatan. Standar tenaga adalah adanya dokter, perawat, dan *paramedic* yang telah mendapatkan registrasi. (5) *Site performance*. Penyedia pelayanan kesehatan di kabupaten memberikan akses tak terbatas ke perawatan darurat dengan menyediakan penanganan tepat waktu, penilaian ulang jika perlu, dan manajemen darurat medis dan kondisi bedah untuk mempromosikan alur pasien yang efisien melalui IGD. (6) Otoritas distrik kinerja kesehatan. Masing-masing dari otoritas kesehatan kabupaten harus memenuhi persyaratan kapasitas lonjakan, bencana atau korban massal peristiwa, kualitas dan keamanan, teknologi informasi pemantauan kinerja, dan protokol keselamatan pasien seperti akhir-of-pergeseran tanggung jawab perawatan dan pengobatan penyimpanan. (7) Review kualitas praktik klinik personal. Ulasan kinerja akan membantu memastikan konsistensi

perawatan dan memastikan bahwa para profesional perawatan kesehatan darurat terlatih siap dalam perawatan darurat. Standar mencakup persyaratan untuk review kinerja setiap dua tahun untuk dokter dan semua staf lain memperlakukan pasien di bagian gawat darurat. (8) Kepuasan pasien. Standar untuk kepuasan pasien akan memberikan bimbingan untuk perbaikan terus-menerus dalam perawatan darurat. Ukuran kepuasan mencakup keterampilan komunikasi departemen darurat staf, informasi dan penjelasan menunggu kali, dan pengurangan waktu tunggu. (9) Peralatan. Standar untuk peralatan gawat darurat akan memastikan bahwa setiap fasilitas akan dapat merespon dengan tepat untuk keadaan darurat yang datang melalui pintunya.

Level RS merupakan bagian dari pelayanan yang dilakukan kepada pasien. level RS di jabarkan menurut tipe terdiri dari empat level yaitu: **Level I.** Merupakan pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecacataan, kesakitan pasien sebelum dirujuk.

**Level II.** Pelayanan gawat darurat 24 jam yang memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan.

**Level III.** Pelayanan gawat darurat 24 jam yang memeberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan, serta pelayanan keperawatan gwat darurat spesialisik (4 besar spesialis seperti anak, kebidanan, bedah, dan penyakit dalam).

**Level IV.** Pelayanan gawat gadurat 24 jam yang memeberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat, menetapkan diagnosis dan upaya penyelamatan jiwa, mengurangi kecatatan dan kesakitan pasien sebelum dirujuk, menetapkan diagnosis dan upaya penanggulangan kasus-kasus kegawatdauratan, serta pelayanan keperawatan gwat darurat spesialisik (4 besar spesialis seperti anak, kebidanan, bedah, dan penyakit dalam), ditambah dengan pelayanan

keperawatan darurat sub spesialisik (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Bangunan IGD RS merupakan bagian dari pelayanan kepada pasien. Menurut Puspongoro & Sujudi (2016) luas atau besar kecilnya suatu IGD sangat tergantung pada jumlah pasien yang dilayani dalam 24 jam. Data statistik menunjukkan bahwa dari jumlah pasien yang dilayani, 10%-20% merupakan pasien-pasien dengan kategori *true emergency*. Dengan demikian ada dua tipe IGD: (a) Tipe I. Bila jumlah pasien yang dilayani dalam 24 jam sekitar 30 orang maka jumlah *true emergency*-nya hanya tiga pasien, yang berarti satu pasien setiap 8 (delapan) jam. Tetapi, IGD ini juga harus mampu menanggulangi dua pasien *true emergency* secara simultan. IGD ini tidak perlu adanya ruang khusus untuk resusitasi, tetapi mempunyai dua *crash cart* yang berisi semua sarana untuk resusitasi dan *crash cart* untuk bedah, kebidanan, jantung, dll. Setelah *triage*, pasien masuk ke ruang (kamar) mana saja dan dokter, perawat, dan *crash cart* yang menghampiri pasien. (b) Tipe II bila jumlah pasien yang dilayani sekitar 100 orang dalam 24 jam, maka pasien *true emergency* berjumlah 10-20 pasien dalam 24 jam. Berarti setiap saat dapat ada sampai lima pasien *true emergency* untuk resusitasi dan stabilisasi secara simultan. Setelah *triage*, pasien ke ruang resusitasi, yang mampu melakukan resusitasi dan stabilisasi minimum pada sekitar lima sampai *true emergency* secara simultan. Tempat resusitasi dan stabilisasi ini disebut *Resuscitation Bay* (tempat resusitasi) yang berisi semua saran resusitasi dan stabilisasi.

Menurut Puspongoro & Sujudi (2016) banyak IGD di RS besar atau pemerintah yang penuh sesak dengan pasien, sehingga kualitas pelayanan dapat menurun. Hal ini disebabkan karena sebagian besar RS masih menggunakan *triage* yang diajarkan ATLS & ACLS, yaitu dibagi menjadi *true emergency* (pasien yang benar-benar gawat) dan *false emergency* (pasien tidak memiliki masalah emergensi), padahal 80%-90% kasus *false emergency* dapat diselesaikan dalam 1-2 jam. Di Negara maju, masalah ini dapat kita atasi apabila *triage* disesuaikan dengan kebutuhan Negara tropis dan Negara berkembang. Pada kasus kegawatdaruratan, maka perawat harus mampu mengatur alur pasien dengan baik, terutama pada jumlah ruang yang terbatas, memprioritaskan pasien terutama untuk menekan jumlah morbiditas dan mortalitas, yang terakhir adalah pelabelan atau

pengkategorian dengan metode warna seperti berikut. (a) *Emergency* (Merah/ P1). Penderita harus mendapatkan penanganan segera karena dapat mengancam jiwa, misalnya kasus trauma berat, akut miokard infark, sumbatan jalan nafas, tension pneumotorak, luka bakar disertai trauma inhalasi. (b) *Urgen* (Kuning / P2). Penderita tidak gawat tapi darurat atau tidak darurat tetapi gawat, misalnya pada kasus cedera vertebra, fraktur terbuka, trauma capitis tertutup, appendicitis akut. (c) *Non Urgent* (Hijau / P3 ). Penderita tidak mengancam nyawa dan tidak perlu mendapatkan penanganan dengan segera misalnya luka lecet, luka memar, demam.

Ruang resusitasi harus mempunyai persyaratan ruangan seperti (a) Letaknya harus berdekatan dengan ruang triage. (b) Cukup luas untuk menampung beberapa penderita (c) Keadaan ruangan harus menjamin ketenangan. Alat-alat atau obat yang perlu untuk resusitasi *Nasopharyngeal Tube, Oropharyngeal Tube, Laryngoscope set* anak dan dewasa, *Nasotrakheal tube, Orotracheal tube, Suction-manual/otomatik, Tracheostomy set, Bag. Valve mask (dewasa/anak), Gluko stick, Stetoskop, Termometer, Kanal oksigen, Oksigen mask (anak/dewasa), Chest tube, Trhaceostomy set, Ventilator transport, Vital sign monitor, Infus pump + syringe pump, EKG + Defibrilator, Vena section, Nebulizer* (Pusponegoro & Sujudi, 2016).

Kesimpulan : RSSA Malang termasuk RS level IV dengan bangunan RS Tipe II, karena di RS tersebut sudah memenuhi kualifikasi tenaga medis, pelatihan tenaga medis. Jumlah pasien rata-rata per hari adalah minimal 60-100 orang dengan berbagai keluhan dan penyakit. Sudah terdapat pemilihan pasien berdasarkan P1, P2, P3 dan terdapat sistem transfer setelah dari ruang *traige* ke ruang *critical care*.

Masyarakat Indonesia memiliki kecenderungan memilih RS pemerintah sebagai pemberi layanan kesehatan pertama. Hal ini disebabkan karena peralatan yang lengkap dan biaya yang terjangkau. Mewujudkan RS pemerintah yang mampu memberikan kepuasan layanan kesehatan, maka diperlukan kualitas manajemen yang baik, termasuk di dalamnya adalah kebijakan RS terkait sumber daya manusia, pedoman pelaksanaan layanan dan kelengkapan sarana parasarana. Peningkatan kualitas pelayanan keperawatan merupakan pendekatan yang dilakukan oleh manajemen RS yang didorong oleh penelitian karena banyak kejadian kesalahan

medis yang sangat meluas dan kurangnya konsistensi dalam standar perawatan pasien (Jennings, AnnBaily, Bottrell, & Lynn, 2007). Dalam beberapa dekade terakhir, peningkatan kualitas (QI) telah menjadi isu penting dalam rangkaian layanan kesehatan. Masalah seperti populasi yang menua, ketegangan finansial, dan keamanan pasien telah muncul, dan QI telah dipandang sebagai strategi untuk mengelola hal ini (Andersson, 2013).

## 2.2 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pasien Sindrom Koroner Akut

SKA merupakan situasi darurat yang ditandai dengan awitan akut iskemia miokard yang terjadi akibat kematian otot jantung, misalnya infark miokard (Brunner & Sudarth, 2013). Hal ini sejalan dengan pengertian menurut Barrabes *et al.* (2015) yang menyatakan bahwa SKA adalah komplikasi utama penyakit jantung iskemik dan memiliki dampak kesehatan yang cukup besar. SKA telah berkembang sebagai istilah operasional yang mengacu untuk kondisi iskemia miokard akut dan atau infark yang biasanya disebabkan oleh penurunan mendadak dalam aliran darah koroner. Kunci titik cabang adalah segmen ST elevasi (ST Elevasi) atau *Left Bundle Branch Block* (LBBB) di elektrokardiogram (EKG), yang merupakan indikasi untuk angiografi koroner segera untuk menentukan apakah terdapat indikasi untuk terapi reperfusi untuk membuka arteri koroner yang kemungkinan tersumbat (Amsterdam *et al.*, 2014).

Klasifikasi SKA menurut PERKI (2015) berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), dan pemeriksaan marka jantung dibagi menjadi: (a) Infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI), (b) Infark miokard dengan non elevasi segmen ST (NSTEMI), (c) Angina Pektoris tidak stabil (UAP: *Unstable Angina Pectoris*), yaitu Infark miokard dengan STEMI merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. UAP memerlukan tindakan revaskularisasi untuk mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya; secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis dilakukan intervensi koroner perkutan primer.

Penegakan diagnosa medis didapatkan dari pemeriksaan fisik yang ada yaitu nyeri dada, hasil troponin meningkat, EKG menunjukkan ST-Elevasi (Chew *et al.*, 2016). Menurut PERKI (2015) sebelum terdapat hasil EKG, maka pengobatan

medis, penatalaksanaan pasien dengan angina disertai iskemik adalah pemberian MONA dapat diberikan secara bersamaan, atau bertahap.

Asuhan keperawatan gawat darurat adalah suatu kegiatan tindakan praktik keperawatan kegawatdaruratan yang diberikan oleh perawat IGD yang memiliki kompetensi. Proses asuhan keperawatan terdiri dari 5 langkah yaitu : pengkajian, diagnosa, rencana tindakan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011) .

Pengkajian Keperawatan. Pengkajian keperawatan adalah suatu proses pengumpulan data yang didapatkan dari sumber primer maupun sekunder secara terfokus, sistematis, akurat, dan berkesinambungan, berfungsi sebagai alat untuk menetapkan masalah kegawatdaruratan. Standar pengkajian keperawatan yang terdapat di ruang IGD meliputi : format pengkajian baku, ada petunjuk teknis pengisian formulir pengkajian, ada sistem *triage*, ada alat untuk pengkajian seperti jam dengan detik, stetoskop, termometer, tensimeter, lampu senter, defibrillator, *pulse oxymetry*, dan EKG. Pengkajian di IGD dapat menggunakan *Initial Assesment* yaitu data fokus yang didapatkan pada pasien < 5 menit meliputi AVPU yaitu A (*alert*), V (*Verbal*), P (*Painfull*), U (*Unresponsive*), *retriage*, melakukan pemeriksaan penunjang, dan pendokumentasian dengan format pengkajian yang ada. Pengkajian fokus lain dapat menggunakan *Primary Survey* dan *Secondary Survey*. *Primary survey* A : *Airway*, patenkan jalan nafas ; B : *Breathing* dan ventilasi, atur pola nafas, C : *Circulation* dengan control peredaran, cek nadi, RR ; D : *Disability* : GCS, obat-obata, alergi ; E : *Eksposure* : pemasangan EKG, pantau cairan. *Secondary survey*. Pengkajian dari ujung rambut sampai ke ujung kaki, melakukan pengkajian berdasarkan keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, dan keluarga. Penilaian awal didasarkan pada ciri khas yang berasal dari manifestasi klinis, gambaran EKG, dan troponin jantung. Proporsi dari diagnosa akhir yang berasal dari integrasi parameter ini divisualisasikan dengan ukuran masing-masing kotak. Troponin jantung harus ditafsirkan sebagai penanda kuantitatif: semakin tinggi tingkatnya, semakin tinggi kemungkinan adanya infark miokard. Pada pasien yang mengalami serangan jantung atau ketidakstabilan hemodinamik yang diduga berasal dari kardiovaskular, ekokardiografi harus dilakukan / ditafsirkan oleh dokter terlatih segera setelah EKG 12-lead. (Roffi *et al.*, 2015).

Diagnosa Keperawatan. Diagnosa keperawatan gawat darurat adalah keputusan klinis perawat terhadap respon pasien baik aktual maupun resiko. Terdapat 10 diagnosa keperawatan gawat darurat yang sering muncul yaitu : gangguan jalan nafas. bersihan jalan nafas tidak efektif. gangguan pertukaran gas, penurunan curah jantung, gangguan perfusi jaringan perifer, gangguan rasa nyaman, gangguan volume cairan tubuh (kelebihan volume cairan dan atau kekurangan volume cairan), gangguan perfusi serebral, gangguan termoregulasi . rencana tindakan.

Perencanaan tindakan atau intervensi keperawatan adalah serangkaian langkah untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang sudah ditetapkan sebelumnya baik secara mandiri maupun kolaboratif. Perencanaan keperawatan. terdiri dari tujuan dengan kriteria SMART yaitu *Spesifik* yaitu : tiap kriteria berisi tujuan yang spesifik; *Measurable* yaitu dapat diukur, misalnya nyeri pasien 3 berarti skala nyeri ringan dengan rentang 0-10; *Attainable*, *Realistic* atau masuk akal, yaitu membuat kriteria yang sesuai dengan data subjektif maupun objektif pasien; *Timely* yaitu waktu yang ditetapkan, misal setelah dilakukan kolaborasi pemberian oksigen selama 1x24 jam, pasien SKA mampu berkurang sesaknya. Indikator lain yang harus ada dalam perencanaan adalah menentukan kriteria hasil, dan rencana tindakan dari tiap-tiap diagnose keperawatan serta mendokumentasikannya.

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan atau implementasi keperawatan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan peencanaan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Komponen yang harus ada dalam tindakan keperawatan adalah : terdapat rencana prioritas, ada standar asuhan keperawatan di RS baik sehari-hari maupun ketika ada bencana, terdapat SOP klinis, tersedia format tindakan keperawatan, terdapat *informed consent* baku, terdapat kebijakan RS tentang pendelegasian tindakan medis. Melakukan tindakan keperawatan harus mengacu pada ketetapan SOP yang sudah ditentukan oleh IGD berdasarkan tingkat kegawatan dan prioritas, contoh kasus SKA dengan diagnosa keperawatan Jalan nafas tidak efektif, maka tindakan mandiri yang dapat dilakukan adalah monitor pernafasan meliputi kecepatan, irama, pengembangan dinding dada, penggunaan otot tambahan, bunyi nafas, ratio saat inspirasi maupun ekspirasi ; melakukan

pemasangan *pulse oksimetri* ; observasi sputum, jumlah, warna, kekentalan ; lakukan *jaw thrust* khusus pasien cedera servikal, atau bisa menggunakan metode *chin lift* dan *head lift* ; posisikan pasien *semi fowler* agar dapat mengurangi beban paru ; pemasangan *Oro Pharyngeal Airway* (OPA), *Nasopharyngeal Airway* (NPA), *Laryngeal Mask Airway* (LMA), jika diperlukan. Sedangkan tindakan kolaboratif yang dapat dilakukan adalah pemberian obat-obatan dan pemasangan *Endo Tracheal Tube* (ETT). Melakukan monitoring respon pasien terhadap tindakan keperawatan, mengutamakan prinsip keselamatan dan *privacy*, menerapkan *standar precaution*, dan mendokumentasikan tindakan keperawatan.

Evaluasi Keperawatan adalah penilaian perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Evaluasi merupakan gambaran tingkat keberhasilan suatu tindakan gawat darurat yang dilakukan perawat meliputi evaluasi respon pasien terhadap setiap tindakan yang diberikan, melakukan evaluasi dengan cara membandingkan hasil tindakan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan, mendokumentasikan respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi keperawatan gawat darurat di RS dapat menggunakan format SOAP yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Planning).

Pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA dapat dilakukan dengan sistem *Person-Centered Care* (PCC) atau biasa disebut perawatan berpusat pada pasien. Perawatan berpusat pada pasien mengacu pada jenis perawatan dimana penyedia pelayanan berfokus pada kebutuhan dan sumber daya pasien yang dapat didefinisikan sebagai penciptaan bersama perawatan dengan pasien, keluarga, tim kesehatan professional lainnya. Definisi ini mulai digunakan secara luas oleh banyak organisasi internasional. Coulter *et al.*, (2015) mendefinisikan PCC sebagai berikut : pertama, pasien dan petugas kesehatan mendiskusikan masalah yang disebabkan oleh atau terkait kondisi pasien dengan mempertimbangkan uji klinis dan perawatan. Kedua, pasien dan petugas kesehatan terlibat dalam proses pengambilan keputusan bersama dengan menetapkan tujuan dan perencanaan tindakan yang berfokus pada prioritas, kesepakatan mengenai tujuan realistis, pemecahan masalah tertentu, dan identifikasi sumber dukungan yang relevan. Ketiga, rencana yang disepakati dilakukan pendokumentasian oleh petugas kesehatan dan ditindaklanjuti. Penelitian yang dilakukan oleh Pirhonen, Hansson, Fors, & Bolin (2016) mengenai efek person-

centered care oleh petugas kesehatan pada pasien SKA didapatkan hasil bahwa pasien yang dilakukan intervensi mengalami perubahan yang signifikan secara umum pada self-efficacy setelah 6 bulan mulai perawatan.

Rumah Sakit di Indonesia belum sepenuhnya menerapkan PCC, hanya sebagian kecil yang dilaksanakan seperti pengambilan keputusan pasien dalam penentuan tujuan dan perencanaan tindakan, termasuk dalam pengobatan. Banyak kendala yang menyebabkan PCC tidak dapat dilaksanakan. Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Riskiyah, Hariyanti, & Juhariah (2017) menunjukkan bahwa belum semua penerapan aspek PCC dirasakan pasien, komunikasi dan keramahan petugas menjadi satu aspek yang dapat menjadi sumber pengalaman menyenangkan dan tidak menyenangkan. Meskipun PCC belum sepenuhnya diterapkan di Indonesia, asuhan keperawatan pada pasien SKA harus tetap dijalankan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Tindakan mandiri maupun kolaboratif sangat diperlukan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan tidak terlepas dari adanya tindakan kolaboratif. Tindakan kolaboratif dapat berupa pemberian obat, pemasangan infus, oksigen, NGT, dll. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam kolaborasi ini, akan tetapi dalam prosesnya masih banyak keterbatasan dan kendala yang dirasakan. Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya informasi dan komunikasi yang ada. Sejumlah penelitian melaporkan bahwa kesalahan medis selama pemberian obat yang dapat memberikan kenaikan efek buruk pada tubuh pasien, merupakan faktor kesalahan terutama disebabkan oleh kerjasama tim yang tidak memadai, komunikasi buruk, dan interpersonal interaksi yang lemah (Liao *et al.*, 2015).

Tindakan mandiri yang dapat dilakukan dalam proses asuhan keperawatan dapat berupa anamnesis dan penegakan diagnosa keperawatan secara dini agar dapat mengurangi gejala yang ada pada SKA. Ainiyah (2016) mengatakan bahwa pengidentifikasian secara dini dapat dilakukan dengan mengenali tanda-tanda kegawatan seperti keluhan nyeri dada yang menyebabkan pasien mencari pertolongan ke IGD. pelayanan keperawatan memegang penting dalam penanganan

SKA, perawat dituntut untuk siap mental, mempunyai skill khusus seperti *training* ACLS, intepretasi EKG, dan management pasien SKA merupakan praktik terbaik yang dapat diaplikasikan saat menghadapi pasien SKA (Kingsbury, 2013).



## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi merupakan bagian dari metode penelitian yang berisi desain, landasan teori, lokasi penelitian, partisipan, instrumen penelitian, prosedur dan strategi, serta proses pengumpulan data, alat pengumpulan data, analisis data, keabsahan penelitian, etika penelitian, dan alur penelitian.

#### 3.1. Desain Penelitian

Desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Stubert & Carpenter (2011) mengatakan bahwa fungsi pendekatan ini adalah untuk melakukan analisis, eksplorasi langsung, dan deskripsi pada fenomena tertentu. Fenomenologi deskriptif menstimulasi persepsi perawat mengenai pengalaman hidup sambil menekankan kekayaan, keluasan, dan kedalaman pengalaman. Terdapat tiga tahap dalam fenomenologi deskriptif yaitu *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*.

Langkah pertama adalah *Intuiting*, yaitu mengharuskan peneliti untuk benar-benar tenggelam dalam fenomena yang sedang diselidiki dan merupakan langkah dalam proses di mana peneliti mulai mengetahui tentang fenomena tersebut. Peneliti menjadi alat untuk mengumpulkan data dan mendengarkan persepsi. Langkah kedua *analyzing*, yaitu melibatkan identifikasi esensi fenomena di bawah berdasarkan investigasi yang diperoleh dan bagaimana ditampilkan. Peneliti membedakan fenomena berdasarkan dengan menganggap suatu elemen. Langkah ketiga yaitu *describing*, tujuan utama deskripsi adalah mengkomunikasikan dan membawa penulis untuk mendeskripsikan verbal yang berbeda.

#### 3.2. Partisipan Penelitian

Perawat yang berkerja di IGD RSSA Malang berjumlah delapan orang perawat. Pada partisipan ke-8, penelitian sudah masuk ke tahap saturasi data, sehingga penelitian dihentikan. Teknik *purposive sampling* diambil berdasarkan kriteria tertentu (Streubert & Carpenter, 2011) : (1) Perawat yang saat ini masih aktif melakukan tindakan pelayanan pasien SKA dengan pengalaman di IGD 1 tahun (2)

mempunyai sertifikat kegawatdauratan minimal BTCLS, (3) perawat bersedia menjadi responden.

Proses pemilihan partisipan dibantu oleh perawat IGD sebagai fasilitator, dengan alasan peneliti belum mengenal dan membina hubungan saling percaya dengan partisipan sebelumnya. Sampel diambil berdasarkan prinsip tercapainya saturasi data, yaitu tidak ada informan baru lagi yang didapatkan (Polit & Beck, 2010). Peneliti membatasi jumlah partisipan karena penelitian tidak bermaksud untuk menggeneralisasi hasil penelitian.

Pertemuan dengan partisipan diawali dengan perkenalan. Peneliti tidak mengenal partisipan sebelumnya. Pertemuan dengan partisipan dilakukan sebanyak dua kali dengan tatap muka langsung ke partisipan, untuk membina hubungan saling percaya. Tempat dan waktu wawancara ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Setelah setuju dengan proses penelitian, maka partisipan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

### **3.3. Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **3.3.1. Lokasi Penelitian**

Pemilihan lokasi dilakukan di Malang dengan pertimbangan karena RSSA merupakan RS tipe A pendidikan yang diharapkan dapat memberikan pelayanan dan perawatan gawat darurat yang sesuai standar, serta merupakan RS rujukan kasus SKA di wilayah Malang raya.

#### **3.3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Tipe A Saiful Anwar Malang (RSSA) selama 3 bulan, mulai bulan Oktober sampai dengan Desember 2017.

### **3.4. Instrumen Penelitian**

#### **3.4.1 Instumen Utama**

Instumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Sebagai instrumen utama, peneliti memiliki keabsahan yaitu merupakan seorang dosen keperawatan di

perguruan tinggi swasta di Bengkulu yang sedang menempuh pendidikan S2 Keperawatan di FK Universitas Brawijaya. memiliki pengalaman praktek klinik selama profesi ners di IGD pada tahun 2009 selama satu bulan, memiliki pengalaman membimbing mahasiswa praktik klinik di IGD selama 6 tahun, dan memiliki pengalaman sebagai perawat klinik selama 1 tahun. Sebagai seorang instrument utama penelitian, peneliti harus mendekati diri dengan partisipan dan tempat penelitian sebagai upaya agar partisipan dapat berbagi pengalamannya (Latimer, 2003).

### 3.4.2 Instrumen Penunjang

Instrumen penunjang adalah alat lain selain instrument utama yang digunakan untuk mendukung penelitian. Instrumen penunjang yang dibutuhkan oleh peneliti seperti alat perekam suara (MP3) seperti *smart phone* versi android 4.2.2, model GT-1960, memori 4 GB, panduan wawancara, dan *field note*. Alat perekam suara dilakukan uji coba sebelumnya untuk mengetahui kemampuan hasil rekaman.

## 3.5 Prosedur Pengumpulan Data

### 3.5.1 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, teknik wawancara semi terstruktur. Pedoman wawancara yang dibuat oleh peneliti mengacu pada tujuan khusus penelitian yang terdiri dari 4 pertanyaan terbuka yang berkaitan dengan pengalaman perawat dalam pemberian layanan keperawatan pasien SKA di IGD. Menurut Meoleong (2016) jumlah minimal pertanyaan yang diajukan sebaiknya kurang dari 12. Pertanyaan terbuka kepada partisipan dimaksudkan guna mengeksplorasi pengalaman hidup yang dialami oleh perawat IGD. Pengalihan informasi pengalaman dilakukan secara terbuka dan langsung berhadapan dengan partisipan.

### 3.5.2 Pengumpulan data

#### a. Tahap persiapan

Peneliti dapat melakukan penelitian setelah mendapatkan *Etical Clearance* pada FK UB, dan penelitian ini memperoleh izin dari Komisi Etik

Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Kota Malang dengan nomor: 216 / EC / KEPK / 06 /2017, setelah disetujui oleh komisi etik, peneliti mengajukan surat studi pendahuluan ke RSSA, selanjutnya dilakukan *Ethical Clearance* di RSSA dan mendapatkan persetujuan etik dengan nomor 400/139/K.3/302/2017. Setelah 1 bulan proses surat selesai, peneliti diperkenankan turun ke IGD oleh bagian diklit RS. Setelah mendapatkan persetujuan kepala ruang IGD, peneliti bertemu fasilitator untuk membantu mencari partisipan yang sesuai dengan kriteria. Peneliti melakukan pendekatan personal dengan berbicara topik seputar IGD dan SKA kepada fasilitator. Setelah menetapkan partisipan, pertemuan dilakukan sebanyak 2 kali agar terbina bina hubungan saling percaya, dan setelah menyatakan sanggup maka partisipan diperkenankan mengisi *informed consent*. Kemudian membuat kesepakatan waktu dan tempat untuk dilakukan wawancara.

Penentuan waktu dan tempat saat wawancara merupakan pertimbangan peneliti untuk memperoleh informasi yang akurat. Tempat wawancara dilakukan di dalam ruang IGD, baik diruang perawatan langsung, maupun tempat khusus yang tidak terlalu ramai seperti ruang kepala ruang perawat, ruang KIE (Konsultasi, Informasi, Edukasi), serta ruang sterilisasi BHP (Bahan Hbais Pakai). Wawancara berlangsung minimal 25 menit, dimana kegiatan ini tidak dilakukan lebih dari 60 menit, karena dikhawatirkan partisipan tidak mampu berkonsentrasi dan jenuh dengan proses wawancara yang dilakukan. Partisipan pertama didapatkan waktu 25 menit karena peneliti masih pada tahap uji coba wawancara dan untuk mengetahui kemampuan peneliti dalam menggali informasi pengalaman partisipan. Pada partisipan kedua sampai ke delapan, waktu yang didapatkan berkisar antara 45-60 menit, karena peneliti telah memahami kondisi dan situasi saat mengeksplorasi makna pengalaman hidup partisipan. Akan tetapi peneliti terkadang tidak fokus pada proses wawancara, karena partisipan dipanggil oleh tim kesehatan lainnya untuk dimintai tolong, mengangkat telpon, maupun berbicara dengan teman sejawat.

#### **b. Tahap pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan dimulai dengan melakukan wawancara mendalam untuk menggali pengalaman perawat dalam memberikan standar pelayanan SKA di ruang IGD. Menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan

terbuka. Bertujuan dalam memudahkan partisipan saat menceritakan pengalaman memberikan pelayanan SKA. Perekaman dilakukan menggunakan (MP3) *smart phone*, dan alat tulis. Sebelum wawancara dimulai, peneliti meminta izin terlebih dahulu dari partisipan untuk melakukan perekaman. Teknik wawancara menggunakan *semi-structured interview*. Saat mendapatkan jawaban yang kurang jelas dengan bahasa yang kurang dipahami dari partisipan, maka peneliti melakukan klarifikasi agar mendapatkan data yang akurat. Selama wawancara berlangsung, peneliti melakukan pencatatan data non verbal yang tidak dapat direkam oleh alat perekam suara (MP3), seperti ekspresi, bahasa tubuh dengan *field note* (Creswell, 2015; Polit & Beck, 2010).

Peneliti menggunakan kuesioner data demografi yang mencakup nama, jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, dan lama bekerja untuk membantu dalam pengumpulan data. Peneliti menggunakan pedoman wawancara yang berisi 4 pertanyaan terbuka (*open ended question*) dalam proses wawancara. Pertanyaan mencakup pengalaman perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD. sebelum memulai wawancara, peneliti selalu memperkenalkan diri kembali, mengingat kontrak waktu yang ada, dan menjelaskan tujuan penelitian, dan menanyakan “apakah ada yang ingin disampaikan sebelum kita memulai pertanyaan?”. Selanjutnya pada tahap wawancara, pertanyaan awal yang ditanyakan ke partisipan adalah “bagaimana perasaan perawat saat melakukan pelayanan pada pasien SKA di IGD?”, kemudian pertanyaan dilanjutkan untuk mendorong partisipan agar mendapat lebih bisa menceritakan pengalamannya dengan teknik *Probing*, seperti “maksud dari pernyataan tersebut...?”. Sehingga peneliti mampu larut dan mengetahui makna yang disampaikan oleh partisipan. Catatan lapangan juga digunakan selama proses wawancara berlangsung untuk mencatat peristiwa seperti perilaku partisipan dan lingkungan saat wawancara.

### c. Tahap terminasi

Pada tahap terminasi peneliti menyatakan pada partisipan bahwa proses wawancara telah berakhir dan peneliti mengucapkan terimakasih dan memberikan *reward* atas kesediannya menjadi partisipan. Sebelum wawancara diakhiri, peneliti menanyakan kepada partisipan “apakah masih ada hal yang ingin disampaikan oleh bapak/ibu?”. Setelah data terkumpul kemudian peneliti

membuat transkrip dan analisis data sesuai dengan analisis yang ditetapkan oleh peneliti.

### 3.6. Analisis Data

Analisis data pada penelitian kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif, karena peneliti berperan sebagai instrument utama untuk pengambilan data dan melakukan analisis (Afiyanti, 2014). Analisis data dimulai dengan menyiapkan dan mengorganisasikan data yaitu data teks seperti transkrip, atau data gambar untuk dianalisis, kemudian mereduksi data tersebut menjadi tema melalui proses pengkodean dan peringkasan kode, dan terakhir menyajikan data dalam bentuk bagan, tabel, atau pembahasan (Creswell, 2015).

Tahap analisis data pada penelitian ini menggunakan pendekatan Van Kaam dengan langkah sebagai berikut (Steiner, 2014; Streubert & Carpenter, 2011b)

1. *Listing and Preliminary Grouping*

Membuat daftar dan mengelompokan jawaban hasil transkrip partisipan. Transkrip pada penelitian ini mencakup data demografi partisipan, situasi saat wawancara, dan hal-hal yang disampaikan oleh partisipan terkait pengalamannya. Nama partisipan diberi kode "P1-P8" untuk partisipan satu sampai ke delapan. Sedangkan peneliti diberi kode "I" sebagai instrumen.

2. *Reduction and Elimination*

Membuat reduksi dan eliminasi dari transkrip, 2 persyaratan yang harus dipenuhi, yaitu :

- a. Terdapat ekspresi yang relevan dengan fenomena

Peneliti membuat rancangan analisa data untuk diuji apakah pernyataan tersebut sesuai dengan tema yang akan diangkat. Pernyataan partisipan direduksi dan dieliminasi dengan membuat kategori untuk disesuaikan dengan tujuan khusus yang ada.

Contoh :

**Pernyataan asli partisipan :**

“Kalo kendala Selama ini misalkan obat, ndak ada masalah. Kita minta lari-lari pun minta obat dikasih. Kendalanya Cuma satu, kalo kita minta alat obat, karena kita perlu stick cepet, kita tu minta, kadang kan ko.as di suruh minta, tu gak diganti, belajar minta gak diganti, mesti perawat atau dokter, padahal pasiennya segitu, banyak kadang 40, 60, yang di data hanya 6, gitu kan yang jaga dua atau tiga, jadi kalo kita dominan terus, memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja”.

**Pernyataan partisipan setelah di eliminasi :**

“memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja”. (P7).

Sehingga muncul Kategori : proporsi tidak seimbang

- b. Jawaban partisipan diberi label atau tanda menggunakan garis bawah

Peneliti membuat kode *italic* dan garis bawah untuk pertanyaan partisipan yang relevan. Kumpulan pernyataan partisipan yang digaris bawah merupakan kata kunci yang akan dibentuk dalam kategori.

“memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja” (P4).

3. *Clustering and Thematizing the Invariant Constituents (Thematic Potrayal)*

Mengelompokan dan membuat gambaran sub tema berdasarkan kategori dari pernyataan partisipan sebelumnya.

Pengalaman partisipan yang berkaitan dimasukkan kedalam label-label tematik. *Constituent* (unsur pokok) yang dikelompokan dan diberi label ini adalah tema inti dari pengalaman. Jadi tema-tema yang ada *thematic portrayal* adalah benang merah dari jawaban-jawaban semua partisipan.

Menentukan sub tema :

Tabel 3.1 Penentuan Sub Tema

Kata kunci	Kategori	Sub Tema
<i>tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, (P4)</i>	proporsi tidak seimbang	kebutuhan tenaga dan kualifikasi perawat kurang memenuhi standar
<i>kemarin perhitungan dari ee tim remunerasi dan tim dari akreditasi, pegawai di RS itu kelebihan 200, padahal kita lagi kekurangan, kelebihannya itu di bagian apa, kita ndak tau (P7)</i>		

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa, sub tema terbentuk dari kategori-kategori yang telah ditentukan, yang sebelumnya kategori terbentuk dari kata kunci (transkrip) partisipan.

#### 4. *Final identification of the Invariant Constituents and Themes by Application Validation*

Membuat validasi dan mengidentifikasi kembali sub tema yang telah ditentukan, dan diakhiri dengan penentuan tema.

- a. Apakah disampaikan secara eksplisit dalam transkrip utuh?
- b. Apakah sudah cocok dengan konteks transkrip?
- c. Apabila tidak dinyatakan secara eksplisit dan tidak cocok, maka tidak relevan terhadap pengalaman partisipan dan harus dihapuskan.

Tabel 3.2 Penentuan Tema

Kata kunci	kategori	Sub Tema	Tema
<i>tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, (P4)</i>	Proporsi tidak seimbang	kebutuhan tenaga dan kualifikasi perawat kurang memenuhi standar	perencanaan pelayanan perawatan kurang optimal
<i>... tapi aplikasinya sulit kalo disini, karena kita yang senior sama yang junior hampir gak dihargai, dalam kenyataan lapangan lho.(P4)</i>	penghargaan kinerja kurang	kebutuhan penghargaan	Kebutuhan Dasar perawat yang tidak terpenuhi

Tabel 3.2 menunjukkan pembentukan tema yang berasal dari sub tema, kategori, dan kata kunci

5. *Individual Textural Description*

Dengan menggunakan *invariant constituent* dan tema yang valid dari tahap sebelumnya, dapat disusun *individual textural* description dari pengalaman setiap responden penelitian. Termasuk didalamnya adalah ekspresi harfiah (kata per kata) dari catatan interview yang ada. Ekspresi harfiah dapat dilihat berdasarkan KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia).

Contoh :

*“tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali..” (P4)*

Relevan menurut KBBI memberikan arti kait-mengait; bersangkutan-paut; berguna secara langsung.

#### 6. Individual Structural Description

Memberikan gambaran struktural yaitu ungkapan partisipan secara utuh kemudian.

Hasil dari penyusunan individual *textural description* dan *imaginative variation* (mencari kemungkinan makna melalui pemanfaatan imajinasi, atau menggambarkan struktur penting dari sebuah fenomena) akan membangun individual structural description dari pengalaman setiap partisipan.

Contoh :

Pernyataan partisipan : “tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali.” (P4)

Gambaran makna oleh peneliti : Pernyataan di atas menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat dengan jumlah pasien yang masuk berdasarkan kebutuhan tempat tidur (BOR) kurang relevan, maksud dari relevan adalah kurang seimbang.

#### 7. Textural-Structural Description

Memberikan penjelasan secara naratif baik secara teks maupun struktur mengenai esensi dari suatu fenomena yang diteliti dan mendapatkan makna pengalaman partisipan melalui fenomena tersebut.

Proses pengabungan akhir dari kategori, sub tema, dan tema, dan disajikan dalam bentuk struktur bagan dan atau narasi.

### 3.7 Keabsahan Data (Hasil Temuan)

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan dari hasil penelitian yang dilakukan. Keabsahan data menurut (Polit & Beck, 2010) terdiri dari *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*.

#### 3.7.1 Credibility

Kredibilitas adalah uji kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa pengalaman yang telah dideskripsikan peneliti merupakan pengalaman hidup partisipan. Kredibilitas

dilakukan melalui klarifikasi data di setiap akhir wawancara, dengan menanyakan kalimat atau kata-kata yang disampaikan partisipan yang kurang dipahami peneliti, dan memastikan bahwa data yang didapat telah benar dan sesuai dengan pengalaman yang dimaksudkan partisipan. Selain itu peneliti juga meminta pembimbing untuk mengevaluasi deskripsi yang telah dibuat oleh peneliti untuk meningkatkan kredibilitas hasil penelitian.

### **3.7.2 Dependability**

*Dependability* dalam penelitian merupakan suatu bentuk kestabilan data. Dalam proses penelitian ini, *dependability* dilakukan dengan cara melakukan pengecekan oleh pembimbing tesis yang disebut sebagai *external reviewer*, tujuannya adalah memeriksa temuan dan keseluruhan proses penelitian mulai dari pengumpulan data sampai analisis.

### **3.7.3 Confirmability**

*Confirmability* yaitu bersifat obyektif, yang diakui dan disepakati oleh ahli atau banyak orang dan dibuktikan dengan adanya keselarasan antara dua atau lebih orang yang independen tentang akurasi data. Peneliti mengumpulkan secara sistematis material dan hasil *verbatim*, maupun *field note*, kemudian meminta dosen pembimbing tesis sebagai *eksternal reviewer* melakukan analisis dan mengaudit hasil temuan hingga disimpulkan bahwa hasil penelitian obyektif.

### **3.7.4. Transferability**

*Transferability* merupakan suatu bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga memungkinkan menerapkan hasil penelitian pada situasi yang sama. Upaya untuk menjamin *transferability* agar dapat diterapkan dalam penelitian ini adalah dengan menggambarkan tema, sub tema, kategori yang telah teridentifikasi kepada hakim eksternal (dosen pembimbing dan penguji).

## **3.8. Etika Penelitian**

Etika penelitian dilakukan melalui prosedur administratif dengan mengajukan *Etical Clearance* kepada komisi etik Universitas Brawijaya Malang dan *Etical Clearance* RSSA Malang, apabila peneliti lulus dalam uji etik ini, maka peneliti berhak melanjutkan penelitian ke IGD RSSA Malang. Pertimbangan etik Polit & Beck

(2010) terdiri dari penerapan prinsip *Beneficiens*, *Respect for Human dignity*, *Justice*.

### **3.8.1. Beneficence**

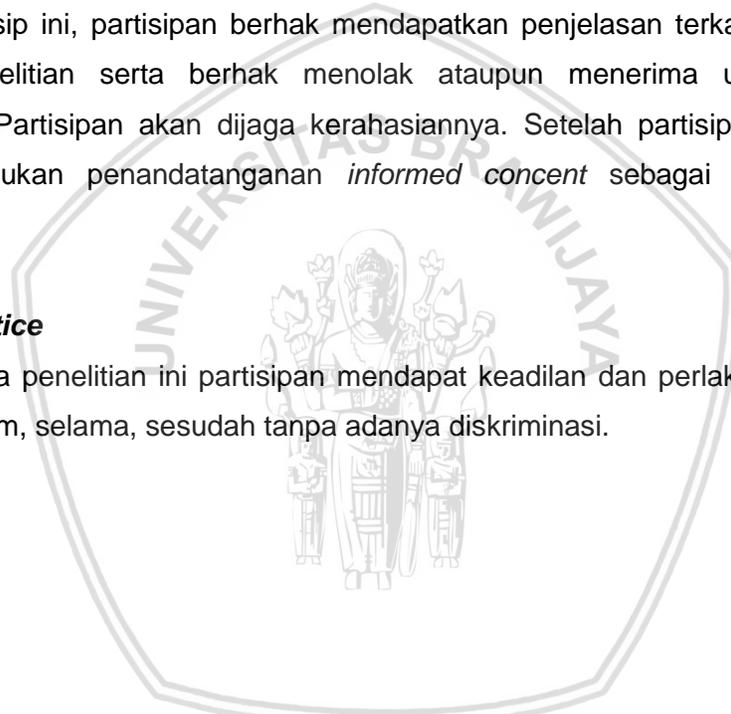
Prinsip *benefecience* dilakukan dengan jaminan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan bahaya fisik maupun psikologis serta membawa manfaat dan kebaikan bagi partisipan. Selama proses pengumpulan data peneliti berupaya untuk tidak mengajukan pertanyaan yang membuat partisipan tidak nyaman.

### **3.8.2. Respect for Human dignity**

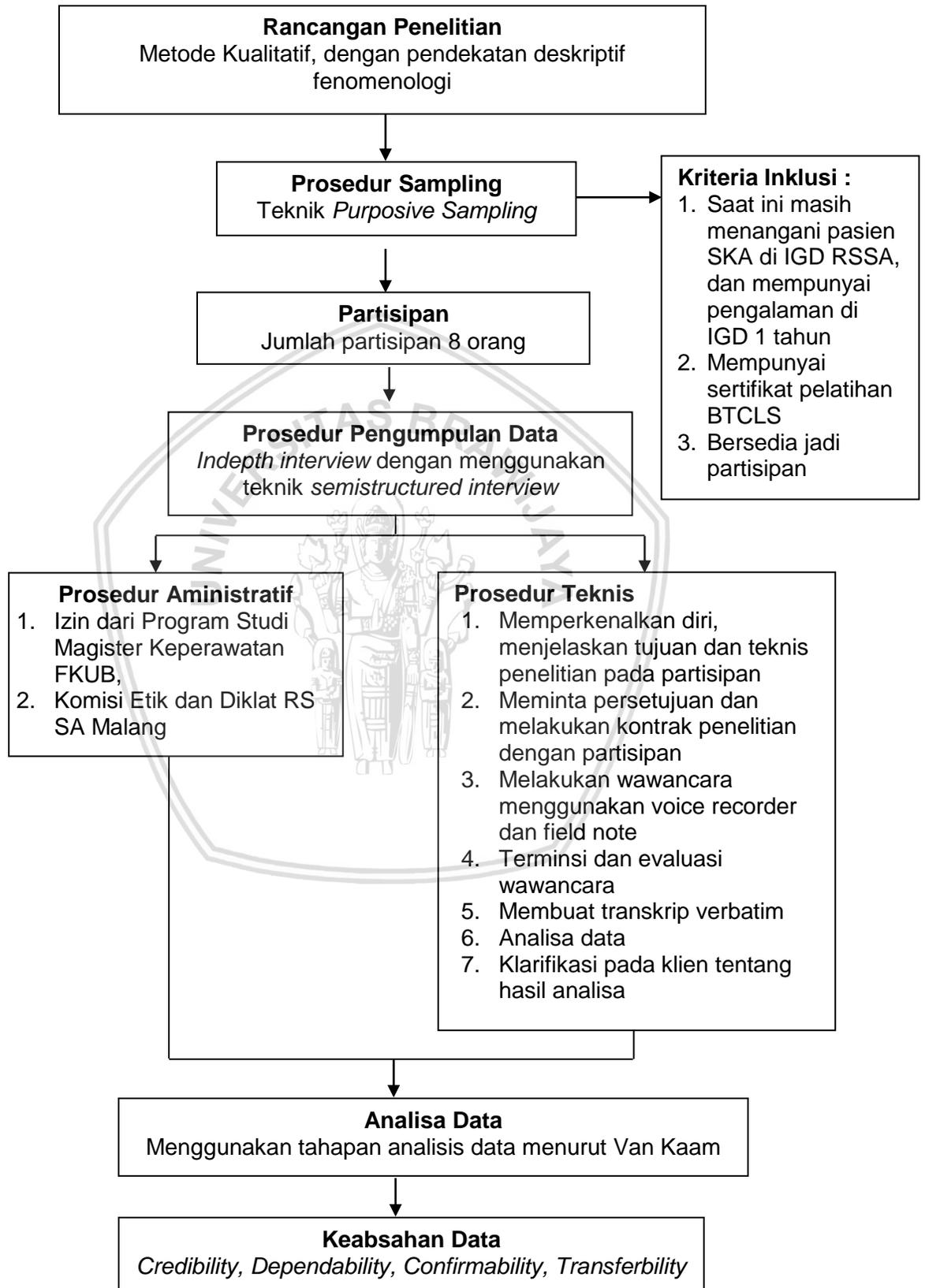
Merupakan prinsip menghargai harkat dan martabat dari seorang partisipan. Dalam prinsip ini, partisipan berhak mendapatkan penjelasan terkait prosedur dan tujuan penelitian serta berhak menolak ataupun menerima untuk mengikuti penelitian. Partisipan akan dijaga kerahasiannya. Setelah partisipan setuju maka boleh dilakukan penandatanganan *informed concent* sebagai bukti mengikuti penelitian.

### **3.8.3. Justice**

Pada penelitian ini partisipan mendapat keadilan dan perlakuan yang sama baik sebelum, selama, sesudah tanpa adanya diskriminasi.



### 3.9 Alur Penelitian



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Eksplorasi ungkapan pengalaman perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien sindrom koroner akut di ruang gawat darurat Rumah Sakit Saiful Anwar Malang dapat dilihat dalam bab ini. Terdapat pembahasan mengenai profil IGD RSSA Malang, karakteristik partisipan, dan tema-tema yang telah dikumpulkan melalui proses pengelompokan data.

Data yang dihasilkan merupakan hasil dari pernyataan yang telah diungkapkan oleh partisipan pada saat dilakukan wawancara, yang dikelompokkan menjadi kategori, kategori membentuk sub tema, dan tema penelitian. Tema yang telah didapatkan dari hasil analisis data dilakukan validasi terhadap transkripsi awal dan dilakukan validasi eksternal dengan dosen pembimbing, dosen penguji maupun dosen yang ahli dalam bidang kualitatif, jika sudah sesuai, maka tema tersebut dapat dijadikan sebagai jawaban atas pertanyaan penelitian. Hasil analisis fenomenologi deskriptif terhadap 8 partisipan didapatkan 7 tema. Gambaran tempat penelitian dan karakteristik partisipan akan dijelaskan sebelum pemaparan tema-tema. Peneliti menggunakan inisial "P" untuk menggantikan partisipan yang dijadikan partisipan dalam melakukan proses wawancara, misalnya P1 untuk partisipan 1, dan seterusnya sampai ke P8.

#### 4.1 Deskripsi Tempat Penelitian

Rumah Sakit Saiful Anwar (RSSA) Malang, merupakan RS pendidikan milik pemerintah tipe A satu-satunya terdapat di Kota Malang, telah menerima sertifikat lulus tingkat paripurna yang diberikan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012.

IGD RSSA memberikan pelayanan yang didukung oleh sumber daya manusia memiliki kompetensi penanganan pasien gawat darurat dan tersertifikasi dengan pelatihan BCLS, BTLS, PPGD, *Triage*, ECG, Resusitasi Trauma, dan pelatihan medis lainnya. IGD juga dilengkapi dengan alat-alat, antara lain: *Bed Side Monitor*, *EKG*, *Defibrilator*, *Infus Pump*, *Syringe Pump*, *WSD*, *Suction Pump*, *X-Ray*,

*CT Scan, Ventilator, Infrant Warmer, Incubator, dan Mobil Marlip.* IGD RSSA dibagi menjadi 3 ruangan sesuai dengan kegawatan pasien yakni ruang *Triage*, Ruang CC (*Critical Care*), ambulance, dan Ruang 06. Ruang *Triage* merupakan ruang penerimaan dan pemilihan pasien berdasarkan kegawatannya. Ruang CC terdiri dari ruang prioritas 1, ruang prioritas 2, dan ruang prioritas 3. Ruang 6 merupakan ruang rawat inap dan observasi (Profil IGD RSSA Malang, 2017).

IGD RSSA memiliki petugas kesehatan profesional seperti dokter umum, dokter spesialis, dokter sub spesialis, perawat klinik, dan perawat magister. IGD RSSA memiliki dokter spesialis EM (*Emergency Medicine*) yang bertugas selama 24 jam. Dokter EM ditempatkan di ruang *triage* dan ruang CC selama 24 jam, dokter EM juga berfungsi sebagai penentu kebijakan pengklasifikasian pasien P1, P2, ataupun P3 di ruang *traige*. Perawat IGD RSSA terdiri dari satu orang KPP (Kepala Pelayanan Perawat), 4 orang kepala ruangan, dan 8 kepala tim. Struktur Organisasi IGD secara keseluruhan dipimpin oleh Kepala Instalasi, di bawah kepala instalasi terdapat Kepala SMF yang berperan melakukan pengawasan terhadap dokter dan perawat.

Pengorganisasian keperawatan di IGD memiliki KPP yang berfungsi mengawasi keperawatan secara keseluruhan, di bawah KPP terdapat Kepala Ruang, di bawah Kepala Ruang terdapat kepala tim yang akan mengawasi Perawat Pelaksana (PP). Masing-masing shift pada sore dan malam terdapat kepala jaga yang menggantikan kepala ruangan. Pengorganisasian dokter, terdapat MOD (*Manager of Duty*) untuk pengawasan dokter, sedangkan perawat ada NIC (*Nursing in Charge*) yang berfungsi melakukan pengawasan secara umum terhadap perawat, dan berperan menggantikan KPP pada sore dan malam hari. Dalam pelaksanaan kerjanya, perawat dibantu oleh pekarya untuk penyediaan BHP dan alat rumah tangga IGD. Jumlah perawat di ruang CC sebanyak 42 orang dan ruang *triage* perawat sebanyak 14 orang dengan tingkat pendidikan mulai dari SPK sampai S1 Keperawatan, termasuk bidan di dalamnya. Perawat di ruang CC dan *triage* dibagi menjadi 4 level sesuai *grade* SKP (Sistem Kredit Poin), pendidikan, dan masa kerja. Level 1 adalah perawat baru yang masuk ke IGD, sudah dilakukan uji kompetensi dan lulus uji level 1 pada prasat dasar dengan uji tulis maupun praktek yang sudah mempunyai pengalaman selama 1 tahun di IGD dengan sertifikat BLS, BCLS,

PPGD. Level 2 adalah perawat yang mempunyai masa kerja 2 tahun, sudah boleh melakukan tindakan *advance* seperti asisten *heacting*, asisten WSD (*Water Seal Drainage*), perawatan *airway*, level 3 rata-rata adalah Ka.tim atau kepala jaga dengan status PNS (Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan RS. Level 4 adalah perawat yang memiliki pengalaman lebih dari > 30 tahun dan mempunyai jabatan kepala ruangan. Jumlah rata-rata pasien yang masuk ke ruang IGD sebanyak 5.499 selama satu bulan (Pofil IGD RSSA).

#### 4.2 Data Demografi Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang perawat yang bertugas di IGD RSSA Malang . data demografi partisipan dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4.1. Data Demografi Partisipan

No	Data Demografi	Total Partisipan	
1	Usia	27-40 tahun	4
		41-58 tahun	4
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	5
		perempuan	3
3	Pendidikan	D3	7
		S1/D4	1
4	Lama kerja sebagai di IGD	≤ 10 tahun	3
		>10 tahun	5
5	Pelatihan	Pelatihan Emergency (BTCLS)	8

Tabel 4.1 menunjukkan gambaran data demografi partisipan penelitian yaitu meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama bekerja di IGD, dan pelatihan yang diikuti. Usia partisipan terdiri dari usia 28 tahun sampai 58 tahun. Jenis kelamin rata-rata adalah laki-laki, pendidikan rata-rata D3 Keperawatan, lama bekerja di IGD lebih dari 10 tahun, dan keseluruhan partisipan mempunyai sertifikat pelatihan *emergency* terutama BTCLS, karena sertifikat ini sebagai dasar dalam memberikan pelayanan terhadap pasien SKA.

### 4.3 Hasil Penelitian

Penelitian ini berisi pernyataan-pernyataan yang disampaikan oleh partisipan melalui proses wawancara kemudian dilakukan analisis. Analisis dilakukan agar dapat dikelompokkan membentuk kategori, subtema, tema. Tema yang telah didapatkan : 1) mempertahankan kestabilan emosi, 2) kenyamanan bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, 3) merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, 4) Kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik, 5) Merasakan tekanan kerja yang tinggi, 6) Kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi, 7) Merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang.

Terdapat istilah makna harfiah dan kontekstual dalam penjabaran tema di bawah ini. Makna harfiah merupakan penjabaran istilah atau kata kunci yang diambil dari KBBI. Sedangkan makna kontekstual merupakan makna secara konteks gabungan dari setiap kata dalam tema yang telah dirangkai oleh peneliti sehingga membentuk suatu kalimat kesatuan yang memiliki makna.

#### 4.3.1 Mempertahakan Kestabilan Emosi

Tema mempertahankan kestabilan emosi memberikan gambaran mengenai makna perawat harus dapat mengusahakan agar supaya tetap menjaga respon emosional secara baik. Sub tema yang terbentuk dari tema ini meliputi keseimbangan emosi, dan kuat dengan resiko luapan emosi. Secara harfiah, keseimbangan adalah sebanding dan kuat, sedangkan emosi keadaan dan reaksi psikologis dan fisiologis. Secara kontekstual, makna dari keseimbangan emosi adalah keadaan sama baik fisik maupun psikologis dalam mencapai perkembangan emosional perawat saat menghadapi kondisi gawat darurat.

Sub tema pertama adalah keseimbangan emosi. Merupakan suatu keadaan dan reaksi psikologis, fisiologis individu yang berfungsi memberikan kemantapan sama ketika melakukan pelayanan secara cepat dan tepat pada pasien SKA, hal ini disebabkan karena SKA merupakan kasus kegawatan dengan prioritas 1. Pengaturan emosi menurut partisipan adalah emosional yang stabil, daya tanggap (*Responsiveness*), dan tidak bingung. Hal pertama yang harus dimiliki perawat

adalah mengatur emosi agar dalam melaksanakan pelayanan tidak terpengaruh dengan keadaan sekitar yang menyebabkan kepanikan. Berikut adalah pernyataan partisipan yang menunjukkan keseimbangan emosi :

*...Jadi, keluarga, kepanikan keluarga, kepanikan pasien, itupun harus kita imbangi, jadi disini dibutuhkan, ee, apa, emosional yang stabil untuk menangani pasien-pasien yang masuk ke IGD. (P3)*

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa hal pertama yang dilakukan untuk menangani pasien-pasien yang masuk ke IGD harus mempunyai kestabilan emosi. Hal tersebut dapat dilihat dari pernyataan partisipan yaitu “dibutuhkan emosional yang stabil”, keseimbangan dalam pengaturan emosi yang stabil diperlukan untuk menghadapi kemungkinan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan oleh perawat IGD.

Ruang IGD merupakan pintu utama pasien masuk untuk mencari pelayanan kesehatan, perawat dituntut memiliki sikap tanggap untuk menciptakan kualitas pelayanan yang optimal. Pernyataan partisipan yang menunjukkan sikap emosional perawat secara fisik dalam mengenali tanda dan gejala pasien SKA dengan menunjukkan sikap ketanggapan adalah sebagai berikut :

*Belum tau ACS apa ndak, ya mengeluh nyeri perut dengan usia 40 tahun, apalagi dilengkapi dengan nafas sesak, gemetar, hanya nyeri aja di ulu hati atau usia 40, mesti harus kita EKG, jadi belum ada tanda-tanda nyeri tembus ke punggung, ada keringatan, ada nyeri menjalar ke lengan sampai ke leher, seperti tercekik, apalagi kalo seperti itu, mesti kita harus lebih tanggap lagi. (P7)*

Pernyataan partisipan di atas menggambarkan bahwa pentingnya sikap tanggap dalam melakukan pelayanan SKA yang sewaktu-waktu datang ke IGD. kata yang mengandung arti tanggap dalam ungkapan partisipan adalah segera mengetahui (keadaan) dan memperhatikan sungguh-sungguh keadaan sekitar yang membutuhkan penanganan segera sebelum dilakukan tindakan. Pasien SKA yang datang ke IGD mempunyai keluhan yang khas seperti nyeri dada, keringat dingin,

akan tetapi tidak semua pasien SKA mempunyai keluhan yang sama, oleh sebab itu perawat dituntut untuk mampu membedakan mana yang benar-benar SKA atau penyakit lain.

Bingung merupakan suatu sikap merasa tidak mengerti atau kurang jelas dengan apa yang akan dilakukan. Berikut di bawah ini merupakan pernyataan partisipan mengenai tidak usah bingung :

*jadi tadi ada 2 kemungkinan seperti itu, apa namanya, kalo disini sudah crowded, sudah banyak, tambah bingung seperti itu, makanya harus dapat, bingung lumrah, kalo sudah lama gak usah bingung, sudah cukup, kita mulai, apa yang saya hadapi harus tau, seperti itu, jadi harus lebih teliti, kalo kita tambah bingung apalagi yang lain, gitu lho maksudnya, ya kita harus tau situasi, kalo kita sudah lama, tau apa yang harus diperbuat, bingung lumrah, tapi jangan ini, ah ngapain, ini blank bisa semua, gak boleh. (P8)*

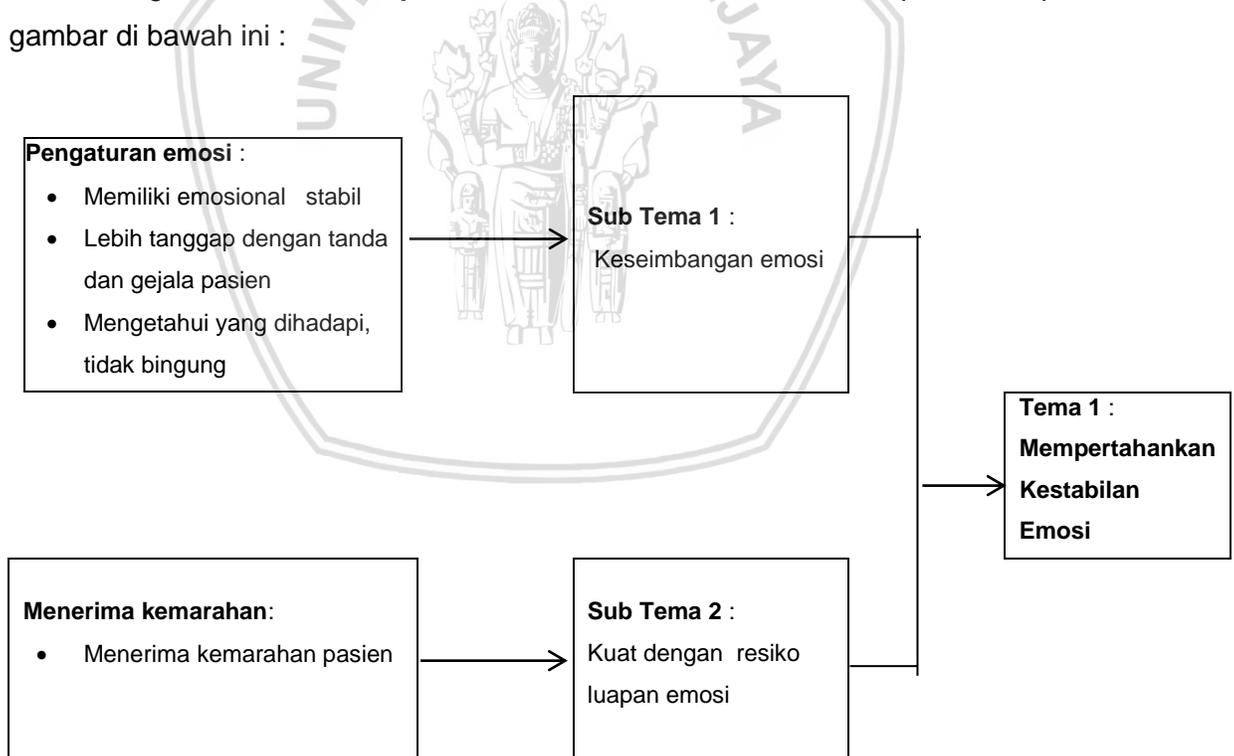
Perawat senior mengharapkan meminimalkan sikap bingung pada perawat junior yang melakukan pelayanan SKA. Kebingungan terjadi karena kurangnya informasi dan *Fatigue* (lelah) yang dihadapi perawat, hal tersebut masih bisa dimaklumi jika perawat baru bergabung di IGD, akan tetapi merupakan hal yang tidak lumrah jika sikap itu ditunjukkan pada perawat yang sudah memiliki pengalaman kerja yang lama. Kondisi IGD yang *crowded* atau penuh bisa jadi memicu kebingungan tindakan yang akan dilakukan, diperlukan kehati-hatian dan ketelitian jangan sampai faktor tersebut menurunkan kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan.

Sub tema yang kedua adalah kuat dengan resiko luapan emosi merupakan bagian dari pekerjaan yang dialami perawat yang harus siap ditanggung, baik itu dari pasien, maupun keluarga pasien. Luapan mengandung makna terlampaui penuh. Maksud terlampaui penuh disini adalah ketika perawat dimarahi pasien maupun keluarga pasien secara terus menerus, maka sikap perawat harus bersikap tenang dan menerima. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

*Pihak pasien sendiri ee ya seperti itu namanya orang sakit kita gak bisa ini, pasti dia maunya yang spesial namanya, tidak harus walaupun orangnya berduit, semuanya, pasien disini sama ya, pasien yang sakit maunya seperti itu, cuma kita ya harus, gak bisa berdebat ke pasien, kita keliru kalo marahi pasien, kita memberikan penjelasan, walaupun istilahnya kita dimarahi ya sudahah, kita bekerja pekerjaan kita seperti itu, disini stresornya banyak sekali, ya. (P8)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa perawat harus siap menanggung resiko dari setiap pekerjaan yang telah dilakukan, yaitu adanya komplain dari pasien sehingga dapat memunculkan kemarahan baik dari keluarga maupun pasien. Pasien yang datang ke IGD memiliki hak yang sama untuk dilakukan pelayanan, akan tetapi terdapat beberapa pasien yang menginginkan pelayanan lebih dari biasanya karena merasa mempunyai uang. Hal tersebut tidak dapat dibenarkan, karena setiap perawat akan melaksanakan setiap prosedur yang ada sesuai dengan jenis penyakit, instruksi dokter dan pedoman yang telah ditetapkan RS.

Ringkasan tema **mempertahankan kestabilan emosi** dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 4.1 Skema Tema Mempertahankan Kestabilan Emosi

#### 4.3.2 Tema Nyaman Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan

Tema nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan mempunyai makna perawat merasa senang dengan pengetahuan yang dimiliki mampu melakukan tindakan sesuai dengan langkah-langkah kerja yang ditetapkan. Nyaman merupakan segar; sehat; enak, sedangkan prosedur tindakan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan. Menurut partisipan, dengan kenyamanan kerja yang telah tercipta, maka perawat dapat melakukan modifikasi yang bertujuan untuk memberikan manfaat yang lebih banyak ke pasien. Modifikasi yang dilakukan perawat ternyata memberikan manfaat dan dampak yang dapat dirasakan. Selain modifikasi, perawat perlu mempunyai pengetahuan terkait keberadaan pedoman SKA yang ada. Dengan adanya pedoman SKA dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang dilakukan terhadap pasien.

Mengetahui manfaat dan dampak dari prosedur tindakan yang dilakukan merupakan sub tema pertama. Modifikasi merupakan perubahan dari bentuk aslinya. Perawat menganggap perlu melakukan modifikasi pedoman karena memberikan manfaat dalam menyelamatkan jiwa pasien, hal ini dapat dilihat dari pernyataan partisipan di bawah ini :

*mungkin saya nggak sepenuhnya ya sesuai SOP, tapi paling ndak itu sudah 75%, karena kan ada pasien-pasien tertentu, karena kan dia gak merasa nyeri dada, eh, gak merasa sesek tapi ada gangguan itu dia gak mau pakai oksigen, harusnya pasang oksigen, itu kan kita bantu dengan oksigen, karena saturasinya kan.(P1)*

*Yang disana, saya sebagai traige sumpamanya, saya ya, saya juga untuk melakukan misalkan, seperti memang kalo gak ada yang stand by disitu ya, pasien ini kolaps ya kita lakukan RJP, disitu. (P2).*

*Sering sekali. Sering sekali kayak gitu. Jadi kadang-kadang kalo pasiennya sepi, tak pindahkan, pasiennya di mesin EKG satunya, kalo gitu segera. Biasanya kalo yang paling suering terjadi itu ya, paling sering terjadi itu adalah kehabisan, kehabisan kertas. He'e. jadi kalo kehabisan kertas kan gak begitu lama-lama da, pasiennya di tutupi dulu, terus kemudian ambil kertas, ganti, cepet-cepet, gitu aja, gak sampe lah 5 menit. (P3).*

*... nah itu nanti akan muncul sendiri namanya kebijakan dari RS, jadi enggak, enggak sesuai persis dengan yang di teori, jadi ada yang diteori itu gak bisa dilaksanakan disini, manfaatnya kita ada kebijakan khusus untuk ee yang diterapkan di IGD (P7).*

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa kondisi tersebut merupakan alasan perawat melakukan tindakan di luar pedoman yang ditetapkan IGD RS dengan alasan dapat menyelamatkan jiwa pasien. Ungkapan tersebut dapat dilihat “karena saturasinya”, “kolaps”, “pasien sepi, tak pindahkan”. Saturasi merupakan nilai oksigen pasien yang dapat dilihat dimonitor, kolaps adalah keadaan jatuh atau pingsan karena penyakit jantung, pasien sepi dipindahkan disini merupakan pasien yang akan dipasang EKG yang dimaksudkan agar pasien tidak menunggu lama dalam proses pelayanan, karena harus memperhitungkan *golden periode* dari *onset* penyakit. Ungkapan partisipan tersebut berarti bahwa pelaksanaan pelayanan pasien SKA dapat dilakukan di luar pedoman, akan tetapi harus memperhatikan prinsip medis yang ada yaitu klarifikasi terhadap dokter dan atau dengan perawat yang mampu memberikan keputusan cepat.

Modifikasi pedoman yang dilakukan juga mempunyai dampak terhadap pelayanan, modifikasi dilakukan karena tuntutan akreditasi yang ada. Pedoman akreditasi yang dimaksud disini adalah aturan baru yang berlaku mengikuti kriteria akreditasi yang sedang dilaksanakan oleh RS. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*Karena memang sebenarnya itu masih disayangkan kalo menurut saya, delay, kita ambil, menangani pasien jadi delay..Delay penanganan. Meskipun ini, ya karena alatnya kurang yang digunakan, jadi kita tidak boleh plot stok...lya dari akreditasi, itu gak boleh seperti tadi.(P5).*

Pernyataan partisipan di atas mengungkapkan bahwa ketika melakukan tindakan SKA, pedoman yang digunakan sekarang adalah hasil pembaruan karena adanya kebijakan RS terkait proses akreditasi yang dilaksanakan. Pernyataan tersebut dapat dilihat pada ungkapan “namanya kebijakan RS”. Kebijakan yang berubah tersebut disesuaikan dengan kebutuhan RS. Perawat lain mengungkapkan bahwa dengan adanya tuntutan akreditasi tersebut justru membuat *delay* penanganan karena obat yang seharusnya ada di dekat perawat atau di dalam ruangan sekarang tersentral di apotek IGD, sehingga membutuhkan waktu lama untuk melakukan tindakan. Pernyataan tersebut dapat dilihat dari ungkapan “..*Delay* penanganan. Meskipun ini, ya karena alatnya kurang yang digunakan, jadi kita tidak

boleh plot stok...lya dari akreditasi". KARS merupakan kepanjangan dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit, saat ini RSSA sedang menyiapkan untuk re-akreditasi RS pada tahun 2018, sehingga ada beberapa kebijakan yang harus mengikuti aturan akreditasi RS. Sedangkan *delay* dapat diartikan keterlambatan, faktor keterlambatan banyak jenisnya seperti keterlambatan dari pasien atau keterlambatan dari perawat. pada pernyataan di atas, faktor keterlambatan berasal dari perawat karena *respon time* panjang disebabkan perubahan kebijakan.

Perbedaan pengetahuan perawat mengenai keberadaan pedoman merupakan sub-tema kedua. Pengetahuan merupakan sesuatu yang diketahui. Pedoman yang dimaksudkan dalam tema ini adalah protokol SKA dan *clinical pathway* yang digunakan dalam acuan penatalaksanaan pasien. Perawat mempunyai jawaban yang berbeda ketika ditanya mengenai protokol SKA tersebut. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan berikut ini :

*Ada sebenarnya..Terus saya bingung juga, kecuali untuk tindakan-tindakan tertentu, misalnya tindakan pemasangan kateter gitu, kalo untuk SOP... (P1).*

*ACS?SKA?, adaa, ada di traige. Pernah, dulu luama sekali, terus sekarang deket-deket akreditasi...ACS? kalo Saya lihat ko belum ada ya, kayaknya belum ada ACS. Nyeri dada. Oo STEMI ya, hampir sama dengan ACS?...Ya, he'e, kalo STEMI ada. Kalo STEMI ada. (P3) (P8).*

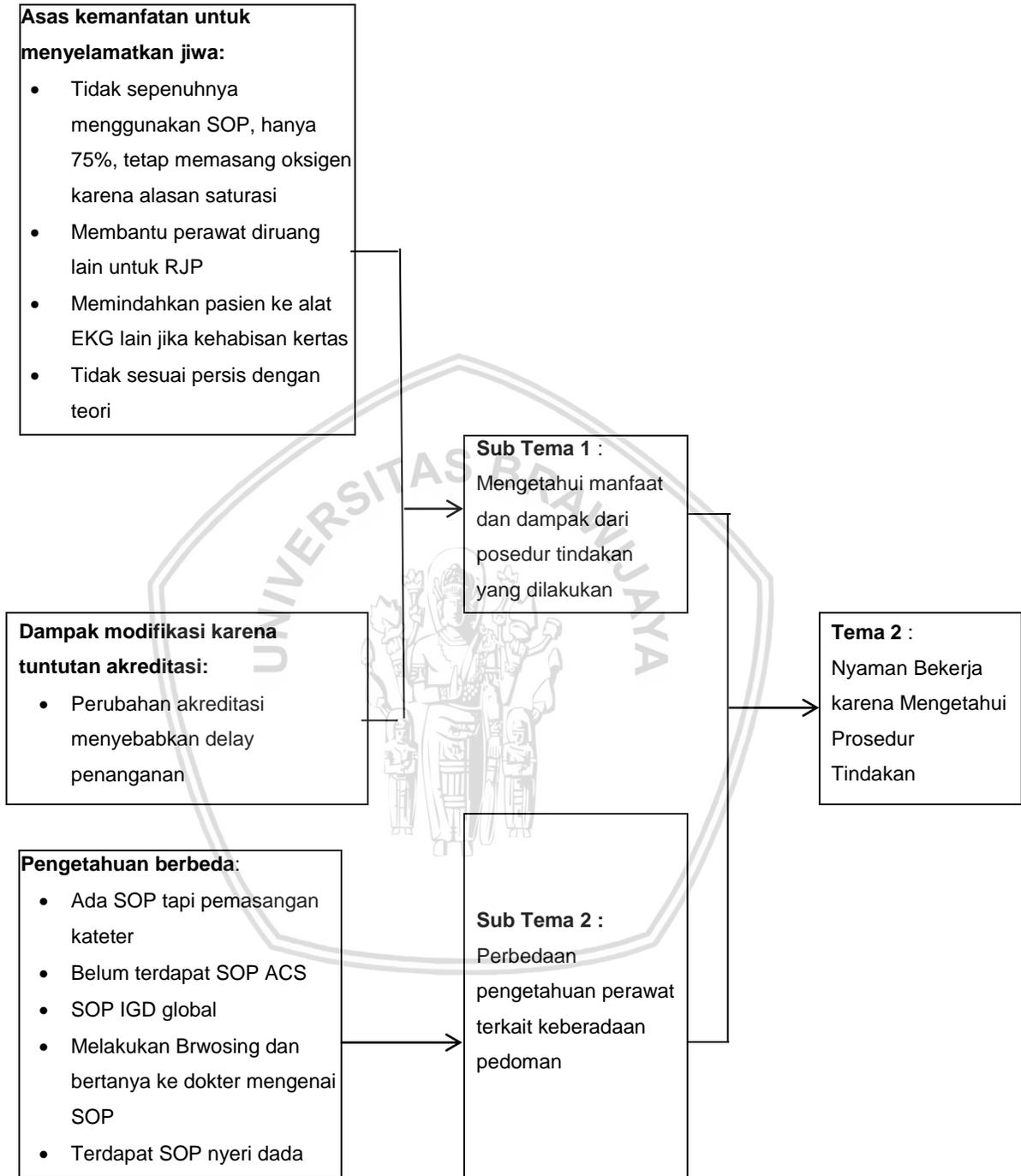
*Untuk tindakan ada, untuk penyakit, ada kayaknya..Ee sepertinya ada, sepertinya ada ...terus kemudian disini tidak ada klinikal pathway, tidak ada klinikal pathway. Jadi di Singapore sudah ada klinikal pathway.. (P5).*

*Enggak juga si, mungkin dari browsing tadi apa yang harus dilakukan, kita aplikasikan..Mungkin disini saya yang gak tau..., tanya ke dokternya biasanya, biasanya si kita melakukan tindakan, dokternya ngasih apa, kita melakukan tindakan, lahh kalo udah selesai semuanya kan dokternya mesti, sambil ngisi status sambil wawancara keluarga, nahh itu kita tanya, dok ini kekurangannya gimana, terus apakah sudah sesuai dengan selama ini, biasanya dokternya bilang iya, nanti kalo kurang, dari dokternya suruh anu, kita yang melengkapi lagi apa yang kurang dari obat-obatan atau apa (P6).*

*Itu, kalo ndak salah ada anu, SOP nya untuk nyeri dada, nyeri ya, nyeri dada mungkin ya, ada yang nyeri dada...STEMI, Non-STEMI, kita cari tadi belum lengkap ya, hehe, coba nanti di cari lagi yang lebih anu lagi, yang lebih, seperti, kayaknya ada deh, kayaknya ada (P7).*

Pernyataan di atas menerangkan bahwa keberadaan dari pedoman SKA belum ada kejelasan. selama ini perawat melaksanakan protokol pelayanan SKA hanya sebatas melaksanakan instruksi dari dokter dan bahkan mencari sendiri melalui *browsing* di internet, perawat juga merasa tidak pernah melihat, membaca, dan mengetahui keberadaan pedoman SKA di IGD. Pedoman tindakan rutin, sudah dilakukan pembukuan dan diarsipkan oleh masing-masing kepala ruang, akan tetapi untuk pedoman pelayanan penyakit dan klinikal pathway seperti SKA sebagai panduan penatalaksanaan dan protokol tindakan belum pernah dilakukan pembukuan. Pedoman yang mirip dengan SKA adalah penanganan nyeri dada, akan tetapi penatalaksanaan nyeri dada belum tentu berlaku untuk SKA. Perbedaan persepsi dan pengetahuan terkait pedoman penatalaksanaan SKA akan berpengaruh terhadap pelayanan pasien di IGD. Ringkasan tema melaksanakan modifikasi tindakan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dapat dilihat pada gambar di bawah ini :





Gambar 4.2 Skema Tema Nyaman Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan

### 4.3.3 Tema Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Spiritual pada Pasien

Tema merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual memiliki makna harfiah dan kontekstual. Secara harfiah kehadiran keluarga mempunyai makna mendukung dalam bentuk tindakan bimbingan doa yang dilakukan keluarga untuk membantu proses kesembuhan. Sedangkan secara kontekstual merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual adalah bantuan berupa tindakan terapeutik yang dilakukan oleh perawat maupun keluarga berupa bimbingan rohani yang bertujuan untuk memberi kekuatan, mengingat Tuhan, tidak takut mendekati ajal, dan lebih bisa dekat dengan Tuhan walaupun dalam keadaan sakit. Menurut partisipan, merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual mempunyai peran yaitu sebagai perantara perawat dalam menjalankan tugas, dan dapat mengurangi kecemasan.

Keluarga sebagai perantara perawat mempunyai makna yaitu penghubung antara perawat ke pasien, hal ini dilakukan jika perawat harus menjalankan tugas yang lain, walaupun sebelumnya perawat telah mengajarkan ke pasien langsung, akan tetapi, kehadiran keluarga dalam membimbing doa tetap harus dilakukan. Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan:

... Keluarganya mendukung dengan doa, supaya pasien tidak panik, gitu (P4).

kita suruh ee kita kaji dulu terus kita bimbing ee keluarganya terus kita bimbing baca Alfatihah kalo muslim, kalo non muslim ee keluarganya mungkin membimbing ya, sesuai dengan agamanya seperti itu, kita gak mungkin langsung, pak meninggal pak, gak boleh itu, harus panggil, kita jelasin dulu secara adminisnya, setelah itu keluarga bimbing sesuai agamanya (P8)

...kita ingatkan, jangan lupa bilang ke Allah, sesuai keyakinan anda pak, karena cuma gusti Allah yang bisa menyembuhkan segalanya, terus kita sebagai perawat cuma ee diberi, diberi kelebihan bisa membantu orang yang sakit, jadi mungkin nanti sambil bapak ingat sama Allah, sambil mengucapkan Allah, kita lakukan tindakan sambil minta kesembuhan, kemudian kita libatkan keluarga untuk melanjutkan membimbing doa. (P6).

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa dukungan spiritual berupa bimbingan doa sangat diperlukan oleh pasien, bimbingan doa dapat dilakukan oleh keluarga dan perawat. Pasien dibantu oleh perawat untuk lebih banyak mengingat Tuhan dengan cara menyebut nama Allah yang dilafalkan. Hal ini harus tetap dilakukan untuk memohon kesembuhan, karena perawat hanya manusia biasa yang diberikan kelebihan oleh Tuhan, sebagai perantara untuk membantu meringankan beban pasien, akan tetapi untuk kesembuhan pasien semua sudah ditentukan oleh Tuhan. Bentuk dukungan ini merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan memberikan kesembuhan dan memotivasi pasien.

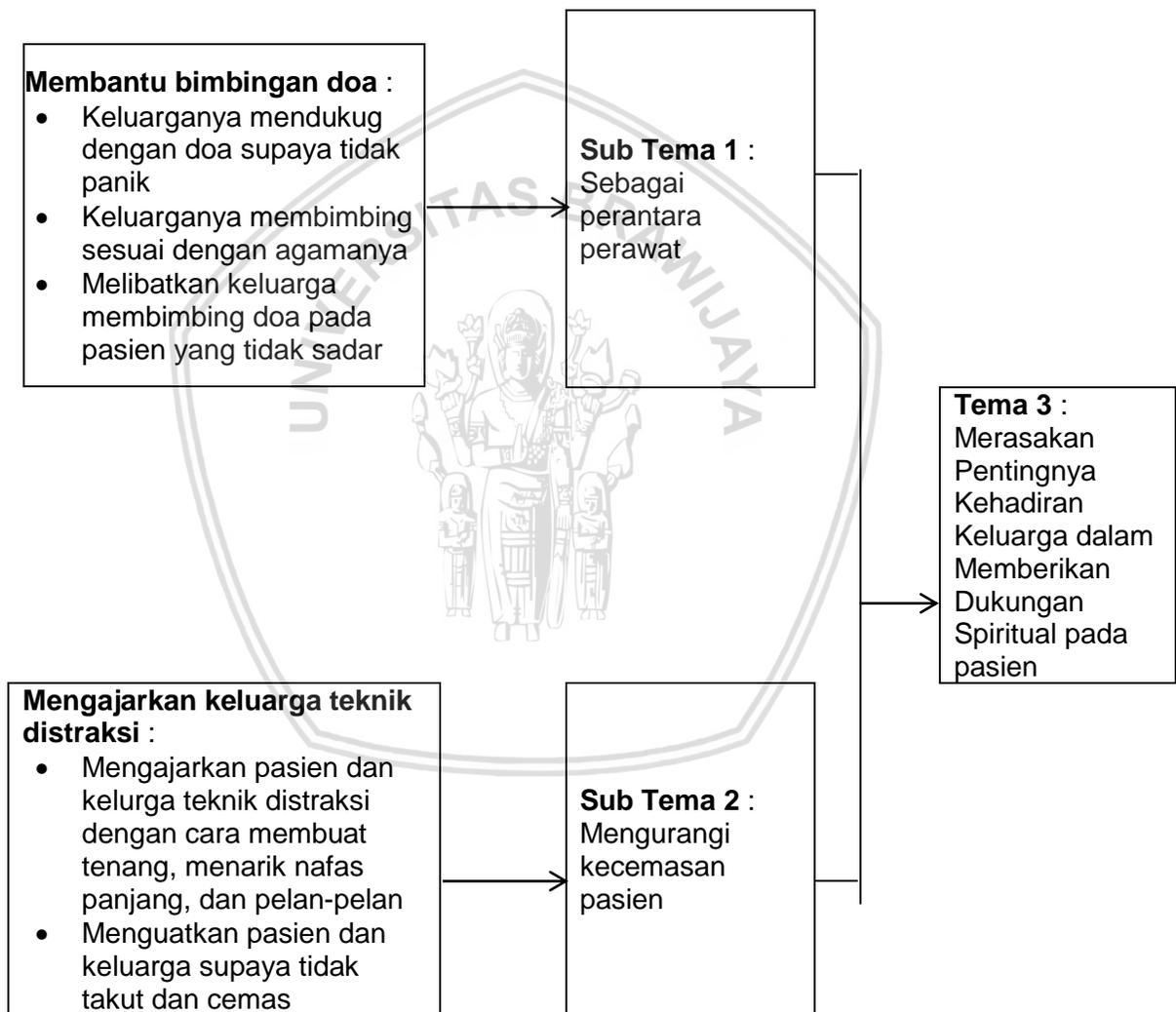
Subtema kedua adalah mengurangi kecemasan pasien. Cemas merupakan suatu kondisi perasaan khawatir, gelisah. Cara yang dapat dilakukan perawat dalam mengurangi kecemasan adalah dengan memberikan teknik distraksi, menarik nafas perlahan. Tindakan ini dapat juga diajarkan kepada keluarga pasien agar mempermudah perawat dalam mempercepat proses kesembuhan. Pernyataan partisipan dapat dilihat sebagai berikut :

*Kalo saya biasanya tau pasien ACS, pak ini sampean ada gangguan jantung, jadi jantung pembuluh darahnya ada yang terganggu, untuk mengurangi, satu bapaknya setenang mungkin, biar metabolismenya gak meningkat, oksigennya gak meningkat, karena kebutuhan oksigennya otomatis nyeri dadanya akan menurun, di tenang-tenangkan, tarik nafas panjang, pelan-pelan, nanti keluarga juga membantu (P5).*

*..ee biasanya pasien dengan ACS itu takut setengah mati, takut meninggal, ya, apalagi di UGD nanti mesti di advice masuk P1, dan sebelah-sebelahnya pasti nggak sadar, ya jadi kita harus menguatkan, baik pasien maupun keluarga, sakit ini bukan bapak aja atau ibu saja, banyak yang sakit seperti ini, ndak usah takut,cemas, disini sudah ada spesialisnya, jadi banyak berdoa dan minta sama Allah, jadi kalo yang menyembuhkan itu Allah, bukan manusia, jadi dokter itu juga manusia, hanya usaha saja (P7).*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa pasien SKA yang masuk ke IGD biasanya dalam kondisi panik dan takut, tindakan perawat selain melibatkan keluarga dalam upaya dukungan spiritual adalah membuat pasien tenang agar metabolisme tubuh berjalan dengan baik tidak meningkat. Metabolisme merupakan

keseimbangan darah yang diatur oleh syaraf, jika metabolisme meningkat maka akan mengganggu peredaran darah keseluruh tubuh, termasuk jantung. Perawat juga menguatkan pasien supaya tidak takut dengan penyakitnya dengan cara tetap berdoa kepada Allah untuk meminta kesembuhan. Ringkasan tema merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual pada pasien dapat dilihat pada bagan berikut ini :



Gambar 4.3 Skema Tema Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Spiritual pada Pasien

#### 4.3.4 Tema Kerjasama Dirasakan Kurang Berjalan dengan Baik

Tema kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Makna harfiah dari kerjasama adalah sikap tolong menolong, bahu membahu. Makna kurang berjalan dengan baik adalah perawat menganggap masih banyak tindakan ke pasien yang belum dilaksanakan dengan tim secara berkelompok. Sedangkan menurut arti kontekstual adalah suatu kegiatan atau usaha yang dilakukan beberapa orang untuk mencapai tujuan bersama, akan tetapi banyak kendala yang dirasakan saat melaksnakannya.

Sub tema pertama adalah perawat dibatasi dalam melakukan peran. Kolaborasi yang dilakukan sebatas memberi masukan, klarifikasi terhadap instruksi dokter, dan keterbatasan penulisan dokumentasi. Berikut penrnnyataan partisipan :

*... nah kebanyakan dokter tidak bisa melakukan pemasangan IV line... kemudian ee kita usulkan pemberian ISDN (Iso Sorbit Dinitrat) kita usulkan, misalnya ISDN itu kita lengkapi rekam jantung, apakah ada masalah dengan jantung kanannya, nahh itu, apakah tensinya rendah, itu jadi pertimbangan, jadi kalo pengalaman saya, saya masih bisa kasih masukan, artinya kolaborasi dengan medis ya, dan target waktu katakan berapa onsetnya, berapa lama nyeri dadanya, nah itu sudah jadi pertimbangan, untuk melakukan door to needle, door to balloon.. (P5).*

*Jadi kita saling sharing ya sama dokternya, dok seandainya saya merujuk ini gimana dok, gitu, bukan kita itu semena-mena ya, kita, ya situ namanya pelajar, saya juga pegawai sini, ya juga tetap meluruskan apa yang, itu aja...sehingga tidak terjadi konflik, seperti itu. Jadi yang menentukan prioritas 1, prioritas 2 itu haknya dokter, tapi, tapi kalo dokter itu salah, perawat yang meluruskan (P7).*

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa kolaborasi profesional antar tim medis sangat dibutuhkan. Akan tetapi perawat harus tetap menjaga kode etik yang berlaku, menjaga dan patuh terhadap aturan kolaborasi yang ditetapkan. Perawat mempunyai wewenang untuk mengingatkan dokter, dan berhak memberi masukan atau usulan agar dapat memudahkan dokter dalam tindakan maupun mengurangi angka kesalahan yang ada.

Memberi masukan merupakan hal yang wajib dilakukan perawat, selain masukan perawat juga terbatas hanya dapat memberikan klarifikasi terhadap *advice* yang diberikan merupakan klarifikasi yang dimaksud adalah penjelasan kepada apa yang sebenarnya. Makna dari *advice* dalam penelitian ini adalah perintah atau instruksi dokter. Klarifikasi *advice* yang dimaksudkan adalah perawat menanyakan kembali terhadap perintah yang diberikan dokter, tidak langsung melakukan tindakan sampai perintah tersebut benar dan tepat ke pasien. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan :

*He'e langsung tetesan, cuma kadang kita kan gak begitu percaya, sudah tau, sudah ngitung dosis, kita klarifikasi lagi. Jadi bener gak sih, kita tanya, dokter, menurut dokter ini pasien ini berdasarkan kasus apa, itu pakai dopamine pakai dosis apa? Nahh itu kalo yang tau (P5).*

*Gini, sekarang di depan itu kan ada dokter traige ya, kalo dulu murni perawat, ee sekarang ada dokter emergency, jadi nyuwun sewu ya, belum tentu kita nanti diem, katakan ada dokter, sebetulnya pasien ini, harus masuk P2, di P3kan (P7).*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa dokter dan perawat bekerjasama menangani pasien mulai dari pemeriksaan awal pasien masuk sampai pengambilan keputusan akhir. Tindakan medikasi dan pengelompokan pasien merupakan wewenang dokter, akan tetapi perawat mempunyai hak untuk melakukan klarifikasi terhadap instruksi yang diberikan jika memang ditemukan keidaksesuaian, dengan adanya klarifikasi dapat memperkuat tindakan kolaborasi yang dilakukan. Dari pernyataan di atas dapat dimaknai bahwa perawat dapat melakukan klarifikasi kepada dokter jika dibutuhkan.

Keterbatasan lain yang sering dirasakan perawat adalah penulisan status pasien. Salah satu komponen utama dalam pelayanan keperawatan adalah adanya dokumentasi askep, status pasien merupakan bagian dari dokumentasi keperawatan. Sistem dokumentasi berfungsi sebagai alat valid yang bersifat legal karena berisi ringkasan riwayat penyakit dan tindakan medis yang telah dilakukan. Sistem dokumentasi di IGD RSSA menurut perawat belum berjalan dengan baik, karena belum ada SOP khusus yang mengatur dokumentasi tersebut, perawat masih kesulitan dalam pengisian karena setelah selesai tindakan, status pasien

tersebut langsung dibawa oleh dokter, perawat belum sempat untuk menyelesaikannya. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan :

*terus kendala satu lagi adalah status pasien itu ee itu masih dipegang oleh masing-masing dokter...memang hanya problemnya aja tidak efektif...Terus terang, disini untuk keperawatannya dokumentasinya masih belum bagus (P5).*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa belum ada sistem pengaturan dokumentasi pasien di IGD. Pengaturan yang dimaksud adalah bagaimana dokumen “lembar biru” yang merupakan lembar untuk mengisi kondisi dan riwayat penyakit pasien tersebut dapat ditulis secara bersamaan antara dokter dan perawat. karena selama ini yang banyak memegang status pasien adalah dokter. Perawat merasa kesulitan untuk mengisi salah satu lembar dokumentasi, karena dokumen sering dibawa oleh dokter yang menangani dan lama untuk dikembalikan.

Sub tema yang kedua yaitu kurang memahami peran antar perawat. Peran perawat senior sangat berpengaruh di IGD, terutama dalam penanganan pasien SKA. Anggapan ini kurang tepat dilakukan senior terhadap juniornya, karena perawat mempunyai kompetensi dan skill yang sama saat melakukan tindakan ke pasien, hanya berbeda pengalaman. Seharusnya perawat senior dapat memberikan ilmunya ke perawat junior. Ungkapan ini dapat dilihat dari pernyataan berikut :

*Kalu ada ACS, setau saya maksudnya yang pegang kan yang senior, jadi yang senior otomatis angka kesalahan kan minimal sekali, yang sering disini salah, bila ada mahasiswa klinik praktek, gitu aja. Karena kalo ACS yang dominan dokternya, terus perawatnya yang senior mesti yang tau ECG atau apa. Yang junior pupuk bawang biasanya hanya memasang infus, ngasih apa, gitu aja. Sekarang kan butuh cepet, 4 menit, 5 menit, kalo junior gak mungkin bisa ngikuti (P4)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa peran perawat senior sangat berpengaruh dalam tindakan SKA. Makna berpengaruh adalah mempunyai peran yang besar ketika berhadapan dengan pasien SKA, salah satu contohnya adalah, ketika pasien yang dicurigai SKA masuk, maka tindakan awal yang dilakukan di

triage adalah EKG, pemasangan oksigen, dan pemberian obat-obatan dan harus dilakukan tindakan cepat mengingat *golden periode* pasien ini sangat cepat. Perawat senior tidak mempunyai kesulitan dalam memasang dan mengintegrasikan EKG, lain halnya dengan perawat junior yang baru bergabung. Perawat junior biasanya hanya diberi wewenang memasang infus, dan pemeriksaan fisik. Anggapan ini seharusnya tidak disampaikan oleh senior terhadap juniornya, karena semua perawat mempunyai pengetahuan dan skill yang sama saat melakukan tindakan gawat darurat.

Sering terjadi perbedaan pendapat antar perawat saat melakukan tindakan. Perbedaan ini sering membuat mood perawat berubah. Berikut pernyataan partisipan:

*Ya, kalo teman sejawat kan kadang kita itu gak sama, antar teman, apa yang maunya kita dengan teman kita, pasti ada crashnya, itu kadang yang bikin kita mungkin, ya ada bad moodnya ya, istilahnya apa ya, enggak, nggak ini, karena gak sesuai dengan apa yang kita mau, jadi itu tidak boleh (P8).*

Ungkapan partisipan di atas menggambarkan bahwa terjadi perbedaan pendapat yang cenderung memenangkan sebelah pihak. Karena tidak sesuai dengan keinginan salah satu perawat, sehingga munculah perselisihan.

Selain perbedaan pendapat, kendala yang muncul dalam kurangnya pemahaman antar rekan perawat adalah perawat laki-laki merasa memiliki beban lebih dan cenderung mengalah dengan perawat perempuan. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan :

*jadi kalo ada pasien ACS masuk, kita tidak delegasikan, langsung yang dari traise ACS, STEMI atau apa, langsung dia yang kesitu, paling dokter kardio datang, liat hasilnya ECG nya sama keluahannya, terus perawatnya datang situ, cuma kekurangannya cenderung laki-laki yang kesitu, dan jobnya tu kabur, pada kenyataan lho, nanti misalnya, nanti sampean liat sendiri yang disini, yang disini mesti laki-laki to, yang perempuan hampir ndak pernah mau, kalo mau kan saya capek, disini tu sistemnya kalo buat system mesti capek, rewardnya kan ndak ada bedanya gitu (P4)*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa dalam pelaksanaan kerjasama dengan sejawat perawat, perawat dengan jenis kelamin laki-laki merasa terbebani

dengan tugas yang lebih saat dinas, hal ini disebabkan karena kurangnya sikap peduli perawat perempuan terhadap tugas yang sudah menjadi kewajibannya, sehingga daripada menimbulkan konflik, perawat laki-laki cenderung mengalah.

Perasaan nyaman juga dirasakan perawat saat melakukan kerjasama, pentingnya memahami peran antar perawat dapat menciptakan suasana kerja tim yang kondusif. Pernyataan tersebut dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*Kalo sama perawat, kayae enak-enak aja selama ini, ndak ada masalah, kita kerjasamanya bagus di UGD ini, jadi tidak ada iri-iri an ini pasienmu, ini pasienku, endak, tetep kalo dateng tanggung jawab kita, tapi tetep ada nama kita yang memeriksa bertanggung jawab dengan pasien mesti ada, cuma kita ndak, karena pasien kita gawat, kita terpanggil, jadi harus mengejarkan apa yang harus kita prioritaskan semua, dan semua personel IGD saya rasa semua seperti itu, jadi ndak ada kayak, ndak acuh, nggak ada, insya Allah, beda dengan di ruangan (P7).*

*Jadi kalau ada complain, ketauan, itu bisa jadi seniornya yang mengetahui, seniornya tau langsung lapor, biasanya dalam satu tim itu kita kondisikan yo opo supaya satu tim itu rukun, kalo bisa masalah itu jangan diperbesar, kalau bisa selesai pada saat tim, pada saat itu, proses (P5).*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa perawat merasa nyaman bekerja karena antara perawat satu dengan lainnya saling mengetahui kebutuhan terhadap pelayanan yang dilaksanakan, selain itu perawat juga saling memahami dan mengisi kekurangan yang ada.

Sub tema yang ketiga adalah kesal dengan etika tim. Kesal merupakan sikap kecewa bercampur jengkel. Tim adalah suatu kelompok yang terdiri dari beberapa orang yang melakukan kegiatan bersama. Perilaku tidak santun sering diperlihatkan oleh perawat maupun dokter di ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan berikut ini :

Terus kemudian dokter yang tidak santun gitu ya, dokter perawat yang kurang santun ya, terus tim yang tidak santun. Itu menurut saya adalah suatu kendala, maksudnya apa ya, disini adalah tempat orang panik dan sakit ya, kalo kita tidak aware, tidak santun, terus kemudian, tidak, tidak aware lah, mungkin kecapean atau apa ya, itu manusiawi, tapi tetep kalo misalnya pasiennya, maksud saya kalo di IGD ya, jangan sampe ada kendala-kendala yang membuat kita, mungkin aja udah sering masuk Koran, apalagi, heheheh. Kita sudah berusaha sebaik mungkin, sehumanis-humanis nya, kayak gitu da. So far, ini masalah dianggep masalah, ya masalah, kalo tidak dianggep masalah, yo, kita harus banyak-banyak apa ya, introspeksi diri lah, kayak gitu. (P3)

Cuma kadang-kadang ada dokter dokter, gak semuanya, tepat ke pasien, ya contoh memakai alat kita, tapi gak dikasih tau, bukan tindakan ke pasien ya, memakai alat kita disini, itu pokoke (pokoknya) pake, gletakno (taruh sembarangan), pake gletakno, akhire (akhirnya) kita itu ngasih tau, satu kali, dua kali, tiga kali, itu kadang ngak di ini, di dengerin, nah itu yang bikin kita, ee istilahnya apa, marah, marahnya bukan kita ngamuk, enggak (P8)

Pernyataan partisipan di atas mengandung makna bahwa perawat merasa kesal dengan perilaku tim medis yang kurang santun, perawat berusaha bersikap humanis, humanis disini diartikan manusiawi dalam melakukan pelayanan maupun berinteraksi dengan anggota tim lainnya, akan tetapi masih ada beberapa tim yang belum menunjukkan etika kurang baik selama melakukan pelayanan seperti menaruh alat sembarangan dan tidak dikembalikan setelah selesai tindakan, hal tersebut masih bisa dimaklumi jika dilakukan sesekali, tapi jika dilakukan berulang kali dapat memicu munculnya konflik internal yang ada.

Sikap etika yang kurang baik juga ditunjukkan oleh tim medis perawat seperti tidak mau menerima delegasi dari perawat manajer. Pernyataan tersebut dapat dilihat di bawah ini :

..misalnya saya jaga NIC, pasiennya rame, ya udah ambulance suruh bantu sini, paling yang datang satu dua orang aja, makanya saya kalo jaga NIC, saya tidak pernah nyuruh, tapi begitu saya nyuruh, gak datang, saya tulis namanya tak laporkan direktur...Iya saya gak mau tau, kan saya gak pernah nyuruh, kan ada direktur. Jadi langsung saya laporkan (P4).

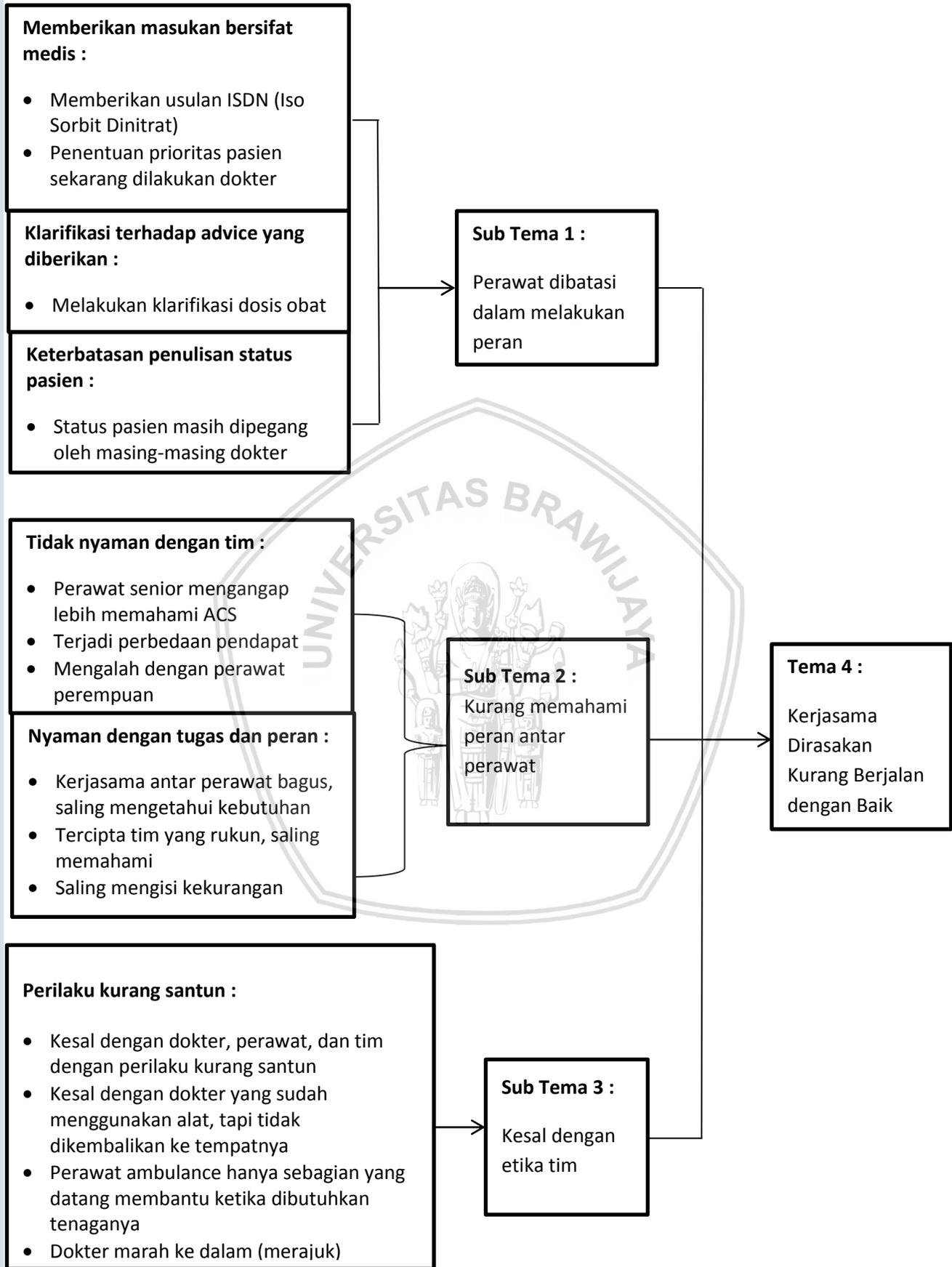
Pernyataan di atas menggambarkan bahwa perawat pelaksana enggan menerima delegasi atau perintah dari perawat manager malam yaitu NIC (*Nursing In Charge*), fungsi NIC saat malam hari adalah menggantikan peran KPP dan Ketua Tim perawat, sehingga NIC mempunyai wewenang untuk memberikan delegasi kepada perawat yang ada di bawahnya. Akan tetapi sikap yang ditunjukkan perawat masih kurang, karena saat diminta bantuan, perawat dari ruangan lain hanya sebagian kecil yang mau mentaati delegasi tersebut, sehingga NIC merasa kesal, dan kejadian tersebut dilaporkan ke direktur RS. Hal tersebut dapat memicu timbulnya konflik internal perawat, karena jika masalah masih bisa diselesaikan antar sejawat perawat, maka tidak perlu sampai di bawa ke direktur.

Perbedaan pendapat mengenai pengklasifikasian pasien juga dapat memicu konflik internal IGD, yaitu dokter yang tidak mau menerima saran dari perawat sehingga menimbulkan kemarahan pada dokter yang bersangkutan. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan ;

*...jadi saya merujuk, merujuk tu begini, dok, kalo seingat saya, kasus-kasus seperti ini, dan lagi pasiennya sulit kencing, itu sebetulnya kan di P2, kalo di P3, itu nanti, cara penanganannya dok, bayangkan kalo pasien mengeluh kesakitan pada saat kencing, nahh itu sempat eyel-eyelan (beda pendapat) seperti itu. Nah akhirnya, ada dokter yang seperti itu, ya to, ngeyel istilahnya, masuk di P3, akhirnya marah dokternya di dalam, seperti itu...Seperti pasien open, open fraktur, nahh kalo ekstremitas lengan, yang ekstremitas panjang, itu kan, masuknya di P2, kan gitu ya, tapiii, dia dimasukan di P3, wis akhirnya rame, seperti itu (P2).*

Pernyataan di atas mempunyai makna bahwa dokter mempunyai wewenang dalam mengklasifikasikan pasien di *triage*, akan tetapi dalam kasus tertentu, ada beberapa dokter yang masih kurang tepat dalam pengambilan keputusan traige, perawat berhak memberi masukan agar pasien tidak dirugikan. Akan tetapi dokter tidak mau menerima usulan pendapat dari perawat, justru membuat dokter marah dan memunculkan konflik yang ada di IGD.

Ringkasan tema perawat menganggap kolaborasi yang dilakukan masih terbatas dan dinamis dapat dilihat dari bagan di bawah ini



Gambar 4.4 Skema Tema Kerjasama Dirasakan Kurang Berjalan dengan Baik



#### 4.3.5 Tema Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi

Tema merasakan tekanan kerja yang tinggi mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Secara harfiah, tekanan merupakan keadaan (hasil) kekuatan menekan; desakan yang kuat; paksaan. Kerja merupakan kegiatan melakukan sesuatu. Stressor ini dapat memicu adanya suatu konflik tanpa disadari.

Tekanan yang tinggi dapat menyebabkan konflik. Tekanan dapat berasal dari dokter, perawat, maupun saat melakukan tindakan ke pasien. Dengan adanya tekanan yang tinggi, maka dapat memunculkan konflik kecil antar tim di IGD. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan berikut :

*Iya, emosi pasti ada, cuma kita tidak boleh melampiaskan atau ee inikan ke pasien gak boleh, walaupun emosinya itu, stressor di IGD banyak, daripada di ruangan, disini stresornya kadang dari teman sejawat, temen, dokter kita, dan pasien, dan juga keluarganya, pasien banyak, makanya harus bisa manage emosi kita... semuanya masing-masing ee petugas itu punya respon masing-masing emosinya, ya ada yang emosinya hanya dia, dia ke belakang.. (P8)*

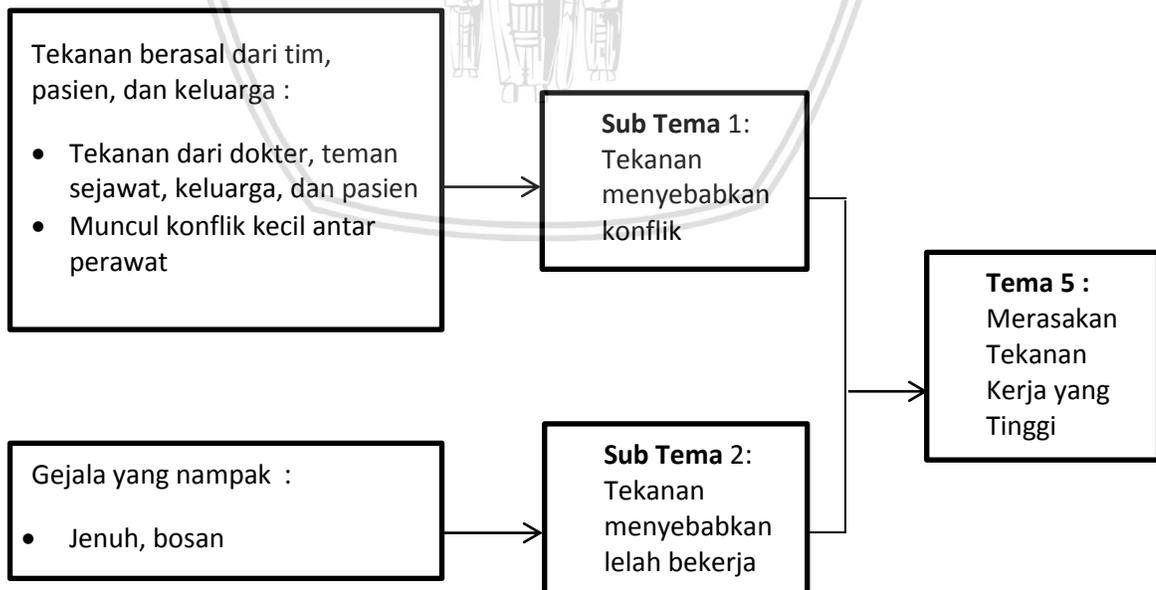
*apalagi sesama temen, intinya disini karena stresornya banyak itu, akhirnya apa namanya, unsur konflik kecil, konflik itu pasti, dimana-mana itu namanya suatu tempat ee pekerjaan ya wajar, walaupun orangnya duduk diam gak mikirin ya, enggak konflik ya tetep ada konflik. Ya akhirnya gak sesuai dengan yang kita mau kadang males, gitu aja kan, apalagi yang kita posisinya banyak stresornya, cuma ya, orang beda-beda mengatasi stressor, apa, emosinya (P5)*

Pernyataan partisipan di atas mempunyai gambaran bahwa stressor dapat terjadi di ruang IGD dengan berbagai sebab. Ruang IGD merupakan ruangan dengan kondisi pasien yang bervariasi, baik mengancam jiwa maupun menjelang ajal. Perawat dituntut untuk dapat memberikan pelayanan profesional dalam kondisi apapun. Suasana yang harmonis dan komunikasi yang baik antar anggota tim dapat menciptakan kondisi lingkungan yang kondusif dalam bekerja sehingga dapat mengurangi stressor yang ada. Perawat merasa terganggu dengan adanya konflik tersebut karena akan berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Sehingga perlu adanya penyelesaian konflik antar tim kesehatan di IGD, upaya untuk mengatasi konflik dengan mengatur emosi perawat, terdapat koping, dan menenangkan diri.

Sub tema yang kedua adalah tekanan menyebabkan lelah bekerja. Stress merupakan keadaan psikologis seseorang. Stressor karena capek bekerja disini dapat diartikan dengan tingginya jumlah pasien yang berkunjung ke IGD, selain itu teman atau tim yang kurang kooperatif juga dapat menyebabkan stress karena ada yang menyenangkan dan tidak menyenangkan. Gejala jenuh juga sering dirasakan perawat karena lama bekerja dan tidak pernah pindah ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat di bawah ini :

*saya bilang, ya manusiawi, kalo yang menyenangkan pasti ada, yang tidak menyenangkan pasti ada, makanya kita tergantung memanage emosi kita, jadi kita bekerja itu pasti, apalagi sudah lama, sifat jenuh itu pasti ada, gak selama ini kita happy terus, nggak, cuma gimana kita ngasih yang terbaik adalah waktu kita kerja... (P8).*

Makna dari pernyataan di atas adalah perawat saat bekerja terkadang menunjukkan gejala jenuh, tidak selalu bahagia, akan tetapi perawat berusaha untuk tetap memberikan pelayanan pasien terbaik. Jenuh merupakan akibat dari tingginya stressor yang dirasakan perawat saat bekerja. Ringkasan tema di atas dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



Gambar 4.5 Skema Tema **Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi**

#### 4.3.6 Tema Kebutuhan Dasar Perawat yang Tidak Terpenuhi

Tema kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi menggambarkan tentang keperluan yang harus terpenuhi oleh seorang perawat sebagai pegawai di suatu organisasi kesehatan yang dirasa masih kurang, sehingga diperlukan suatu pemenuhan kebutuhan agar tercipta pelayanan optimal. Kebutuhan perawat yang dirasa masih kurang adalah kebutuhan penghargaan dan kebutuhan pengakuan.

Kebutuhan penghargaan mempunyai makna bahwa penghormatan atasan dan tim terhadap kinerja yang dilakukan oleh, perawat merupakan komponen penting yang dapat meningkatkan motivasi dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan di bawah ini :

*...Pada dasarnya itu, tapi aplikasinya sulit kalo disini, karena kita yang senior sama yang junior hampir gak dihargai, dalam kenyataan lapangan lho. Apalagi misal saya, saya D3, terus juniornya S1, itu sudah lain lagi (P4).*

*Kalo yang membuat, SPO nya bukan saya, saya ndak ikut membuatnya, yang membuat itu ada ee, apa bu Mariana (Kepala ruang 06)...Ya, bu iin (kepala tim ruang Traige). Ya itu orangnya itu, soalnya orangnya itu, kalo saya gak kepake...(P5)*

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa perlunya suatu penghargaan kinerja terhadap para perawat yang sudah lama bekerja di IGD, karena perawat merasa tidak ada perbedaan penghargaan antara perawat yang sudah lama bekerja dengan perawat yang baru bergabung, hal tersebut dapat menyebabkan kecemburuan dan penurunan motivasi kerja. Perawat lain mengatakan “saya gak kepake” disini mempunyai makna bahwa perawat tersebut adalah salah satu kepala tim (Ka.tim) di ruang CC, tapi saat adanya rapat mengenai pembaruan SOP, Ka. tim tersebut tidak dilibatkan, hal itu membuat perawat merasa tidak dihargai walaupun mempunyai jabatan dan masa kerja yang lama. Selain itu ketika melaksanakan pelayanan, ada beberapa perawat wanita yang tidak mau melaksanakan tugas, hal tersebut membuat perawat laki-laki kesal, karena merasa pekerjaan lebih banyak tapi *reward* yang diberikan tidak ada bedanya oleh atasan mereka.

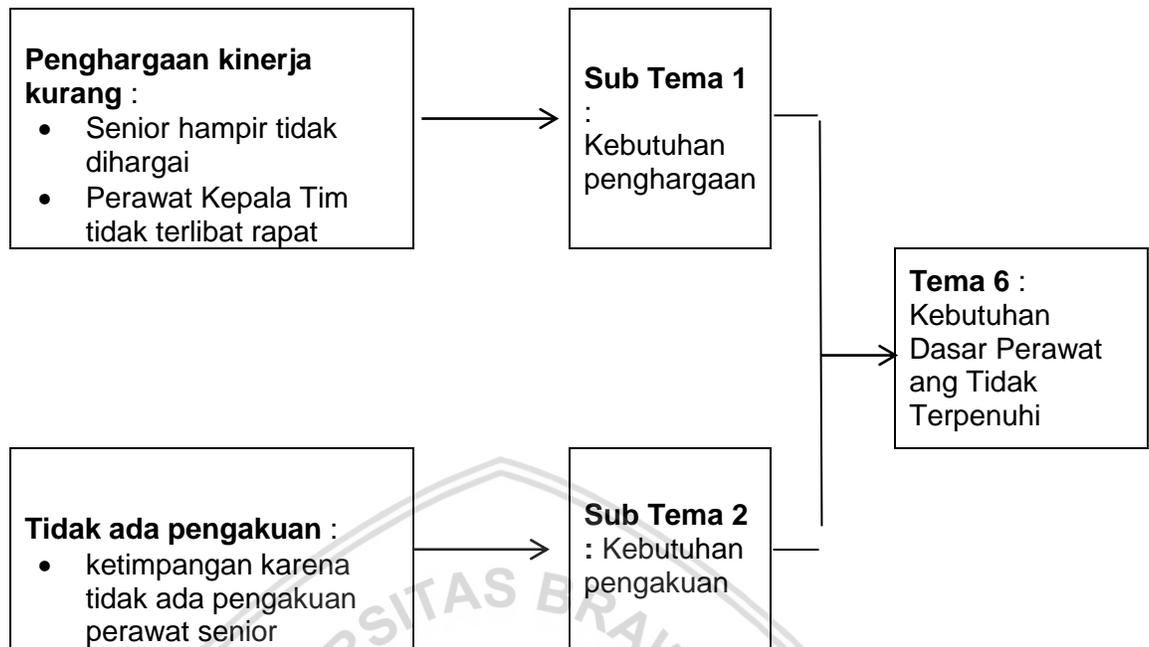
Kebutuhan dasar lainnya adalah pengakuan kerja. Pengakuan diartikan sebagai cara perbuatan mengakui seseorang agar dapat meningkatkan kepercayaan diri yang ada. Menurut perawat, banyak ketimpangan yang terjadi di IGD, salah satunya adalah ketimpangan dalam hal pengakuan senioritas. Ungkapan partisipan dapat dilihat di bawah ini :

*Ketimpangan, ketimpangan jadi tidak mengakui, walaupun saya itu S1, S1 di tim di kantor kan belum tentu di atas saya to (P4)*

Pernyataan partisipan mempunyai makna bahwa ketimpangan yang terjadi disebabkan karena kurangnya pengakuan pengalaman dan lama kerja perawat. Partisipan menganggap walaupun dirinya S1, belum tentu atasannya yang S1 juga mempunyai pengalaman dan masa kerja yang sama dengan partisipan.

Kebutuhan dasar yang kurang terpenuhi pada perawat sebagai manusia akan berdampak pada motivasi utama yang ada dalam diri perawat. motivasi utama adalah bekerja, mendapat gaji. Perawat menjadi enggan bekerja, merasa diabaikan, dan yang paling parah adalah depresi. Pihak manajemen perlu melakukan suatu perubahan dengan cara mendengarkan keluhan perawat, memberikan apresiasi, dan *reward* sebagai bentuk kepedulian dan pentingnya akan kebutuhan dasar yang harus diberikan oleh atasan kepada bawahan.

Ringkasan dari tema kebutuhan pengakuan kinerja dapat dilihat pada bagan di bawah ini :



Gambar 4.6 Skema Tema **Kebutuhan Dasar Perawat yang tidak Terpenuhi**

#### 4.3.7 Merasa Bekerja Kurang Maksimal karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang

Tema merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Secara harfiah, makna kebutuhan adalah yang sesuatu yang dibutuhkan atau diperlukan, sedangkan makna perencanaan adalah konsep atau rangka sesuatu yang akan dikerjakan. Makna secara kontekstual dari kebutuhan perencanaan pelayanan perawatan adalah keperluan yang dibuat dalam bentuk kerangka kerja agar dapat memudahkan dalam proses pelayanan terhadap pasien . Tema ini memiliki tiga sub tema yaitu kebutuhan tenaga perawat peningkatan kelengkapan alat, dan pembaruan pedoman.

Sub tema pertama adalah kebutuhan tenaga perawat dan kualifikasi perawat kurang memenuhi standar. Makna kekurangan sesuatu yang jumlahnya kurang dari ideal. Penghitungan dan penempatan perawat sesuai kebutuhan dapat menjawab

kekurangan jumlah tenaga perawat yang selama ini dirasakan oleh ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*..memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR (Bed Occupation Rate) nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja. (P4)*

*kemarin perhitungan dari ee tim remunerasi dan tim dari akreditasi, pegawai di RS itu kelebihan 200, padahal kita lagi kekurangan, lebihnya itu di bagian apa, kita ndak tau, apakah bener di perawat lebih, apa bener, mungkin di TU, atau yang di administrasi yang lebih, atau di sarana prasarana, kami ndak tau, jadi, jadi kami sementara ini harus bersabar, kalo petugas kami seperti itu, harus di upayakan bagaimana...lha itu jadi saya bagaimana mengatur agar pelayanan kami bisa berjalan dengan baik (P7)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat dengan jumlah pasien yang masuk berdasarkan kebutuhan tempat tidur (BOR) kurang relevan, maksud dari relevan adalah kurang seimbang. Hal ini justru berkebalikan dengan penghitungan yang dilakukan tim remunerasi RS, yang menyatakan bahwa RS kelebihan pegawai sebanyak 200 orang. kelebihan ini masih menjadi ambiguitas (makna ganda) karena di IGD sedang kekurangan jumlah perawat, karena ada beberapa orang perawat yang masuk masa pensiun, tapi dari pihak kepegawaian menyatakan kelebihan tenaga. Dengan adanya perbedaan ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan yang ada. Akan tetapi dari kepala ruang tetap mengusahakan untuk mengatur perawat pelaksana agar dapat memberikan pelayanan secara optimal. Jumlah kunjungan pasien IGD per hari rata-rata sangat banyak yaitu lebih dari 100 orang, sedangkan untuk pasien SKA bisa mencapai 3-5 orang dalam satu sift, perawat yang jaga dalam satu sift hanya 3-5 orang. pernyataan tersebut dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*SKA itu kalo hari sabtu atau minggu, dia mau pasang ring selalu banyak, kalau ga itu kalo 1 sift itu bisa menemui 3 sampai 5..(P1)*

*nahh itu yang di P2 itu 5 orang, di P1 itu cuman 2 orang, ditambah ka.tim 1 jadi 3 orang, makanya untuk briefing, itu kita masih kesulitan, karena kan 1 sift bisa 50 pasien, itu masih sulit sekali untuk membagi, masing-masing ada kendala (P5).*

Pernyataan di atas mempunyai makna banyaknya jumlah kunjungan pasien SKA maupun pasien dengan penyakit lainnya di IGD. Perawat menyampaikan bahwa pembagian tugas di IGD masih mengalami kesulitan, karena tidak seimbang antara jumlah perawat dengan pasien. Sehingga perlu dilakukan penghitungan ulang agar mampu meningkatkan kualitas pelayanan dan pengorganisasian tim yang ada di ruangan.

Perencanaan selanjutnya adalah adanya kualifikasi perawat saat masuk ke IGD. Perawat mengatakan perlu adanya standar minimal yang ditetapkan oleh RS agar kriteria perawat yang masuk mempunyai kesamaan dalam skill dan pengetahuan, misalnya mempunyai sertifikat minimal BLS atau *triage officer* khusus di ruang *triage*. Pernyataan perawat dapat dilihat sebagai berikut :

*Sebenarnya, menurut aturannya, biasanya di triage, di triage kan ada kualifikasi, jadi kualifikasinya ikut satu, BLS satu, terus ikut triage course, harusnya pelatihan selesai semua baru di triage, menurut asumsi saya, karena apa, kualifikasi di sini sama di luar kan jauh, di sana kan ACS, advance cardiac life support, apa pediatric, pokoknya minimal S2 to, di sini kan ya keterbatasan dari rekan, minimal kalo standarnya dari depkes kan BLS, itu aja. Tapi kalo sama sini standar SOP nya triage course, karena SOP course kan bagaimana cara menanyai orang, bagaimana nyeleksi orang, biar ini pasien P1 P2 atau P3. Tapi dalam kenyataannya, tidak sesuai dengan itu, pindah sana sana ben podo (P4)*

Pernyataan partisipan menggambarkan bahwa perlunya adanya ketetapan dari pihak RS atau top manager yang ada di IGD saat melakukan perekrutan terhadap calon perawat di IGD. menurut perawat pelaksana, kriteria seorang perawat dapat ditempatkan di IGD adalah mempunyai sertifikat minimal BLS dan *triage officer*. Akan tetapi dalam kenyataannya, pelaksanaan perekrutan di IGD tidak sesuai yang diharapkan.

Sub tema kedua dari tema ini adalah kekurangan kelengkapan alat. Makna dari kekurangan kelengkapan alat adalah segala sesuatu mengenai sarana parasarana berupa alat medis maupun mesin medis yang dapat menunjang kegiatan pelayanan keperawatan yang harus dipenuhi sesuai dengan usulan kebutuhan. Perawat merasa jika kebutuhan alat yang ada di IGD masih kurang dan harus

dilengkapi, karena RSSA merupakan RS tipe A yang seharusnya tidak lagi ada kendala tentang kekurangan peralatan. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan :

*Kalo masalah prasarana, ya ini kan masuk sesuai dengan kebutuhan ya, yang dibutuhkan oleh RS sini, sebetulnya tu kurang. Tapi ya, hambatannya masalah gini, saya sudah mengajukan apa ya, barang gitu ya, sampe apa ya, sampe berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun ada...Padahal alat-alat ini benar-benar dibutuhkan, gitu..usulan-usulan dari teman-teman memang banyak. Soalnya disini kan, namanya apa ya, RS pendidikan ya, jadi temuan-temuan, kekurangan apapun yang disini, harus kita lengkapi. Apalagi kalo disini kan RS provinsi, tipe A (P2)*

*Kalo sarana di emergency, menurut saya kurang, yang jelas kurang, satu, oksigenasi ya. Dulu itu pas dibangun saya usul oksigenasi seperti di AHASS gitu, ditarik ditengah, ceklek di bed, kasih oksigen portable hanya untuk transportasi saja, nanti habis itu pasiennya pindah, ceklek, naik lagi. Tapi dalam kenyataan, yang bikin ruangan ini sama yang minta tender kan ndak tau urusannya, yang penting nya apa, jadi gak sesuai yang diharapkan. Buktinya lantai-lantai krowak aja berapa bulan, ya di biarkan. (P4)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa manajemen pengaturan dan kebutuhan akan peralatan yang ada di IGD perlu ditingkatkan, kekurangan alat merupakan kendala yang harus segera dicarikan solusinya dan dilengkapi, mengingat kebutuhan peralatan adalah hal pokok yang menjadi bagian kelengkapan sarana prasarana yang ada.

Sub tema yang ketiga adalah perlu *update* pedoman kerja. Makna harfiah dari update adalah pembaruan, sebuah proses, cara, perbuatan membarui, makna pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan. Sedangkan makna kontekstual pembaruan pedoman adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk menciptakan ketentuan dasar yang baru yang akan digunakan sebagai standar pelayanan. Pembaruan pedoman dilakukan dengan cara *update*, diganti, ditambahi atau dikurangi, dengan adanya pedoman dan pembaruan pedoman, perawat merasa tenang dalam melaksanakan tindakan. Selama ini pedoman yang ada masih belum banyak dilakukan pembaruan di IGD. pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan :

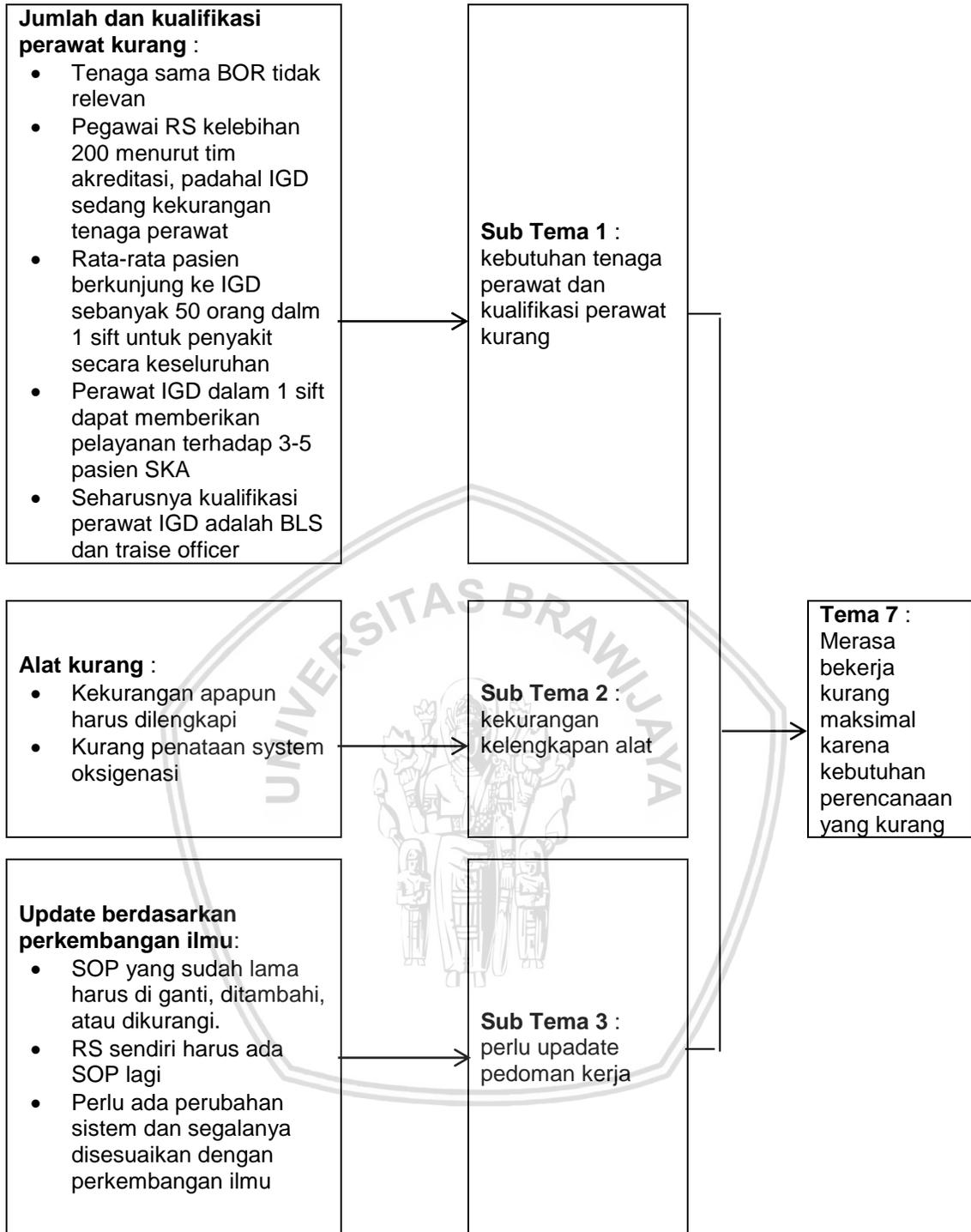
*Kalo misalnya, kalo SOP kan masih ini ya, bersama dengan kebijakan, bisa di anggap nanti, bisa dirubah kalo memang ada suatu yang, update yang harus diubah, kayak gitu. Jadi seiring dengan, berjalannya waktu, nanti, kalo SOP yang dibuat yang lama tidak update lagi yo, harus diganti, atau ditambahi, atau dikurangi gitu.(P3)*

*..melakukan push, memaksa, supaya, bagaimana masing-masing pasien yang ada di IGD, di critical care, itu sudah tertera nama dokternya dan perawatnya, nama-nama dokternya dan perawatnya, memang selama ini, nama perawat belum bisa dicatatkan, karena perbandingan kita itu...(P5)*

*...mungkin kalo dari RS sendiri si harus ada SOP lagi, kadang kan perawat kalo ada SOP nya kan kalo ada apa-apa kita bisa, ini udah sesuai SOP, ditekankan, kalo antibiotic sekarang kan alergi kan harus masuk, kalo orangnya alergi, nanti antibiotiknya menyusul, kalo gak ada SOP nya kan kita takut kan, ee takut salah, soalnya sekarang kan keluarganya dari mana, anaknya sakit, alergi A, sudah dimasukan, lha kayak gitu, kan msialkan dari sini kan udah sesuai SOP, tapi kan SOP nyaaa ee gimana ya, SOP nya itu belum keluar, jadi kan harus ada, jadi kita bisa ngikut SOP, jadi sudah ada. (P6)*

*...mungkin perlu perubahan juga di Saiful Anwar itu...Perubahan system dan segalanya, ya namanya ilmu kan berubah dan berkembang ya. (P7)*

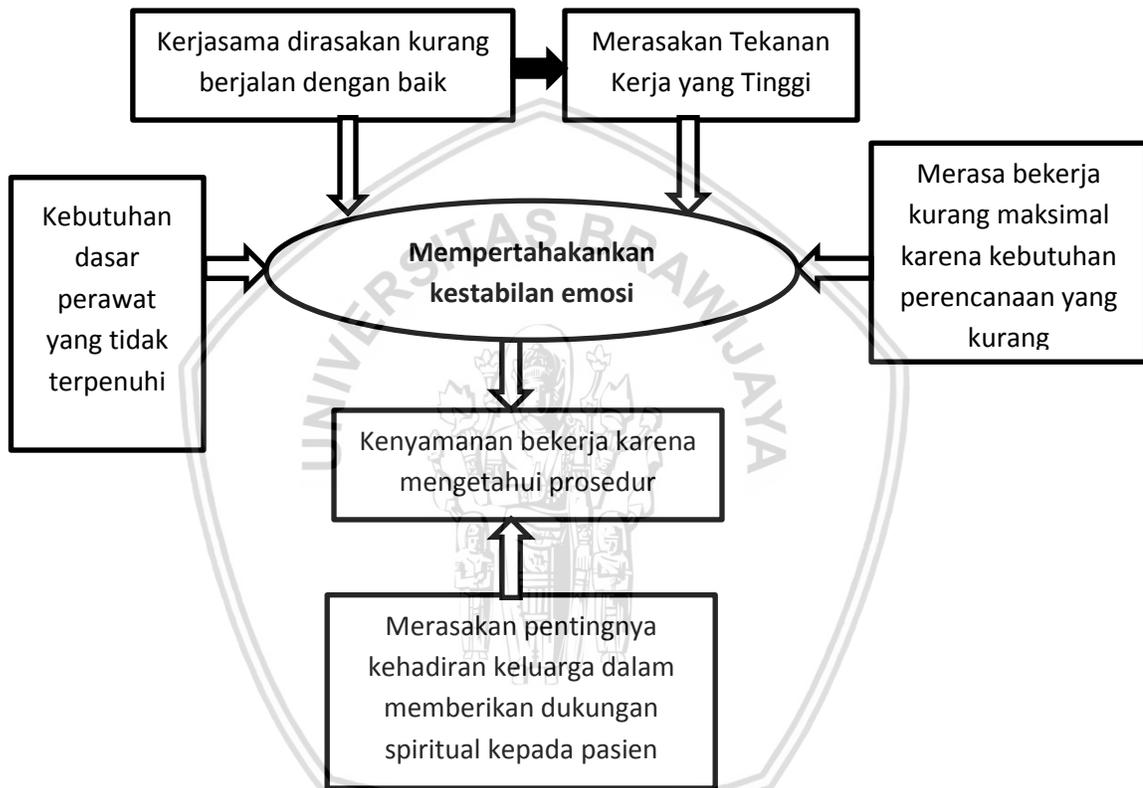
Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa perawat menginginkan adanya update atau perubahan terhadap pedoman pelaksanaan kerja atau yang biasa disebut SOP, dengan adanya *update* SOP maka aturan yang lama bisa ditambah atau dikurangi sesuai kebutuhan, pembaruan pedoman ini dilakukan karena mengikuti perkembangan ilmu terbaru. Makna *update* sama dengan pembaruan, yaitu meninjau kembali pedoman yang ada apakah harus ditambah, dikurangi, atau diganti, dengan cara melakukan rapat-rapat SOP dengan para perawat IGD. Nama perawat di status pasien juga perlu ditambahkan, mengingat selama ini hanya nama dokter yang dicatat, karena akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang ada, sehingga perlu dilakukan perubahan dalam pedoman. Pada beberapa tindakan tertentu, perawat masih ragu atau takut dalam melaksanakan pelayanan karena belum ada SOP yang baku, seperti pemberian antibiotic sebelumnya harus ditest alergi terlebih dahulu, sehingga diperlukan pembuatan SOP. Pentingnya sebuah SOP adalah sebagai alat untuk melegalkan dan instrument evaluasi pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh perawat. Ringkasan tema kebutuhan peningkatan sarana prasarana dan pedoman pelayanan dapat dilihat dari bagan di bawah ini :



Gambar 4.7 Skema Tema Merasa Bekerja Kurang Maksimal karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang

#### 4.4 Interaksi Antar Tema

Analisis terhadap pernyataan partisipan menjelaskan pengalamannya dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien ACS di IGD, menghasilkan 7 tema sebagaimana dijelaskan pada bagian sebelumnya. Adapun bentuk interaksi tema-tema tersebut, dapat dilihat pada gambar 4.8 di bawah ini.



Gambar 4.8 Interaksi Antar Tema

Gambar di atas memberikan gambaran mengenai pengalaman perawat dalam melaksanakan pelayanan pasien SKA di IGD. Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa saat bekerja perawat harus mempunyai kesiapan mental dengan mempertahankan kestabilan emosi. Kondisi IGD yang penuh sesak dengan jumlah pasien yang banyak setiap harinya ditambah dengan kurangnya jumlah tenaga menjadi tantangan tersendiri saat bekerja. Kondisi tersebut terkadang memunculkan tekanan atau stress bagi perawat. Stressor dapat muncul dari cara

bekerjasama antar tim, dari pasien, maupun keluarga. Oleh sebab itu diperlukan kestabilan emosi agar pelayanan tetap berjalan dengan baik.

Pelayanan pasien SKA dapat berjalan dengan baik jika sarana prasarana, kelengkapan alat, maupun pedoman kerja yang dibutuhkan perawat selama ini dapat terpenuhi. Perawat merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan masih kurang dilakukan penghitungan berdasarkan standar yang ada.. Pentingnya perawat manager untuk ikut berpartisipasi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan yang ada akan memberikan motivasi tersendiri bagi perawat dalam bekerja. Kurangnya penghargaan dari atasan maupun dokter, dan ketimpangan yang terjadi jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi maka, akan akan berdampak pada kestabilan emosi perawat saat melakukan pelayanan.

Tindakan utama perawat di IGD adalah untuk mengurangi morbiditas, mortalitas, dan kecacatan. SKA merupakan kegawatan jantung yang dapat mengancam nyawa, sehingga diperlukan tindakan cepat dan tepat. Pasien SKA yang datang ke IGD akan bertemu untuk dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kondisinya saat itu. Perawat tetap mempunyai kewajiban untuk memberikan rasa aman dan nyaman dengan membantu pasien untuk mengingat Tuhan. Tindakan bersifat terapeutik karena dapat membantu memberikan kesembuhan, tindakan yang dapat dilakukan adalah teknik distraksi dan nafas dalam.

Perawat dapat mengajarkan teknik distraksi dan nafas dalam ke keluarga saat banyak pasien dan harus membutuhkan bantuan, maka perawat sangat merasakan pentingnya dukungan keluarga dalam upaya membantu pasien untuk lebih dekat dengan Tuhan. Tindakan tersebut merupakan intervensi yang harus dilakukan pada setiap pasien yang masuk ke IGD tanpa terkecuali. Kenyamanan bekerja karena mengetahui prosedur dapat ditunjukkan perawat dengan cara melakukan modifikasi tindakan. Tujuan modifikasi adalah menyelamatkan jiwa pasien. Ketika melakukan modifikasi, perawat tidak selalu mendapatkan hal yang positif, karena beberapa kasus dapat menyebabkan dampak yaitu *delay* penanganan. Hal ini disebabkan karena adanya peraturan baru tuntutan akreditasi. Oleh sebab itu perawat tetap harus mempunyai emosi yang stabil dalam setiap melakukan pekerjaannya memberikan pelayanan yang optimal.

## BAB V

### PEMBAHASAN

Pembahasan berisi tentang pengulasan mengenai tema-tema yang diperoleh dari hasil penelitian. Tema yang sudah didapatkan akan dihubungkan dengan teori-teori yang ada yang berasal dari penelitian terdahulu. Tema yang didapatkan nantinya akan dibandingkan dengan teori yang ada dengan tujuan untuk mendapatkan teori baru, bertentangan, atau justru memperkuat teori sebelumnya. Tema penelitian dibuat menjadi suatu alur yang dibangun untuk menggambarkan pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA IGD di RSSA Malang.

#### 5.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Penelitian ini menghasilkan 7 tema yaitu 1) mempertahankan kestabilan emosi, 2) kenyamanan bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, 3) merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, 4) Kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik, 5) Tingginya Stressor Kerja, 6) Kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi, 7) Merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang.

##### 5.1.1 Tema Mempertahakkan Kestabilan Emosi

Tema menganggap pentingnya keseimbangan emosi menggambarkan pentingnya pengelolaan perasaan guna pelaksanaan pelayanan pasien SKA. Kestabilan emosi sangat diperlukan dalam memberikan pertolongan kegawatan selain baik berupa fisik maupun psikologis (Wijaya *et al.*, 2015). Kestabilan emosi yang dilakukan adalah dengan cara mengatur keseimbangan emosi, dan kuat dengan resiko luapan emosi.

Sub tema yang pertama adalah keseimbangan emosi. Emosi yang seimbang merupakan perasaan yang muncul yang porsinya sama tidak berat sebelah berasal dari persepsi mental dan ekspresi tubuh yang dihasilkan saat subjek merespon objek tertentu (Goetz, Zirngibl, Pekrun, & Hall, 2003). Kepanikan keluarga dan pasien saat masuk ke IGD harus diimbangi dengan emosional yang stabil, hal ini sesuai dengan Bakken, (2011) yang mengatakan bahwa penting untuk memahami emosi,

mengendalikan reaksi dalam lingkungan tim kerja, sehingga tercipta pelayanan yang optimal. Pelayanan kesehatan yang optimal akan terwujud apabila sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan mendukung praktik keperawatan profesional dan berpedoman pada standar yang telah ditetapkan (Wahyuni, 2007). Respon cepat dan tanggap sangat diperlukan dalam menolong pasien di IGD (Wijaya *et al.*, 2015), respon tanggap penting dilakukan agar perawat mampu melakukan manajemen pasien SKA dengan baik seperti mampu mengenali tanda dan gejala (Joob & Wiwanitkit, 2013). Pengaturan emosi selanjutnya adalah meminimalkan kebingungan saat berhadapan dengan pasien. Kompleksnya permasalahan di IGD akan berdampak pada distress emosional dan perawatan (Artawan, Winarni, & Kristianto, 2017) sehingga perlu dilakukan pengelolaan emosi yang baik dan seimbang.

Sub tema yang kedua adalah kuat dengan luapan emosi. Makna dari subtema yang dimaksudkan disini adalah perawat mampu menghadapi respon negatif maupun positif yang muncul dari pasien dan keluarganya. Pekerjaan biasanya dikaitkan dengan berbagai reaksi afektif, termasuk perasaan umum yang bersifat positif maupun negative seperti ketidaksenangan, amarah dan frustrasi (Rafaeli, Semmer, & Franziska Tschan, 2000). Perlu dilakukan komunikasi yang efektif antara perawat, pasien, dan keluarga untuk meminimalkan emosi yang terjadi. Perawat dapat memberikan layanan yang berkualitas jika lingkungan kerja kondusif, lingkungan kerja positif, sehingga dapat memberikan layanan pasien yang berkualitas (Er & Sökmen, 2018).

### **5.1.2 Kenyamanan Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan**

Kenyamanan merupakan senang, nyaman, sedangkan prosedur tindakan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan.. Pengetahuan merupakan Modifikasi pedoman berdasarkan pedoman mempunyai makna melakukan perubahan terhadap suatu ketentuan dasar karena alasan tertentu, menyesuaikan kondisi pasien, dan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman perawat yang telah didapatkan. Dalam memberikan pelayanan, perawat harus menerapkan pedoman atau Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai acuan dalam menjaga keselamatan pasien (Natasia *et al.*, 2014). Isi dari

pedoman atau SOP berupa indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja, dan system kerja pada unit IGD (Atmoko, 2004). Kepatuhan perawat terhadap pedoman dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, kemampuan, dan motivasi. Faktor eksternal meliputi karakteristik organisasi, kelompok, pekerjaan, dan lingkungan (Putra, 2016).

Sub tema yang pertama adalah manfaat dan dampak yang dirasakan perawat dengan modifikasi pedoman. Perawat harus berhadapan dengan situasi yang kompleks ketika melakukan pelayanan SKA, banyak hal yang harus dilakukan dengan asas dipertimbangkan saat proses pelayanan, terkadang perawat melakukan tindakan dengan cara memodifikasi tetapi bermanfaat untuk menyelamatkan jiwa pasien, hal-hal yang dilakukan perawat seperti tindakan dasar pemasangan oksigen, pemasangan EKG, sampai keadaan yang mengancam yaitu pasien kolaps dan harus segera dilakukan RJP. Modifikasi merupakan pengambilan keputusan yang dilakukan perawat yang berbeda dengan pedoman bertujuan untuk menyelamatkan dan mempertahankan kehidupan (Bailey, 2005), faktor yang mempengaruhi perawat melakukan modifikasi adalah faktor eksternal (Anugrahini, 2010). Motivasi merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi tindakan modifikasi, faktor ini berasal dari kondisi pasien itu sendiri, fasilitas RS, keluarga, dan keterbatasan tenaga Alasan ketidaksesuaian pedoman masih dilakukan berdasarkan nilai-nilai etik profesi keperawatan yaitu berbuat baik (*beneficience*), keadilan (*justice*), tidak merugikan (*nonmalefecience*), kejujuran (*veracity*), menepati janji (*fidelity*), kerahasiaan (*confidentiality*), dan akuntabilitas (*accountability*) Human *dignity, privacy, justice, autonomy in decision making, precision and accuracy in caring, commitment, human relationship, sympathy, honesty, and individual and professional competency* (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh, & Bahrami, 2013).

Tuntutan akreditasi juga mempengaruhi perawat dalam melakukan modifikasi, tindakan ini dapat dilihat dari kepatuhan perawat yang dilakukan (Putra, 2016). Akreditasi mempunyai makna yaitu evaluasi secara eksternal dengan pedoman *peer review* dan standar untuk meningkatkan mutu pelayanan (Putu, 2006). Dengan adanya akreditasi dapat membantu perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sesuai standar. Walaupun akreditasi merupakan hal

wajib yang harus dilakukan, akan tetapi beberapa perawat kurang setuju dengan adanya perubahan aturan akreditasi tersebut, karena dengan adanya perubahan, menyebabkan dampak yang akan dirasakan pasien yaitu *delay* penanganan. Akibat dari *delay* adalah morbiditas, mortalitas, dan kecacatan (Mol *et al.*, 2016). *Delay* merupakan keterlambatan pelaksanaan tindakan atau pelayanan karena beberapa faktor seperti sosiodemografi pasien, gaya hidup, onset dengan waktu datang di RS, tempat tinggal dengan pusat layanan kesehatan, dan faktor pemberian pelayanan di RS (Rivero *et al.*, 2016).

Sub tema yang kedua adalah perbedaan pengetahuan perawat terkait keberadaan pedoman. Peningkatan kinerja pelayanan merupakan hal utama dalam bidang kesehatan, sebagai bentuk kosekuensinya adalah diperlukan persyaratan dalam melaksanakan pekerjaan berdasarkan standar tertulis (pedoman kerja). Dalam pelayanan keperawatan, standar pelayanan sangat membantu untuk mencapai asuhan yang berkualitas (PKM-SPMK UGM, 2002). Keberadaan pedoman sangat dibutuhkan dalam mencapai tujuan pelayanan, adanya sebuah pedoman dan pengawasan akan mempengaruhi kinerja karyawan (Nugraheni & Budiarmo, 2014). Pedoman protokol tindakan SKA di IGD RSSA belum dapat dibukukan, akan tetapi dalam pelaksanaan, perawat mengikuti instruksi dokter dan melakukan tindakan kolaborasi (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016) serta pengetahuan yang didapat melalui *update* pelatihan dan seminar (Ainiyah, 2016).

### **5.1.3. Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan**

#### **Dukungan Spiritual kepada Pasien**

Tema ini menggambarkan tentang pelaksanaan pelayanan keperawatan berupa tindakan keperawatan berupa dukungan dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Sindrom koroner akut merupakan penyakit kardiovaskuler dengan keluhan mendadak berupa nyeri dada, keringat dingin yang menyebabkan resiko mortalitas, morbiditas, dan kecacatan (Khoshchereh *et al.*, 2016). Spiritual merupakan tindakan hubungan antara manusia dengan Tuhan yang dapat menjadi sumber motivasi dan emosi pencarian individu yang berkenaan dengan hubungan seseorang dengan Tuhan. Implementasi dukungan spiritual yang diberikan berujuan

untuk mendekatkan pasien kepada Tuhan. Upaya yang dilakukan adalah melibatkan keluarga dengan membimbing doa langsung agar senantiasa dekat dengan Tuhan dan tidak takut ketika mendekati ajal.

Mendekatkan pasien kepada Tuhan merupakan alasan pertama pentingnya perawat melakukan implementasi dukungan spiritual. Bentuk implementasi ini adalah keterlibatan atau interaksi pasien dengan keluarga atau orang terdekat (Ariyani, Suryani, & Nuraeni, 2014). Menurut Carney *et al.*, (2008) faktor resiko penyebab kematian pasien SKA sejak serangan dalam jangka waktu 5 tahun adalah depresi. Pentingnya peran perawat dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien salah satunya adalah mendukung dengan spiritual, hal ini sesuai dengan penelitian Endiyono (2016) yang menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan spiritual dengan kualitas hidup pasien, dukungan sosial yang dimaksud adalah perawat, keluarga, dan teman. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Moeini, Momeni, Ghasemi, Yousefi, & Abedi (2012) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara antara kelompok control dan grup yang diberikan intervensi *Spiritual Well Being* (perawat berada disamping pasien, berdoa, dan kehadiran sistem pendukung lainnya seperti keluarga dan teman) terhadap kualitas hidup pasien.

Implementasi dukungan spiritual lainnya dilakukan sebagai upaya mengurangi kecemasan pasien. Tindakan yang dilakukan perawat adalah sebagai bentuk dukungan spiritual adalah melakukan teknik distraksi dan menguatkan pasien. Hal ini sejalan dengan *literature review* yang dilakukan oleh Ariyani, Hana, Suryani, Nuraeni (2014) mengatakan bahwa terdapat gap atau perbedaan mengenai persepsi perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Persepsi perawat terbatas pada kebutuhan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri, dan orang terdekat pasien, sedangkan persepsi pasien mengenai kebutuhan spiritual lebih luas tidak hanya terfokus pada ketiga hal tersebut, akan tetapi moralitas, menikmati alam dan etika merupakan persepsi yang diyakini oleh perawat. Pasien SKA dapat mengalami berbagai masalah seperti masalah fisik, psikologi, dan spiritual, yang akibatnya adalah mempengaruhi kualitas hidup pasien. masalah psikologis biasanya mempunyai dampak dengan *outcome* penyakit cardiovascular (Ariyani *et al.*, 2014).

#### 5.1.4 Kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik

SKA merupakan penyakit kardiovaskuler akut yang banyak menyebabkan kematian di beberapa Negara. IMA merupakan salah satu bagian SKA yang paling sering menyebabkan kegagalan dalam mendapatkan penanganan awal. Standar petunjuk praktik SKA menyebutkan bahwa, terapi trombolitik dan reperfusi merupakan tindakan kolaborasi yang utama dalam rangka menyelamatkan nyawa pasien (Joob & Wiwanitkit, 2013). Tindakan kolaborasi lainnya yang dapat dilakukan perawat adalah mengidentifikasi tanda gejala, pemasangan EKG, dan pemberian MONAC (Morphin, Oksigen, Nitrat, Aspirin, Copidogrel) (PERKI, 2015). Makna kolaborasi menurut Souza *et al.*, (2016) adalah satu jalan praktik organisasi yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas kesehatan, keselamatan dan kepuasan pasien dan pekerjaan. Kolaborasi yang dimaksudkan terdiri dari kolaborasi interprofesional yaitu dokter dengan perawat (Henkin *et al.*, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Khademian *et al.*, (2013) menyebutkan bahwa kerjasama tim antar disiplin ilmu di IGD dapat dilakukan jika memenuhi kriteria adanya kehadiran anggota tim yang efektif, terdapat kejelasan peran tim, terdapat konteks manajerial, manajemen pasien yang efektif, dan mampu mengatasi konflik yang ada.

Sub tema pertama menggambarkan keterbatasan perawat dalam melakukan peran. Peningkatan kualitas layanan RS harus memperhatikan manajemen yang dilakukan oleh dokter, perawat, dan petugas lainnya sebagai upaya tindakan kolaborasi (Ainnur Rahmawati, 2016). Dalam proses pelayanan, perawat terbatas dalam melakukan tindakan medis, akan tetapi diperkenankan untuk memberikan masukan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Khademian *et al.*, 2013) bahwa perawat sebagai patner kerja diperkenankan untuk memberikan masukan yang didasarkan *evidence base* dan pengetahuan. Penelitian yang dilakukan oleh (Susilaningsih, Mukhlas, & Utarini, 2011) mengatakan sharing antar *expert* (ahli) merupakan ciri penting perilaku sebuah hubungan dalam mewujudkan kerjasama yang melekat satu dengan lainnya. Pemilihan dan pengambilan keputusan pasien untuk dilakukan prioritas pasien di ruang *triage* merupakan wewenang dokter, akan tetapi perawat mempunyai hak untuk memberikan masukan. Penelitian lain menyebutkan bahwa pemilihan pasien dibutuhkan skill dan pengalaman dalam pengambilan keputusan (Fathoni, Sangchan, & Songwathana,

2013), ruang traige merupakan tempat pemilihan pasien berdasarkan kegawatannya dan merupakan tempat interdepartemen kolaborasi maupun komunikasi yang harus menjadi prioritas utama (Chagolla, Keats, & Fulton, 2013; Souza *et al.*, 2016; Viereck *et al.*, 2017). Kategori pemilihan pasien adalah P1 merah (gawat darurat), P2 kuning (gawat tidak darurat), P3 hijau (tidak gawat tidak darurat) (Pusponegoro & Sujudi, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh (Bailey, 2005) menunjukkan bahwa saat pemilihan pasien dan penentuan prioritas yang dilakukan, biasanya memiliki potensi kesalahpahaman, oleh sebab itu prinsip etik sangat penting dalam pengambilan keputusan kolaborasi yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan.

Sistem penulisan status atau yang disebut dengan dokumentasi pasien di IGD RSSA menurut perawat belum dilakukan secara efektif. Dokumentasi merupakan alat yang digunakan untuk mendukung riwayat perawatan pasien yang secara bersamaan dapat membantu komunikasi intra dan interdisipliner dalam pengambilan keputusan (Keenan, Yakel, Tschannen, & Mandeville, 2008). Tidak efektifnya sistem dokumentasi di ruang gawat darurat pada pasien SKA disebabkan karena pengaturan dokumentasi masih dominan dipegang oleh dokter kardiovaskular. Perawat terkadang tidak mempunyai waktu dalam penulisan dan dilakukan diakhir, sehingga dokumentasi pasien cenderung dibawa oleh dokter. Penelitian ini sejalan dengan Gugerty & Maranda (2010) pada 933 perawat, hasil menunjukkan bahwa 81% pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga berdampak langsung terhadap pelayanan. Penulisan dokumentasi yang tidak lengkap akan menimbulkan permasalahan dalam pelaksanaan keperawatan (Ardenny & Hirzal, 2016). Pasien yang telah dilakukan pentalaksanaan SKA di RS dengan sistem pendokumentasian yang baik dapat menurunkan angka kematian secara signifikan (Letvak, Rhew, & Beinecke, 2015).

Sub tema yang kedua adalah kurang memahami peran antar perawat. Hubungan antar perawat sangat diperlukan dalam sebuah pelayanan. Perawat dapat melakukan pelayanan dengan baik dapat dipengaruhi dari kondisi lingkungan dan *support system* yang ada. Lingkungan kerja yang positif dapat menciptakan pasien *safety*, kualitas layanan pasien yang baik optimal (Er & Sökmen, 2018). Keperawatan merupakan disiplin ilmu yang memberikan pelayanan secara

menyeluruh biopsikososialspiritual, yang mengacu pada standar professional dan etika keperawatan (Nursalam, 2003). Pentingnya kerjasama antar perawat harus diakui secara luas, peningkatan komunikasi dan pengiriman informasi yang baik, kolaborasi dan kerjasama tim antara kedua perawat maupun dokter telah dilaporkan dapat mengurangi kesalahan medis (Liao *et al.*, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh (Moore Weaver, Leahy, Sublett, & Lanig, 2013) menunjukkan bahwa hubungan yang positif antara perawat dengan perawat merupakan kunci yang sehat dalam membangun suatu organisasi agar dapat dipertahankan di masa depan. Perawat mengatakan selama ini *job desk* di IGD pada perawat pelaksana masih kabur. Antara perawat laki-laki dengan perawat perempuan tidak ada perbedaan, justru perawat laki-laki yang lebih banyak melakukan tindakan. Penelitian yang dilakukan oleh Muench & Dietrich (2017).

Perbedaan motivasi dan keterampilan antara pria dan wanita telah lama dianggap sebagai faktor penting dalam kesenjangan pendapatan gender, namun faktor ini sulit diukur. Sejalan dengan pernyataan Platis, Reklitis, & Zimeras (2015) menyatakan bahwa dalam lingkungan ketegangan dan pembagian kerja seperti pelayanan kesehatan, kinerja karyawan merupakan salah satu tantangan yang paling mendasar. Alasannya adalah bahwa kinerja sebagai fenomena terkait erat dengan aspek efektivitas, manajemen pengetahuan dan kualitas dari satu sisi dan manajemen, pembiayaan dan pengembangan organisasi dari sisi lain. Khusus untuk masalah kinerja dokter dan perawat sangat terkait dengan keselamatan pasien.

Literatur internasional menunjukkan bahwa sejumlah besar faktor mempengaruhi kinerja karyawan seperti kepuasan dari profesi, lingkungan kerja, kebijakan kompensasi, dll (Platis *et al.*, 2015). Berbanding terbalik dengan penelitian Mailool, Pondaag, & Lolong (2017) berkaitan dengan faktor personal dengan kinerja perawat, didapatkan jenis kelamin perempuan lebih banyak turut berpartisipasi dibandingkan dengan laki-laki. Adanya perubahan signifikan yang terjadi karena meningkatnya partisipasi wanita terhadap angkatan kerja, diasumsikan bahwa wanita lebih mampu memecahkan masalah, menganalisis, dorongan kompetitif, motivasi, dan sosiabilitas dalam kinerja (Robbins & Timothy A. Judge, 2013).

Sub tema yang ketiga adalah kesal dengan etika tim. Kesal merupakan sikap tidak suka karena penilaian subyektifitas. Sikap kesal merupakan reaksi emosional negative (Bishop & Molzahn, 2005) yang dapat menyebabkan respon marah (Rafaeli *et al.*, 2000). WHO melaporkan bahwa 70-80% kesalahan dalam pelayanan dapat terjadi karena buruknya komunikasi dan pemahaman dalam kerjasama tim, sehingga dapat memunculkan konflik yang ada (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010).

Perilaku kurang santun berkaitan dengan etika petugas pelayanan kesehatan, penyebab yang paling sering adalah kurangnya komunikasi antar tim. Perilaku kurang santun dapat dimbangi dengan perilaku *caring*, yaitu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, dan memberikan perhatian lebih kepada seseorang. Jika perilaku caring ini terbentuk, maka perilaku kurang santun dapat dihindari. Penelitian dilakukan oleh Faidah, Ratnawati, & Setyoadi (2013) mengenai etika perilaku tim kesehatan di IGD menyatakan bahwa masih tingginya perilaku perawat dan dokter yang kurang baik saat menjalankan kolaborasi seperti komunikasi yang buruk, dokter tidak mau mendengarkan saran, dan kurang rasa percaya dokter ke perawat. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ainnur Rahmawati (2016) tentang hubungan kepentingan bersama, menunjukkan bahwa 32,6 % perawat-dokter tidak melakukan kepentingan bersama dan akan tetapi pelayanan masih berjalan baik. Kepentingan bersama merupakan usaha dokter dan perawat dalam meningkatkan kepuasan pelayanan yang implikasinya adalah untuk diri sendiri, pasien, maupun profesi lain.

#### **5.1.5 Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi**

Tema ini menggambarkan hambatan yang terjadi saat pelaksanaan pelayanan SKA. Kolaborasi antar perawat juga tidak lepas dari munculnya tekanan atau stressor kerja yang berakhir pada konflik (Milton, 2009), hal ini disebabkan karena pasien yang datang ke IGD merupakan jenis pasien yang tidak dapat diprediksi dengan kasus kegawatan, *definitife diagnosis* Kondisi IGD dengan jumlah pasien yang banyak akan memberikan dampak pada pemberi pelayanan maupun pada pasien (Fathoni *et al.*, 2013). Oleh sebab itu diperlukan suatu leader atau perawat manajer yang dapat menjadi penengah dalam hubungan perawat-perawat, seperti penelitian (Milton, 2009) menunjukkan hasil bahwa kualitas *leadership* akan

mempengaruhi hubungan dari anggota baik interdependen maupun interdisiplin ilmu professional kesehatan IGD.

Stres merupakan gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor luar yang bersifat negative (Taylor, 2006). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hasby (2017) mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konflik dengan stressor kerja. Partisipan mengungkapkan bahwa stress berasal dari tim medis maupun pasien. Pernyataan yang sama diungkapkan oleh (Sarafis *et al.*, 2016) bahwa perawat yang sering terpapar dengan kematian pasien, ketidakpastian efek terapeutik, serta konflik dengan manajer maupun rekan kerja menyebabkan tekanan jauh lebih tinggi saat bekerja.

Konflik yang terjadi akan memberikan dampak pada status kesehatan baik fisik maupun mental pada mental seorang perawat sebagai manusia yang memiliki kebutuhan biopsikososiospiritual. Sarafis *et al.*, (2016) mengungkapkan bahwa faktor independen yang paling dominan terhadap konflik perawat dengan tim akan berdampak pada kesehatan fisik, sedangkan konflik dengan top manajer akan berdampak pada kesehatan mental. Dampak lain yang dirasakan perawat ketika lingkungan kerja tidak bersahabat adalah penurunan moral, penurunan kepuasan kerja, keluar dari pekerjaan (Bishop & Molzahn, 2005).

Sikap jenuh dan bosan juga sering dikeluhkan oleh perawat berkaitan dengan pekerjaan. Kelelahan bekerja karena tingginya jumlah pasien merupakan factor utama. Perawat melakukan tindakan yang sama berulang-ulang dapat menyebabkan kejenuhan. Hal yang diinginkan perawat adalah adanya *refrehsing*. Tapi hal tersebut belum dapat dipenuhi oleh pihak IGD. Sehingga munculah stressor kerja yang tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Li, Cheng, & Zhu (2018) menyebutkan bahwa perawat garurat sering mengalami stress karena kelelahan emosional, depersonalisasi, penurunan prestasi pribadi dikarenakan beban kerja tinggi. Studi kualitatif yang dilakukan oleh (Bayuo & Agbenorku, 2017) mengenai koping startegis yang dilakukan perawat ketika mengalami kejenuhan adalah mencari dan memperoleh dukungan, menjauhkan diri sementara, dan rekreasi. Tujuan utama dari koping ini adalah mengurangi stress yang terjadi ketika bekerja.

### 5.1.6 Kebutuhan Dasar Perawat yang Tidak Terpenuhi

Tema kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi menggambarkan tentang suatu keperluan yang harus ada sebagai konsekuensi pekerjaan di suatu organisasi kesehatan yaitu kebutuhan penghargaan dan kebutuhan pengakuan.

Kebutuhan terhadap penghargaan. Makna kebutuhan adalah keperluan, sedangkan penghargaan adalah perbuatan menghargai atau menghormati. Dalam penelitian ini partisipan menyatakan bahwa penghargaan terhadap senior kurang dibandingkan dengan junior, penghargaan yang dimaksud adalah terkait kinerja. Penghargaan terhadap senior yang telah memiliki pengalaman kerja yang lama perlu mendapat perhatian. Kebutuhan terhadap penghargaan kinerja sangat diperlukan perawat dalam upaya pencapaian tujuan pelayanan. Teori kebutuhan dikembangkan oleh Abraham Maslow, kebutuhan akan penghargaan perawat termasuk dalam urutan ke empat, adapun urutannya adalah sebagai berikut : kebutuhan fisik (oksigen, makan, minum, tidur), kebutuhan rasa aman, kebutuhan untuk diterima, kebutuhan untuk dihargai, dan kebutuhan aktualisasi diri (Maslow & Bennis, 1998).

Kebutuhan dasar yang harus dipenuhi manajemen RS menurut perawat adalah penghargaan. Hasil penelitian ini berbeda dengan ungkapan Iskandar (2016) yang mengatakan bahwa kebutuhan dasar meliputi gaji, libur, rencana pensiun, istirahat, dan lingkungan kerja yang menyenangkan merupakan kebutuhan prioritas pertama yang harus dipenuhi. Pendapat yang disampaikan oleh Rahmawati (2017) mengatakan, pemberian *punishment* dan *reward* yang tidak sama akan menimbulkan ketidakpuasan pegawai. Sikap merasa tidak dihargai lainnya ditunjukkan oleh partisipan yang berperan sebagai kepala tim, saat ada rapat evaluasi SOP, ka.tim tidak dilibatkan dalam rapat, sehingga merasa kurang adanya penghargaan terhadap loyalitas yang telah diberikan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryanti & Arruum (2007), perlunya budaya organisasi seperti kedisiplinan perawat, *pre conference*, dll, dapat memberikan implikasi yang baik bagi kepuasan kerja perawat, sehingga terciptanya suasana kerjasama tim yang saling menghargai dan menghormati antara perawat satu dengan yang lainnya. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rahayu & Dewi,

2009; Royani, Sahar, & Mustikasari, 2012) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sistem penghargaan dengan kinerja perawat. Sistem penghargaan kinerja di RSSA Malang yang diberikan kepada perawat berupa gaji pokok, remunerasi, komisi, pensiun.

Kebutuhan perawat dalam melaksanakan pelayanan lainnya adalah pengakuan kinerja (Huitt, 2007; Kaur, 2013). Faktor yang mempengaruhi kinerja adalah motivasi, motivasi dapat diartikan sebagai kekuatan yang muncul dari dalam dan luar seseorang, dalam teori isi (*content theoris*) menegaskan bahwa kebutuhan yang memotivasi seseorang untuk dapat diupayakan terpenuhi (Iskandar, 2016). Motivasi terdiri dari tiga unsur yaitu : kebutuhan, dorongan, dan tujuan (Nursalam, 2014). Sejalan dengan penelitian (Miyata, Arai, & Suga, 2015) menyatakan bahwa pengakuan yang dilakukan oleh top manajer perawat terhadap bawahannya mengurangi tingkat stress dan mendukung kesehatan mental staf perawat.

#### **5.1.7 Merasa Bekerja Kurang Maksimal Karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang**

Tema kebutuhan perencanaan pelayanan perawat mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Secara harfiah, makna kebutuhan adalah yang dibutuhkan atau diperlukan, sedangkan makna perencanaan adalah konsep atau rangka sesuatu yang akan dikerjakan. Makna secara kontekstual dari kebutuhan perencanaan pelayanan perawat adalah keperluan yang dibuat dalam bentuk kerangka kerja dan form tertulis agar dapat memudahkan dalam proses pelayanan terhadap pasien.

Sub tema pertama adalah kekurangan tenaga dan kualifikasi perawat kurang memenuhi standar. Menurut (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011) disebutkan bahwa standar perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat terdiri dari ketenagaan, sarana prasarana dan peralatan RS. Perencanaan ketenagaan perawat meliputi peran dan fungsi, serta kualifikasi. Hasil Penelitian ini menunjukkan bahwa peran dan fungsi perawat di IGD sudah sesuai dengan tugasnya masing-masing. Sumber daya manusia merupakan komponen penting di RS, perencanaan tenaga perawat merupakan

fungsi organik dari suatu manajemen yang merupakan titik dasar dalam pencapaian tujuan organisasi (Julia *et al.*, 2014).

Penghitungan kebutuhan jumlah tenaga di IGD RSSA masih belum ada kesesuaian antara tenaga dengan jumlah BOR yang ada. Hal ini sesuai dengan penelitian (Ward, 1992) yang mengatakan bahwa penghitungan staf perawat penuh waktu berdasarkan perkiraan jumlah pasien gawat darurat tidak cukup sensitive untuk dapat diaplikasikan. Penelitian lain oleh (Gräff *et al.*, 2016) menunjukkan bahwa perencanaan staff yang berorientasi kinerja seharusnya menggunakan instrument objektif untuk penghitungan tenaga perawat penuh waktu di IGD berdasarkan *Manchester Triage System*. Akan tetapi untuk sistem perekrutan dengan sistem kualifikasi tenaga perawat berdasarkan kompetensi belum dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada. Menurut (Kemenkes RI, 2009) kualifikasi perawat di ruang IGD adalah mempunyai sertifikat pelatihan minimal *emergency dan triage officer*. Perawat melaksanakan asuhan dan praktik keperawatan sebagai sebuah profesi yang harus memiliki kualifikasi kewajiban memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) sebagai bukti tertulis dan pencatatan resmi MTKI (majelis tenaga kesehatan Indonesia) (Kemenkes RI, 2017).

Sub tema yang kedua adalah kekurangan alat. Kelengkapan alat di IGD merupakan tolok ukur dari standar pelayanan yang ada. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa peralatan yang ada di IGD beberapa sudah memenuhi standar RS level IV (Kemenkes RI, 2009) seperti defibrillator, AED, dll. Peralatan di IGD harus mempunyai kualitas tinggi untuk mengantisipasi kasus kegawatan yang ada (*American College of Emergency Physicians (ACEP) Board of Direction*, 2014). Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada beberapa kekurangan dalam hal peralatan seperti oksigenasi. Kekurangan ini dapat disebabkan karena adanya keterbatasan anggaran RS (Nursalam, 2014).

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh (Pamungkas, Istiningtyas, & Wulandari, 2015) menunjukkan bahwa fungsi pengorganisasian perawat dalam pemberian terapi oksigen diwujudkan dalam bentuk pemberian oksigen, indikasi, dan kontra indikasi, sedangkan fungsi perencanaan perawat dalam pemberian oksigen diwujudkan dalam bentuk penilaian kondisi fisik pasien. Pengorganisasian

keperawatan di IGD harus memberikan pelayanan selama 24 jam. pengorganisasian dilakukan berdasarkan pada organisasi fungsional meliputi unsur pimpinan dan unsur pelaksana termasuk perawat dan profesi kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan pasien gawat darurat (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011).

Sub tema yang ketiga adalah pembaruan pedoman. Manajemen pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Tujuan dari pelayanan gawat darurat adalah menyelamatkan nyawa, mengurangi angka kesakitan, kematian, dan kecacatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI, 2011). Penerapan pedoman dalam pelaksanaan pelayanan perawatan bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien, penelitian yang dilakukan oleh (Natasia *et al.*, 2014) menunjukkan bahwa ada pengaruh antara motivasi dan persepsi terhadap kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP. Perawat IGD merupakan yang pertama dalam kontak dengan pasien, penerapan pedoman sangat dibutuhkan, tidak hanya saat pelaksanaan tapi perawat perlu melakukan pembaruan ilmu, komunikasi, prosedur, termasuk juga peralatan dan obat-obatan dalam rangka meningkatkan pelayanan perawatan yang ada (Ramanayake, Ranasingha, & Lakmini, 2014). Penelitian oleh Rc *et al.*, (2010) menunjukkan bahwa pengembangan SOP merupakan alat efektif untuk meningkatkan kualitas PCR (*Patient Care Report*) dan tingkat penyelesaian item dokumentasi.

Para ahli sepakat bahwa pedoman prosedur adalah elemen penting bagi suatu institusi dalam tindakan sehari-hari untuk menanggapi sebuah insiden atau bencana, dan perlu adanya suatu manajemen khusus sebagai sruktur untuk menyusun, memperbarui, dan memperkuat prosedur secara efektif (Steiner, 2014). Pembaruan pedoman yang ada dapat berasal dari evidence based practice (Richard & Jarvis, 2016). Penelitian lain yang dilakukan oleh (Majid *et al.*, 2011) menunjukkan bahwa 64 % perawat mengungkapkan sifat positif terhadap EBP (*Evidence Base Prctice*), namun karena beban kerja yang berat mereka tidak dapat mengikuti perkembangan dengan bukti baru. Oleh sebab itu pentingnya pembaruan terhadap pedoman praktik perawat bertujuan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan.

## 5.2 Implikasi Keperawatan

### 5.2.1 Implikasi Praktik

1. Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah perawat lebih siap mental dan aspek psikologis yang akan dibutuhkan saat melakukan pelayanan dengan terus belajar, memperbarui informasi, mengenai SKA.
2. Dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam pengembangan kebijakan RS terkait sistem *reward*, penghargaan, dan pembaruan pedoman baik yang ada
3. Penambahan jumlah tenaga perawat dengan penghitungan yang lebih akurat, dapat mengatasi permasalahan kekurangan sumber daya yang ada
4. Kebutuhan sarana prasarana yang lebih memadai akan memicu perawat bekerja lebih percaya diri.

### 5.2.1 Implikasi Teori

1. Metode kualitatif yang digunakan dalam peneliti mampu mengali makna pengalaman perawat, sehingga dapat dijadikan referensi dalam pengambilan keputusan terkait tindakan pada pasien SKA.
2. Pengembangan teori keperawatan khususnya pelayanan kardiovaskular sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien.

## 5.3 Keterbatasan penelitian

1. Penelitian ini masih luas mengenai SKA secara keseluruhan, belum tergali secara spesifik pada masing-masing SKA seperti STEMI, Non STEMI, atau Angina.
2. Analisis data menggunakan metode Van Kaam hanya melakukan validasi dengan hakim eksternal (ahli dalam kualitatif). Diperlukan validasi langsung terhadap partisipan agar didapatkan hasil yang lebih maksimal.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

Tema yang telah dihasilkan dalam penelitian menunjukkan adanya kompleksitas dalam melaksanakan pelayanan keperawatan yang melibatkan perasaan, emosi, keahlian dan pengetahuan perawat.

#### 6.1.1 Kesimpulan

1. Perasaan perawat sebagai pemberi layanan keperawatan adalah menganggap pentingnya mempertahankan kestabilan emosi yang dapat dilakukan dengan cara memiliki keseimbangan emosi, dan kuat dengan resiko luapan emosi.
2. Perawat merasa nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, dan merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual.
3. Perawat merasakan kerjasama kurang berjalan dengan baik karena etika yang kurang dan tingginya stressor kerja.
4. Kebutuhan dalam pelayanan dirasakan masih kurang oleh perawat. kebutuhan tersebut berupa kurangnya penghargaan, pengakuan kerja, dan peningkatan perencanaan pelayanan keperawatan meliputi tenaga perawat, kelengkapan alat, dan pembaruan pedoman.

#### 6.1.2 Saran

1. Pemberi layanan kesehatan
  - a. Hambatan yang muncul seperti perilaku kurang santun, perlu disampaikan dan diselesaikan bersama dengan teknik komunikasi yang tepat.
  - b. Manajemen RS lebih memperhatikan kebutuhan perawat seperti penghargaan, perencanaan tenaga, perlalatan, sarana dan prasarana penunjang pelayanan agar mampu meningkatkan kualitas layanan IGD.
  - c. Perlu dibuat *clinical pathway* atau protokol pelaksanaan pelayanan pasien SKA dalam bentuk *print out*, agar memudahkan perawat dalam pelaksanaan tindakan.

2. Pendidikan keperawatan
  - a. Sebagai bahan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan khususnya bidang ilmu *emergency* atau kardiovaskular, agar dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien SKA.
  - b. Perlu dikembangkan kurikulum manajemen keperawatan dalam hal perencanaan keperawatan khususnya penghitungan jumlah tenaga perawat, karena masih kurang ideal.
  - c. Bagi mahasiswa yang telah lulus dan akan memasuki dunia kerja, agar lebih bisa menjaga sikap, perilaku, serta kestabilan emosi dalam menghadapi pasien dan atasan maupun kolaborasi dengan tim lainnya.
  - d. Bidang akademik agar lebih menekankan pentingnya etika keperawatan dalam pelayanan klinik.
3. Peneliti selanjutnya
  - a. Dapat dikembangkan oleh peneliti yang dikhususkan pada pasien SKA dengan STEMI, Non-STEMI, dan Angina, agar data yang didapatkan lebih spesifik.
  - b. Peneliti selanjutnya dapat memperdalam fenomena tentang konflik perawat saat melakukan pelayanan SKA di IGD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ainiyah, N. (2016). Peran perawat dalam identifikasi dini dan penatalaksanaan pada acute coronary sindrom. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), 184–192.
- Ainnur Rahmawati. (2016). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Volume12, No. 1Februari2016, 12(1), 20–25.
- American College of Emergency Physicians (ACEP) Board of Direction. (2014). These guidelines are intended to apply to either hospital-based or free-standing emergency departments open 24 hours a day.
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., ... Yancy, C. W. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-st-elevation acute coronary syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation*, 130(25), e344–e426. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000134>.
- Andersson, A.-C. (2013). *Quality Improvement in Healthcare : Experiences from a Swedish County Council Initiative*.
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisai dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Ardenny, & Hirzal. (2016). Efektivitas Format Pendokumentasian Keperawatan Model Problem Oriented Record ( Por ) Terhadap Kemudahan Penggunaannya Oleh Perawat. *Jurnal Kesehatan*, 366–376.
- Aringhieri, R., Bruni, M. E., Khodaparasti, S., & van Essen, J. T. (2017). Emergency medical services and beyond: Addressing new challenges through a wide literature review. *Computers and Operations Research*, 78(July 2015), 349–368. <https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.09.016>.

- Ariyani, H., Suryani, & Nuraeni, A. (2014). Persepsi perawat dan pasien sindroma koroner akut terhadap kebutuhan spiritual. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 10(1), 950–961.
- Artawan, K. I., Winarni, I., & Kristianto, H. (2017). Studi Fenomenologi: Makna Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Luka Bakar Fase Emergency Di. *Ejournal Umm*, 8(1), 13–24.
- Aryanti, D., & Arruum, D. (2007). Budaya organisasi dan kepuasan kerja perawat di rumah sakit bhayangkara medan. Medan.
- Atmoko, T. (2004). STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH.
- Bailey, S. (2005). Decision making in medicine and health care. *Nursing Ethics*, 13(3). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144118>
- Bakken, E. (2011). Emotions at work.
- Barrabes, J. A., Bardaji, A., Jimenez-Candil, J., Del Nogal, S. F., Bodi, V., Basterra, N., ... Fernandez-Ortiz, A. (2015). Prognosis and Management of Acute Coronary Syndrome in Spain in 2012: The DIOCLES Study. *Rev Esp Cardiol (Engl. Ed)*, 68(2), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.010>
- Bayuo, J., & Agbenorku, P. (2017). Coping strategies among nurses in the Burn Intensive Care Unit: A qualitative study. *Burns Open*, 2(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2017.10.004>
- Bishop, S. R., & Molzahn, A. (2005). *Nurses and conflict: Workplace experiences. Faculty of Human and Social Development*. <https://doi.org/AAT MR02074>
- Brunner & Sudarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. (A. E. Mardella, Ed.) (12th ed.). Jakarta: EGC.

- Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B., Blumenthal, A., Berkman, L. F., Watkins, L. L., ... Jaffe, A. S. (2008). Depression and Five Year Survival Following Acute Myocardial Infarction. *Journal Affective Disorders*, 109(109(1-2)), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.005>.
- Chagolla, B. A., Keats, J. P., & Fulton, J. M. (2013). The Importance of Interdepartmental Collaboration and Safe Triage for Pregnant Women in the Emergency Department. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(5), 595–605. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12238>.
- Chew, D. P., Scott, I. A., Cullen, L., French, J. K., Briffa, T. G., Tideman, P. A., ... Aylward, P. E. (2016). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes 2016. *The Medical Journal of Australia*, 205(3), 128–133. <https://doi.org/10.5694/mja16.00368>.
- Creswell, J. W. (2015). *Penelitian Kualitatif & Desain Riset*. (S. Z. Qudsy, Ed.) (3rd ed.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Kemenkes RI. (2011). Standar Pelayanan keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit. Jakarta: KEMENKES RI.
- Elihuruma, N. (2012). Situation Analysis of Quality Improvement in Health Care , Tanzania Situation Analysis of Quality Improvement in Health Care, Tanzania. Tanzania: Ministry of Health and Social Welfare.
- Endiyono. (2016). Hubungan dukungan spiritual dan dukungan sosial dengan kaulitas hidup pasien kanker payudara di RSUD Pof. DR. Margono Soekarjo Purwokerto. *Medisains*, XIV(2).
- Er, F., & Sökmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.01.001>.

- Faidah, N., Ratnawati, R., & Setyoadi. (2013). Pengalaman perawat dalam pengambilan keputusan triage di instalasi gawat darurat RSUD RAA Soewondo Pati. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus*, 2, 19.
- Fathoni, M., Sangchan, H., & Songwathana, P. (2013). Relationships between Triage Knowledge , Training , Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java , Indonesia. *NURSE MEDIA: Journal of Nursing*, 3(1), 511–525.
- Gilbert, J. H. V, Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). □ A WHO Report : Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Journal of Allied Health*, 39, 2–3.
- Goetz, T., Zirngibl, A., Pekrun, R., & Hall, N. (2003). Emotions, learning and achievement from an educational-psychological perspective. *Learning Emotions: The Influence of Affective Factors on Classroom Learning*, (1998), 9–28.
- Golzari, S. E. J., & Mahmoodpoor, A. (2014). Care bundles in intensive care units. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(5), 371–372. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70731-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70731-5)
- Gräff, I., Goldschmidt, B., Glien, P., Klockner, S., Erdfelder, F., Schiefer, L., & Grigutsch, D. (2016). Nurse Staffing Calculation in the Emergency Department - Performance - Oriented Calculation Based on the Manchester Triage System at the University Hospital Bonn, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154344>
- Hasby, M. (2017). Pengaruh konflik kerja, beban kerja dan komunikasi terhadap stres kerja perawat bagian rawat inap (pada RSUD Petala Bumi Pekanbaru). *JOM Fekon*, 4(1), 884–898.
- Henkin, S., Chon, T. Y., Christopherson, M. L., Halvorsen, A. J., Worden, L. M., & Ratelle, J. T. (2016). Improving nurse–physician teamwork through interprofessional bedside rounding. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9,

201–205. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S106644>

Huitt. (2007). Maslow ' s Hierarchy Maslow ' s Hierarchy of Needs. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta: GA: Valdosta State University. Retrieved from <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html>

Iskandar. (2016). Implementasi teori hirarki kebutuhan abraham maslow terhadap peningkatan kinerja pustakawan. *Jurnal Ilmu Perpustakaan, Informasi, Dan Kerasipan Khizanah Al-Hikmah*, 4(1), 24–34.

Jennings, B., AnnBaily, M., Bottrell, M., & Lynn, J. (2007). *Health Care Quality Improvement : Ethical and regulatory issues*.

Joob, B., & Wiwanitkit, V. (2013). Acute chest pain : what about the time before visiting to the physician? *Journal of Acute Disease*, 2(4), 330–331. [https://doi.org/10.1016/S2221-6189\(13\)60154-7](https://doi.org/10.1016/S2221-6189(13)60154-7)

Julia, P., Rambe, A. J. M., & Wahyuni, D. (2014). Analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan beban kerja dengan menggunakan metode workload indicator staff need (WISN) dan work sampling. *E-Jurnal Teknik Industri FT USU*, 5(2), 22–25.

Kaur, A. (2013). Maslow ' s Need Hierarchy Theory : *Global Journal of Management and Business Studies.*, 3(10), 1061–1064.

Keenan, G. M., Yakel, E., Tschannen, D., & Mandeville, M. (2008). Chapter 49 . Documentation and the Nurse Care Planning Process. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses:Vol.3*, 3-175-3–206.

Kemenkes RI. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 856 / Menkes / SK / IX / 2009 TENTANG STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT ( IGD ) RUMAH SAKIT M E M U T U S K A N :, Pub. L. No. 856/Menkes/SK/IX/2009 (2009). Indonesia: KEMENKES RI.

Kemenkes RI. (2017). *Situasi Tenaga Perawat Indonesia*.

- Khademian, Z., Sharif, F., Tabei, S. Z., Bolandparvaz, S., Abbaszadeh, A., & Abbasi, H. R. (2013). Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 333–9.
- Khoshchehreh, M., Groves, E. M., Tehrani, D., Amin, A., Patel, P. M., & Malik, S. (2016). Changes in mortality on weekend versus weekday admissions for Acute Coronary Syndrome in the United States over the past decade. *International Journal of Cardiology*, 210, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.02.087>
- Kingsbury, K. (2013). Management of Acute Coronary Syndromes. *Cardic Care Network*. Ontario: Cardic Care Network. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.034>
- Latimer, J. (2003). *Advanced qualitative research for nursing*. (J. Laimer, Ed.). Blacwell Publishing.
- Letvak, S., Rhew, D., & Beinecke, R. H. (2015). Assuring Quality Health Care in the Emergency Department. *Healthcare*, 3(3), 726–732. <https://doi.org/10.3390/healthcare3030726>
- Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, (July). <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>.
- Liao, C., Qin, Y., He, Y., & Guo, Y. (2015). The Nurse-Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.005>.
- Mailool, C. M., Pondaag, L., & Lolong, J. (2017). Hubungan Faktor Personal Dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSU Pancaran Kasih GMIM Manado. *eJournal Keperawatan*, 5(1).
- Majid, S., Schubert, Luyt, B., Zhang, X., Leng Theng, Y., & Ke Chang, Y. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurse perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*, 99(3), 229–236.

- Maslow, A. H. ., & Bennis, W. (1998). Maslow On Management By Foreword by Warren Bennis. *Management*, 28. <https://doi.org/10.5860/CHOICE.36-3418>.
- Meoleong, L. (2016). *Metodologi penelitian kualitatif (revisi)*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Merkulov, E., Mironov, V., Ruda, M., & Samko, A. (2012). TCT-482 4 Years Follow Up After One-stage Percutaneous Coronary Intervention Of Left Main Stenosis and Infarct-related Left Anterior Descending Or Circumflex Arteries In Patients With Acute Coronary Syndrom With ST-elevation. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(17), B139–B140. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.08.514>.
- Milton, C. L. (2009). Leadership and ethics in nurse-nurse relationships. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 116–119. <https://doi.org/10.1177/0894318409332569>.
- Miyata, C., Arai, H., & Suga, S. (2015). Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.10.004>.
- Moeini, M., Momeni, T., Ghasemi, G., Yousefi, H., & Abedi, H. (2012). The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(3), 195–199.
- Mol, K. A., Rahel, B. M., Meeder, J. G., van Casteren, B. C. A. M., Doevendans, P. A., & Cramer, M. J. M. (2016). Delays in the treatment of patients with acute coronary syndrome: Focus on pre-hospital delays and non-ST-elevated myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 221, 1061–1066. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.082>.
- Moore Weaver, L., Leahy, C., Sublett, C., & Lanig, H. (2013). Understanding Nurse-to-Nurse Relationships and Their Impact on Work Environments. *MEDSURG Nursing*, 22(3), 172–179. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733026.001.0001>.

- Muench, U., & Dietrich, H. (2017). The male-female earnings gap for nurses in Germany: A pooled cross-sectional study of the years 2006 and 2012. *International Journal of Nursing Studies*, (July), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.006>.
- Natasia, N., Loekqijana, A., & Kurniawati, J. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri Factors Affecting Compliance on Nursing Care SOP Implementation in ICU -ICCU Gambiran Hospital Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 21–25.
- Nugraheni, R., & Budiarmo, A. (2014). Pengaruh standar operasional prosedur dan pengawasan terhadap kinerja pramuniaga pasaraya sriatmu pemuda semarang. *Ilmu Administrasi Bisnis*, 3, 187–195.
- Nursalam. (2003). *Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional* (3rd ed., Vol. 5). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan*. (A. Susila, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Padilla, I. M., Asenjo, R. M., & Zamora, H. B. (2016). Management of acute coronary syndromes in geriatric patients. *Heart, Lung and Circulation*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1016/J.HLC.2016.07.008>.
- Pamungkas, P. N., Istiningtyas, A., & Wulandari, I. S. (2015). Manajemen terapi oksigen oleh perawat di ruang instalasi gawat darurat RSUD Karanganyar. Surakarta.
- PERKI. (2015). *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Pedoman Tatalaksan Sindrome Koroner Akut*. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn416>.
- Pirhonen, L., Hansson, E., Fors, A., & Bolin, K. (2016). Effect of person-centered care on health outcome-A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.003>.

- PKM-SPMK UGM. (2002). STANDAR dan STANDAR OPERATING PROSEDUR (SOP). Yogyakarta.
- Platis, C., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between Job Satisfaction and Job Performance in Healthcare Services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research, Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Pusat Data dan Informasi. (2014). Situasi Kesehatan Jantung. *KEMENKES RI*. Jakarta, Indonesia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pusponegoro, A., & Sujudi, A. (2016). *kegawatdaruratan dan bencana : solusi dan petunjuk teknis penanggulangan medik & kesehatan*. (S. Shahab & D. Setiawan, Eds.). Jakarta Timur: PT. Rayyana Komunikasindo.
- Putra, A. A. (2016). *Hubungan persepsi perawat tentang karakteristik pekerjaannya dengan kepatuhan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan*. Universitas Diponegoro.
- Putu, E. N. Iuh. (2006). Belajar dari Sistem Akreditasi Rumah Sakit di Australia.
- Rafaeli, A., Semmer, N., & Franziska Tschan. (2000). *Emotion in Work Settings*. Oxford University Press.
- Rahayu, S., & Dewi, E. (2009). Hubungan Antara System Reward Dengan. *Berita Ilmu Keperawatan*.
- Rahmawati, D. (2017). Pengaruh kondisi lingkungan kerja dan sistem penghargaan terhadap kepuasan kerja karyawan PT. Panca Wana Indonesia. *Jurnal Ilmu Dan Riset Manajemen*, 6.
- Ramanayake, R. P. J. C., Ranasingha, S., & Lakmini, S. (2014). Management of Emergencies in General Practice : Role of General Practitioners. *J Family Med Prim Care*, 3(4), 305–308. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148089>

- Rc, F., Schmidbauer, W., Cd, S., Sörensen, M., Bubser, F., & Kerner, T. (2010). Standard operating procedures as a tool to improve medical documentation in preclinical emergency medicine . *Emerg Med J*, 27(5). <https://doi.org/10.1136/emj.2008.070284>
- Richard, P., & Jarvis, E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>
- Riskiyah, Hariyanti, T., & Juhariah, S. (2017). Pengalaman Pasien Rawat Inap terhadap Penerapan Patient Centered Care di RS UMM Inpatient Experience in the Application of Patient Centered Care in UMM Hospital. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(4), 358–363.
- Rivero, F., Bastante, T., Cuesta, J., Benedicto, A., Salamanca, J., Restrepo, J.-A., ... Batlle Fernando Alfonso, M. (2016). Factors Associated With Delays in Seeking Medical Attention in Patients With ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome. *Rev Esp Cardiol*, 69(3), 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.033>
- Robbins, S. P., & Timothy A. Judge. (2013). *Organizational behavior*. (Sally Yagan, Ed.) (15th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Royani, Sahar, J., & Mustikasari. (2012). Sistem penghargaan terhadap kinerja perawat melaksanakan asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(2), 129–136.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., & Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions : A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(1), 1–8.

- Souza, G. C. de, Peduzzi, M., Silva, J. A. M. da, & Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(4), 642–649. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
- Steiner, N. (2014). Standard operating procedures (SOP) in emergency situations management in health system. *Manajemen in Health*, XVIII(4), 14–16.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011a). *Qualitative Research in Nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lipincott William and Wilkins, a Wolter Kluwer Business.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011b). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative* (5th ed.). Philadelphia: Lipincott William and Wilkins, a Wolter Kluwer Business.
- Susilaningsih, F. S., Mukhlas, M., & Utarini, A. (2011). Nurse-physician collaborative practice in interdisciplinary model of patient care. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14(2), 92–98.
- Viereck, S., Møller, T. P., Ersbøll, A. K., Bækgaard, J. S., Claesson, A., Hollenberg, J., ... Lippert, F. K. (2017). Recognising out-of-hospital cardiac arrest during emergency calls increases bystander cardiopulmonary resuscitation and survival. *Resuscitation*, 115, 141–147.
- Wahyuni, S. (2007). *Analisis kompetensi kepala ruang dalam pelaksanaan standar manajemen pelayanan keperawatan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan model praktik keperawatan profesional di instalasi rawat inap RSUD Banajarnegara*. Universitas Diponegoro.
- Ward, R. (1992). Nurse staffing levels and skill mix in accident and emergency departments . *Nurs Pract Edinb Scotl*, 6(1), 1480248. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1480248>.
- Wijaya, S., Andarini, S., & Setyoadi. (2015). Survivor Pertolongan Kesehatan Saat Respon Tanggap Darurat Pada Korban Bencana Tsunami Tahun 2004 Di Lhoknga Dan Lhoong. *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*, 108–117.



Lampiran 1

Rancangan Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Kegiatan	Tahun 2017						Tahun 2018								
		Agust	Sept		Oktober		Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni		
1	Bimbingan dan Penyusunan Proposal	■	■	■	■	■	■									
2	Seminar Proposal Penelitian					■										
3	Perbaikan Proposal Penelitian					■	■									
4	Pengurusan Etik Penelitian					■	■									
5	Penelitian & Analisa Data					■	■	■	■	■						
6	Bimbingan dan Penyusunan Hasil Penelitian									■	■					
7	Publikasi Hasil Penelitian											■	■	■	■	■
8	Seminar Hasil Penelitian										■					
9	Perbaikan Hasil Penelitian									■	■					
10	Seminar Tertutup															■
11	Perbaikan dan Pengadaan Laporan Penelitian															■

## Lampiran 2

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Saya adalah mahasiswa Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul **Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang**
2. Tujuan dari penelitian ini adalah menggali pengalaman perawat dalam Pelaksanaan pelayanan Gawat Darurat Pasien Sindrom Koroner Akut di IGD yang akan diambil dengan cara *Purposive Sampling*.
3. Prosedur pengambilan data dilakukan menggunakan wawancara melalui pendekatan *indepth interview* dengan teknik *semistructured interview* dalam durasi waktu minimal 25-60 menit.
4. Jika anda bersedia maka dipersilakan untuk menandatangani inform concent. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun. Seandainya anda tidak menyetujui maka anda berhak menolak menjadi responden
5. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan
6. Anda merupakan perawat IGD yang telah melakukan pelayanan keperawatan Sindrom Koroner Akut selama 1 tahun terakhir, memiliki kompetensi dalam bantuan hidup dasar manusia, oleh karena itu anda diminta kesediannya untuk ikut partisipasi dalam penelitian ini.
7. Keseluruhan data dalam penelitian ini akan diolah hanya untuk kepentingan penelitian dan saya jamin kerahasiannya.
8. Anda akan diberi reward berupa kain batik ukuran 1,5 x 2 m
9. Anda diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu anda membutuhkan keterangan lebih lanjut dapat menghubungi saya, Ida Rahmawati : Hp 085266935180.

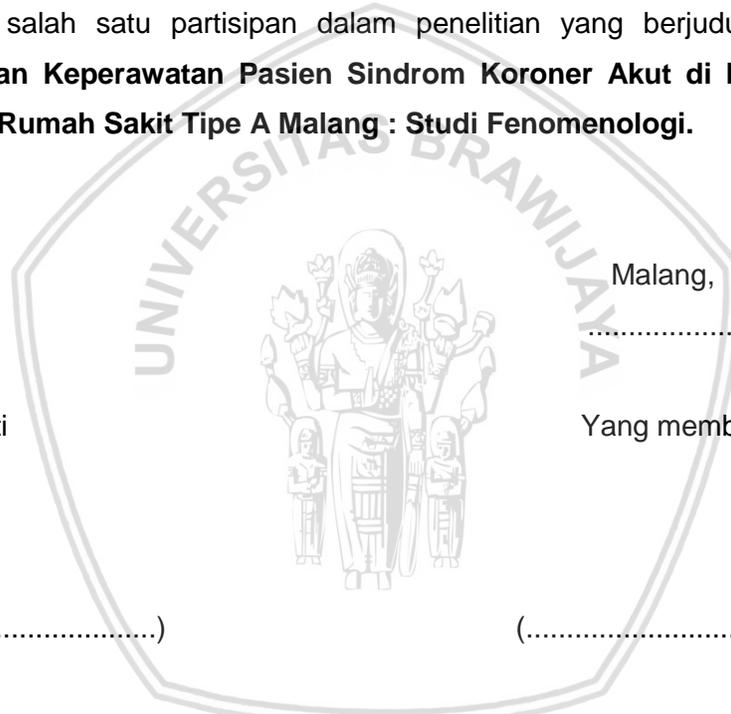
Peneliti

Lampiran 3

**PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK  
BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan di atas dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu partisipan dalam penelitian yang berjudul **Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi.**



Malang,  
....., 2017

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

NIM.

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

## Lampiran 4 Pedoman Wawancara

**Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi**

Hari, tanggal : .....

Jam : .....

Tempat : .....

Nama Partisipan : .....

Usia : .....

Jenis kelamin : .....

Lama Kerja : .....

Pendidikan terakhir : .....

- 
1. Bagaimana perasaan perawat pada saat melakukan pelayanan pasien SKA di IGD?
  2. Coba anda ceritakan bagaimana pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD ini?
  3. Hambatan apa yang dihadapi perawat saat melakukan pelayanan keperawatan?
  4. Kebutuhan apa yang perlu ditambahkan untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan?

## Lampiran 5

## FORMAT CATATAN LAPANGAN

**Penerapan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi**

Lampiran 5

FORMAT CATATAN LAPANGAN

**Penerapan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi**

Partisipan : Tn. R / partisipan 4 (P4)  
Tanggal/Waktu : 5 November 2017 / 22.00 WIB  
Tempat : Ruang kepala ruang perawat CC (critical care) 169  
Posisi peneliti dengan partisipan : berhadapan dengan sarak 1 meter

Gambaran wawancara

- partisipan tampak fokus dan selama wawancara
- menit 34' partisipan menerima telepon
- ada perawat lain yang masuk ruangan untuk mencari Tn. R selaku NIC malam ini untuk meminta kunci
- kondisi di sekitar ruangan relatif nyaman, wawancara dilakukan di dalam ruangan dengan kondisi terbuka
- beberapa pernyataan partisipan kurang didengar peneliti

103

Lampiran 6 Etik Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
 FAKULTAS KEDOKTERAN  
 KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
 http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
 ("ETHICAL CLEARANCE")

No. 216 / EC / KEPK / 06 / 2017

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

- JUDUL** : Studi Fenomenologi: Pengembangan Sistem Terpadu Pelayanan Sindrom Koroner Akut di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Area Jawa Timur.
- PENELITI UTAMA** : Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes
- ANGGOTA** : Ns. Septi Dewi Rachmawati, S.Kep.,M.Ng  
 Ns. Tina Handayani Nasution, S.Kep.,M.Kep  
 Ns. Kumboyono, S.Kep, M.kep.,Sp.Kom  
 Ns. Yulia Candra Lestari, S.Kep  
 Ns. Ayu Wahyuni Lestari, S.Kep  
 Ns. Ida Rahmawati, S.Kep  
 Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep  
 Ns. Jeki Refialdinata, S.Kep  
 Ns. Dessy R. Harista, S.Kep  
 Ns. Aditya Nuraminudin Aziz, S.Kep
- UNIT / LEMBAGA** : Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Malang.
- TEMPAT PENELITIAN** : RSSA Malang, RS. Dr. Soedarsono Pasuruan, RS. Sumenep, Puskesmas Porong, dan Puskesmas Candi Sidoarjo.
- DINYATAKAN LAIK ETIK.**



Catatan :  
 Keterangan Laik Etik Ini Bertaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan  
 Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol)



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
Dr SAIFUL ANWAR**  
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
TERAKREDITASI KARS VERSI 2012 TINGKAT PARIPURNA



24 Februari 2015 s.d. 23 Februari 2018  
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111  
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384  
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id  
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
PELAKSANAAN PENELITIAN**

("ETHICAL CLEARANCE")

No: 400/139/K.3/302 /2017

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Studi fenomilogi: Pengembangan Sistem Terpadu Pelayanan Sindrom Koroner Akut di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Area Jawa Timur

PENELITI UTAMA : Dr. Titin Andri Wihasturi, S.Kp, M.kes

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN

RSUD Dr Saiful Anwar Malang

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

MALANG, 28 Agustus 2017

a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN  
WAKIL KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN

dr. A. Susanto Nugroho, SpA (K)



Lampiran 7 Surat Izin penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**  
**RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR**  
**TERAKREDITASI KARS VERSI 2012 TINGKAT PARIPURNA**



24 Februari 2015 s.d. 23 Februari 2018  
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111  
 Telp. ( 0341 ) 362101, Fax. ( 0341 ) 369384  
 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id  
 Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

Malang, 20 SEP 2017  
 Kepada

Nomor : 070 / 24310 / 302 / 2017  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : Izin Penelitian  
 a.n Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp,  
 M.Kes

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran  
 Universitas Brawijaya  
 Jl. Veteran  
 di-

MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 7877/UN10.7/AK-S2KEP/2017 tanggal 28 Juli 2017, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
  - Memakai jas almamater;
  - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
  - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
  - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan September s/d Oktober 2017 di Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
  - Penelitian : Rp. 325.000,-/orang/bulan/satker;
  - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
  - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang  
 Wadir. Pengembangan Profesi



**dr. MOCHAMAD BACHTIAR SU DIANTO, Sp. B (K) Onk.**

NIP. 19670725 199603 1 003

Tembusan :  
 Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



## Lampiran 8 Transkrip Wawancara

**Transkrip Partisipan 4**

I	Baik bapak, Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh. Perkenalkan nama saya ida rahmawati, saya mahasiswa magister keperawatan universitas brawijaya, saya disini akan melakukan penelitian yang berjudul tentang pelayanan keperawatan pasien sindrom coroner akut di IGD RS ipe A Saiful Anwar, baik bapak, kira-kira kita kontrak waktunya sekitar 40-60 menit, apakah bapak bersedia?
P4	Ya, bersedia
I	Iya, emm sebelum saya mulai, mungkin ada yang mau ditanyakan bapak?
P4	Gak perlu lah
I	Gak perlu. Baik tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui, ee bagaimana prosedur atau pelaksanaan pelayanan pasien sindrom Koroner akut di IGD ya pak ya, baik bisa kita mulai ya pak
P4	Ya mulai
I	Ya. Ee, mungkin bapak bisa menceritakan, ee bagaimana proses bapak disini bisa menjadi perawat di IGD?
P4	Kalo awal dulu, jadi mulai 92 saya lulus ya, terus 93 saya masuk ke ruang THT, kalo dulu kan, masuk RS kan hampir tidak ada yang mau, takut atau jijik atau apa, terus bayaran yang gak jelas, terus kalo dianggap pegawai negeri juga gak jelas, awalnya memang gajinya cuma 60 ribu, 60 ribu dengan tunjangan 10 ribu rupiah, seperti itu, tahun 94 awal, pindah ke emergency sini, gajinya hampir sama, insentifnya naik, jadi 2.500, akhirnya naik lagi jadi 7500, sampe sekarang insentifnya fluktuatif, kadang ya 400, kadang 500, tergantung BOR pasien, gitu. Berarti awal masuk tu, kalo dulu, seperti saya tu memang di butuhkan, dadi lulus tu, dik kamu mau ikut saya, mau ke RS saya, ke ruangan saya gitu, jadi, kepala ruang tu memang kayak gitu, sementara kan disini lulusannya hanya 1, gak ada tempat, seperti akper ini, akper ini, akper ini kan gak ada, jadinya nominal kita diterima itu dikit, seperti itu. Di didik, dikasih pelatihan, pelatihannya itu PPGD, PPGD berupa balut bidai, pertolongan bagaimana nolong pasien trauma, bagaimana balut patah, bagaimana cara evakuasi, bagaimana cara menilai, dan tindakan awal yang

	basic nya untuk keperawatan saja gitu
I	Itu kan proses bapak, di IGD tadi ya pak, mungkin bisa di ceritakan bapak, waktu itu tesnya bgaimana, terus bagaimana proses penggumumannya, terus sampe bapak di tempatkan di IGD tadi pak?
P4	Kalo awal tu proses tes-tesan yang apa tu, gak ada, dulu, dulu pokoknya kan karena peminatnya minimal, jadi butuhnya 10, adanya cuma 2, ndak ada pilihan lagi. Terus di sini awalnya saya kan SPK ceraket, itu kan joinnya memang di RS, tidurnya ya di RS, jadi ibaratnya, RS-SPK ini milik RS, dan RS miliknya SPK, jadi mesti diterima gitu. Lha terus ruangnya banyak, yang peminatnya perawat minimal, jadi mesti diterima. Jadi cuma kamu ikut saya, kamu ikut saya gitu aja.
I	Kalo proses penempatan tadi pak, bisa di tempatkan di IGD?
P4	Kalo awal penempatan tu langsung dari pihak keperawatan, nanti kita di panggil, lembaran, ngasih lembaran, seperti di ketik, dulu kan manual ya, gak ada database, di ketikan, dikasih surat, sudah kamu langsung ke ruang THT, dulu kan ruang THT, ya hari itu langsung jaga, misalnya siang jam 2, jam 1, sudah kasih surat langsung jaga, jadi kita diterima-terima pun gak punya file seperti itu.
I	Baik, kita lanjut nggih pak, ee nah ini pak, bisa ditempatkan di IGD tadi, misalnya ada minimal pendidikan gitu gak pak? Tadi bapak bilang kan gak ada nggih pak, langsung dari SPK ya, nah itu mungkin selain pendidikan ada keterampilan gak pak? Keterampilan seperti apa gitu persyaratannya?
P4	Kalo di sini setau saya, jadi di kebyar uyah, kebyar uyah. Jadi setiap perawat di anggap bisa, jadi nanti dia skill nya apa, kompetensi nya apa, sambil jalan, semua rata-rata di kedinasan Negara saya kira hampir sama semua itu. Jadi kalo ada masalah ditata sambil jalan, sampe saat ini pun seperti itu sistemnya
I	Baik, sekarang saya menanyakan tentang pelatihan pak, tera, ee, pelatihan yang pernah diikuti bapak apa aja pak?
P4	Pelatihan satu PPGD yang lama, habis itu mulai 97, muali rame-rame pelatihan, kerjasama dengan singapur tu ikut BLS, habis tu trauma BTLS, habis tu ambulance protocol, resusitasi, ECG course, terus TMCC, sama

	pelatihan bencana habis tu, yang lainnya CI, masih banyak lah, masih banyak sebenarnya
I	Kalo terakhir, paling akhir yang diikuti apa pak?
P4	Yang paling akhir TMCC, TMCC tu trauma yang dari sinagpur, setau saya tu yang sudah paling maksimal
I	Tahun berapa itu pak?
P4	Kalo TMCC insyaAllah 2000-an kalo gak salah, 2003
I	Oya, itu inhouse training atau bagaimana pak?
P4	Itu inhouse training. Waktunya kurang lebih 4 hari kalo gak salah
I	Di IGD ya pak 4 hari?
P4	Ya
I	Baik. nah ini kita masuk ke SOP ya pak. Tadi tema kita kan tentang ACS atau SKA, nah bagaimana keterlibatan bapak dalam penyusunan SOP bapak? Baik SOP secara umum maupun SOP SKA?
P4	Kalo SOP, disini tu yang bawah-bawah yang operasional cenderung gak dilibatkan, walaupun saya di sini hampir 25 tahun, setau saya dan sepengetahuan saya tidak pernah dilibatkan, gak tau alasannya apa, yang jelas manajemen yang bikin itu, gak tau ikut kepala ruang, atau KPP, sama kayak tim itu, tapi kita ndak pernah sama sekali, setau saya ndak pernah dilibatkan dalam penyusunan SOP nya seperti apa, seperti apa
I	Baik, mungkin saya boleh tau bapak, disini SOP ACS nya mengacu kemana ya pak ya?
P4	Kalo ACS nya tu mengacunya ke tindakan medic yang banyak
I	Owww, maksudnya protoklonya itu apakah ada yang dari luar negeri, kita kan biasanya pake AHA, atau Australia guideline kayak gitu. Mungkin bapak tau bagaimana pak?
P4	Kalo disini setau saya internal, memang kita kan kerjasama sama sana, memang awalnya seperti, awalnya kan kita ngomong MONA, jadi Morfin Oksigen Nitrat sama Aspirin, terus sama sana protocol disampaikan MONACO, jadi MONACO copidrogel, jadi SOP nya insyaAllah ya belakangan ini ditambahi Copidogrel, memang rujukannya dari sana, setau saya si kita rujukan online konsultasi dari juragan-juragan tu dr. EM yang di

	atas, oo tambah ini, tambah ini gitu
I	Dokter apa pak tadi?
P4	Dokter emergensi
I	Juragan tadi ya pak. Baik, eee itu SOP ya pak, sekarang saya menanyakan tentang bahan habis pakai. Nah bisa bapak ceritakan bagaimana penggunaan bahan habis pakai disini bapak?
P4	Mulai total?
I	Ya semuanya, bahan habis pakai disini
P4	Kalo saya kan didepan, di traige penerimaan, traige kan bahan habis pakai kan seperti glukostik, pemeriksaan kadar gula sesaat, itu yang nyediakan kan laborat, nanti kita gitu laporan, ada alatnya yang pakai digital itu, nanti kalo kita make, kan ada tempatnya dibuang, jarum disini, stiknya disini, ada, ada tempatnya sendiri ya, habis itu kalo habis, kita minta. Disini ada pekaryanya ya pagi, kalo enggak, malam atau sore pekaryanya suruh membukakan, kalo habis, bon, kalo ternyata gak bisa, gak bisa ya kita pinjam, minta ke laborat, telpon, hubungi NIC nya biasanya, NIC di omongi, masalah gini-gini, kesana nanti hubungi dokter jaganya, nanti dibukakan loketnya gitu.
I	Kalo untuk bahan habis pakai ACS bagaimana pak?
P4	Kalo ACS didepan, kita kan misalnya pasien datang, keluhan nya misalnya nyeri dada mulai sekian, sekian, sekian, terus kita tau di ECG, tampak sekian, dilakukan rutin kan gula darah, oksigensi. Kita bahan habis pakai langsung ke farmasi, minta NRBM, minta apa, GD stik, minta apa, nanti masuk ngasihkannya, nanti untuk oralnya di P1, jadi kita hanya persiapan minimal aja untuk kemudian langsung ke P1
I	Untuk peresepan bagaimana pak?
P4	Peresepan
I	Keterlibatan perawatan
P4	Kalo kita perawat gak ikut peresepan, jadi aturan disini yang boleh pinjem atau minta obat adalah pegawai sama dokternya, jadi kita minta, nanti dokternya belum selesai dibelakang, untuk kasus-kasus yang urgent
I	Maksudnya peresepan bahan habis pakai tadi pak. Ee peresepan misalnya

	minta gluko stik tadi, langsung ke depo, atau dari perawat langsung ke depo, atau ada orang yang memintakan tadi?
P4	Ndak. Kita kan ada apa disini, apa, kita nyimpen, gudangnya minimal sini, tapi kalo misalnya pake sebulan total IGD 3000 ya atau sepuluh box, nah disini tu bon kesana 10 box minimal, nanti disini ada tempat linen, tempat obat-obat yang disimpan, nanti kalo di traige habis, kan isinya 100, kita minta ke pekaryanya tadi, dibuka kan kunci ngambil, tapi pekaryanya yang leadernya koordinator, itu yang bon, untuk dokter gak ikut masalah administarasi bon-bonan.
I	Berarti bahasa disini bon ya pak?
P4	Bon, namanya bon
I	Oya, baik.
P4	Kalo obat memang resep, kalo yang bahan alat pasien selain obat, itu bon-bonan istilahnya.
I	Hihi. Baik pak. terus ini kalo misalnya perencanaan alat bapak, keterlibatan perawat, saat perencanaan ada alat yang rusak, atau menginginkan alat baru itu bagaimana pak? Bisa diceritakan
P4	Kalo alat setau saya sering diajak ngomong ya, ini butuh apa, butuh apa misalnya butuh heating set, atau apa, atau mungkin butuh yang lainnya, seperti cuci disposal itu memang saya yang bikin lah, artinya sama rekanan di buat sini, lemarinya apa, memang gitu, tapi gak semua orang diajak ngomng memang, orang-orang tertentu yang ngerti alat dan isinya, mungkin satu dua orang aja.
I	Untuk keterlibatan jadwal dinas bapak, bagaimana pak?
P4	Pembuatan jadwal dinas?
I	Nggih, ee bagaimana prosesnya, keterlibatan bapak bisa di ceritakan di IGD ini bagaimana?
P4	Kalo jadwal dinas, selama ini kan kepala ruang, jadi disini istilahnya ka.ur kepala urusan perawat, itu yang dikasih legalitas bikin atau yang dilimpahi oleh ka.ur nya. Misalnya saya dilimpahin bikin, bikin, begitu bikin nanti dia koreksi, MOU sama yang buat jadwal NIC pengawasnya dari keperawatan, nanti biar gak dobel-dobel gitu, habis itu, kalo saya si disuruh ngoreksi aja,

	mana yang kurang, mana yang gak bener, gitu aja. Jadi keterlibatan bikinnya gak ada sama sekali, Cuma korektor saja. Mana ini cari, sampean cek mana yang gak pas, mana yang kurang, mana yang apa, gitu aja.
I	Kalo untuk pembagian tugas bapak, pembagian tugas perawat sama pembagian kerja?
P4	Kalo di traige, pembagiannya kan biasanya di traige, di ambulance, di CC, atau di ruang 6. Jadi memang ada batasnya itu, ada SK nya dari KPP itu, tapi nanti kalo diruang seperti ambulance, atau ruang 06 nya kosong atau gak ada, itu memang kebijakan NIC disuruh bantu, disuruh bantu ke tempat tinggal di traige, atau didalam sini CC yang pasiennya rame, dadi butuh tenaga tambahan, baru disuruh bantu.
I	Baik bapak, ini pengelolaan obat, pengelolaan obat yang ada di ruang traige bagaimana?
P4	Kalo diruang traise, selama akreditasi ini kita tidak boleh nyimpen obat apapun, kecuali di ICU ya, sama kardio, jadi disini tidak ada penyimpanan obat apapun diruangan, sama sekali. Jadi kalo memang ada urgency, pasien hipoglikemi, cek ditraige, low, pasiennya low, langsung kita bon minta gula dua atau tiga, ini, infus set ini langsung di pasang, disuntik didalam di CC.
I	Di CC ya pak, didalam?
P4	Di CC, kita Cuma ngambilkan saja langsung
I	Nggih, baik bapak, nah ini bisa diceritakan bagaimana proses delegasi perawat yang ada diruangan itu pak? Misalnya bapak ini kan sebagai NIC ni, trus ada pasien ACS datang, padahal bapak keliling, itu bisa diceritakan bagamana cara pendelegasiannya ke perawat?
P4	Kalo disini kan ada, mislalnya hari ini perawat yang jaga 6 to, 6 tu ada yang job di P1, di apa, di apa, itu ada kodenya di papan tu, merah merah, kuning, sama hijau, hijau di P3, jadi kalo ada pasien ACS masuk, kita tidak delegasikan, langsung yang dari traise ACS, STEMI atau apa, langsung dia yang kesitu, paling dokter kardio datang, liat hasil nya ECG nya sama keluahannya, terus perawatnya datang situ, cuma kekurangannya cenderung laki-laki yang kesitu, dan jobnya tu kabur, pada kenyataan lho, nanti misalnya, nanti sampean liat sendiri yang disini, yang disini mesti laki-

	laki to, yang perempuan hampir ndak pernah mau, kalo mau kan saya capek, disini tu sistemnya kalo buat system mesti capek, <b>rewardnya kan ndak ada bedanya gitu</b>
I	Baik, kalo proses delegasi antar profesi bagaimana pak?
P4	Kalo disini, delegasi kan bagi ketuanya kan ka.tim pagi, kalo yang sore disini namanya kepala jaga, ya kalo ka.tim ngurusi total, nanti kamu nanti meriksa ini ini ini, walau jobnya ada nanti kan mesti dia ngomong, kadang, bu iin ini gak cocok, kasih ini aja tu. Pada dasarnya itu, tapi aplikasinya sulit kalo disini, karena kita yang senior sama yang junior hampir gak dihargai, dalam kenyataan lapangan lho. Apalagi missal saya, saya D3, terus juniornya S1, itu sudah lain lagi.
I	ketimpangan gitu ya pak
P4	<b>Ketimpangan, ketimpangan jadi tidak mengakui, walaupun saya itu S1, S1 di tim di kantor kan belum tentu di atas saya to</b> , saya hirarki, kok ini kok ini.
I	Baik bapak, saya tertarik tadi adanya ketimpangan, nah ketimpangan itu diketahui oleh top manajer disini gak pak? Seperti KPP gitu?
P4	Sebenarnya semua itu sama.
I	Sama, terus
P4	Cuma kan biasa, manusia, mendengar tapi tidak mendengar, melihat tapi buta, udah biasa gitu, misalnya saya jaga NIC, pasiennya rame, ya udah ambulance suruh bantu sini, paling yang datang satu dua orang aja, makanya saya kalo jaga NIC, saya tidak pernah nyuruh, tapi begitu saya nyuruh, gak datang, saya tulis namanya tak laporkan direktur
I	Langsung direktur ya pak (sambil tertawa)
P4	Iya saya gak mau tau, kan saya gak pernah nyuruh, kan ada direktur. Jadi langsung saya laporkan
I	Baik, nahh mungkin ada evaluasi gitu pak, untuk tadi adanya ketimpangan-ketimpangan yang ada di IGD?
P4	Memang selama ini kalo rapat ada, tapi evaluasi sebagai formalitas kalo menurut saya, kalo memang gak formalitas, begitu siapa yang menyusahkan, siapa yang rewel, kan ada, ibarate (bunyi suara hp) teguran to, ga tau teguran ke KPP atau teguran ke kita. Tapi pada kenyataanya ya

	mbolak balik gitu, setau saya kalo system kedinasan Negara ya sama aja sepertinya,
I	Oo gitu, baik bapak menarik ya, ee mungkin bapak bisa ceritakan disini, pengaturan alat-alat di IGD bagaimana pak?
P4	Alat-alat IGD?
I	Iya semuanya
P4	Kalo alat disini
I	Yang berhubungan dengan ACS misalnya
P4	Kalo alat-alat itu, yang opo untuk urgency, di disiapkan di tempat, tempatnya kan disebelah itu ada kuncinya, kuncinya digital pakai jari, jadi kenapa pakai jari, karena sering hampir tiap hari tu, alatnya ketlingsut di bawa dokter kesna sana, akhirnya gak boleh, diruang lain sebenarnya ada alatnya, tapi mesti pake gini, ngomongnya ada, padahal dicek gak ada alatnya, jadi sebenarnya kita gak menyalahkan, tapi kelemahannya sidik jari gak semua, jadi pekaya aja setau saya, saya pun gak bisa jari saya, terus misalnya anak-anak istirahat, saya nombol gak bisa buka, jadi kelemahannya itu, karena ya mungkin masih baru, jadi scanner sidik jari belum total semuanya bisa, jadi agak lama
I	Itu bisa diceritakan alat apa gitu pak?
P4	Alatnya semua, total alat
I	Total alat
P4	Jadi misalnya baging set, junction ride, jadi air digit, sama instrument-instrumen total, sama infus pump, syringe pump, semuanya ada disitu, kecuali defib dan monitor, monitor kan ditempatnya masing-masing
I	Itu di ruang CC atau di ruang traige?
P4	Di CC yang sebelah sini (partisian sambil menunjuk ke arah dinding) sebelah
I	Oo nggih, baik, Terus untuk desinfektan pak, di ruang IGD ini ada disebelah mana?
P4	Desinfektannya disebelah belakang, tapi ini kalo keluar jalannya yang sebelah itu, keluar sana lurus, sebelah sini yang ada disposalnya itu.
I	Bisa diceritakan bagaimana pengalaman bapak dalam menggunakan

	desinfektan di IGD?
P4	Desinfektan memang disini kan pakai klorin, jadi alat, begitu alat misale kotor, tanpa di cuci setau saya kan di kolrin, di klorin beberapa menit, habis itu diangkat baru dibilas, dicuci pakai sabun, memang paling baik enzimete, saya sudah usul berapa kali, Cuma harganya berapa juta gitu
I	Mahal?
P4	Ya itu partikel, saya kan pernah ikut pelatihan 2007 nggih, 2007 ternyata sudah pernah konek ke bagian CSSD, ngomongnya, regane awis bu, RS gak sanggup, ndak tau gak sanggup kenapa
I	Mahal ya pak ya?
P4	Tu gak ngrusak alat, masalahnya partikel protein darah nya lepas kalo itu, yang bikin rusak kan protein darah sulit lepas
I	He'em, nggih, baik, sekarang kita masuk ke proses keperawatan ya pak, bisa diceritakan bapak, bagaimana pengalamannya melakukan asuhan keperawatan di ruang traige?
P4	Kalo di traige, saya kira ndak ada kesulitan lah, mungkin karena hampir 25 tahun ya, jadi karena jam terbang, tau pasiennya gini gini, sakit ini, sakit ini, ini opo mbujuki pasiennya, sebenarnya gak sakit karena caper aja, jadi gak ada kesulitan. Mungkin yang junior-junior yang merasa kesulitan gitu
I	Oke, ini proses keperawatan pada ACS bagaimana pak?
P4	Kalo di traige kita kan, pasien datang, kita kaji secara, anu, anamneses, sama pemeriksaan fisik, tanda vital, terus ECG, jadi ngaji kira-kira kan kalo responnya nol menit, jadi kalo pasien IGD itu kurang lebih di bawah satu menit, kalo saya tau itu sudah bisa mengkaji, pokoknya ECG jadi, misalnya setengah menit ECG jadi, oww ini ACS, berarti bener, kita kan pake traige kategori to, jadi keluhannya apa, ECG positif, sudah, ini mesti ACS.
I	Itu traige yang ada di RSSA ini menggunakan system apa pak?
P4	Sistemnya mulai 97 pake komprehensif ya, kan ada lima system to, seperti bedside, simple, itu kita pakai yang komprehensif, tapi, traige secara menyeluruh, ikuti proses pengkajian, pemeriksaan fisik, anamnesa itu, sama tindakan-tindakan seperti kontrol bleeding, pemeriksaan EKG, kadar gula, balut bidai, seperti itu.

I	Kalau acuan traigenya dari mana pak?
P4	Acuannya ada di depan itu
I	Eenggak maksudnya, ee kalo kita kan mengenalnya ada system START, kayak gitu, mungkin bapak tau acuannya dari mana?
P4	Dari singapure ya
I	Dari singpur?
P4	Ya dari singapur
I	Yang ngasih pelatihan tadi?
P4	Ya
I	Baik, kita lanjut ya pak, kalo untuk ee diganosa sampai evaluasi dilakukan gak pak di ruang traige?
P4	Kalo di traise itu, kita melakukan kesimpulan aja, diagnose kan muncul bila dilakukan pemeriksaan penunjang, jadi kalo di depan tu, perkiraan ya suspek-suspek itu, kecuali farktur, tampak fraktur, tapi kita mesti ngomong keluhan, sakitnya apa, keluhannya ini ni ni, dalem bilang apa, CKR, karena kita yang ngomong CKR, tapi dokternya pun yang didepan, dokter, CKR, nanti keluhan di omongkan, karena kan pemeriksaan awal
I	Terus sekarang saya nanya tentang hirarki tadi. Yang bertanggung jawab di IGD ini siapa pak?
P4	IGD kayak dokter dodi, tapi kalo di luar jam kerja, NIC untuk administratifnya, untuk tindakan mediknya, MOD nya dokter EM
I	Kalo untuk KPP, Ka. ru, sama Ka. tim bisa dijelaskan bagaimana bapak?
P4	KPP tu kan, dia itu apa, bertanggung jawab terhadap seluruh, jadi total perawat, sampe kepala ruang dan ka.tim, tapi dia adalah coordinator dari ka.ru-ka.ru, ka.ru nya adalah coordinator dari ka.tim sendiri, sedangkan ka.tim mengkoordinasi dari anggota tim yang jaga itu, dan nanti kalo diluar jaga, sore malem, ka.timnya di ganti oleh ka.ru opo kepala jaga, itu yang coordinator itu. Nanti besok paginya dia bertanggung jawab untuk menyampaikan keluhan, masalah-masalah dilapangan, jadi ada MR, dia bertanggung jawab, memang ganti-ganti orangnya, kalo dulu-dulu memang gak ganti, karena gak mungkin, sekarang jadi leader, terus jadi anak buah, anak buahnya saya, kamu yang bapak buah nya, padahal di bawah saya

	gitu, kenyataan dilapangan seperti itu.
I	Baik, ee saya nanyakan ketidakdisiplinan nggih pak, ee biasanya kalo ada ketidakdisiplinan itu bagaimana pak, memprosesnya?
P4	Kalo dari aturan yang kita ketahui, memang kan, kalo ada pasien, kok pasien, ada petugas dari, baik perawat atau medis, kalo gak ada.....(suara tidak jelas), satu ditegur lisan tiga kali, sudah tiga kali, kalo tidak berhasil nanti ditegur tulisan, tiga kali, habis tu kalo tetep, dilimpahkan ke kepala ruang, itu, itu protocol yang bener, nanti kepala ruang pun sama tiga kali, nanti terus dilimpahkan ke KPP, KPP tiga kali, kalo perawat nanti dilimpahkan ke keperawatan, tapi pada kenyataanya, missal si A salah, salah minimal, tapi berhubungan dengan juragan RS yang sakit, ini langsung ke lantai 3 kenyataanya
I	Gimana itu pak lantai 3?
P4	Jadi langsung ke keperawatan, bisa-bisa ke wadir, itu dalam kenyataan lapangan.
I	Baik, terus mungkin ada tindak lanjut gitu pak, dari ketidakdisiplinan yang dilakukan?
P4	Setau saya disini minimal sekali, jadi masa, ya mohon maaf ngomong jelek ya. Jadi, selama disini setau saya, kita tu orientasinya, kamu baik enggak tu, seneng gak seneng, kalo saya disini kan orangnya netral, kalo di omong, mungkin saya salah satu yang berani ngomong disini ya. Jadi gak ada halangan siapapun, wong bukan tuhan saya. Katanya saya sering bertengkar sama si ini si ini, direktur, wadir, dan lain sebagainya, sampai mau tak masukan Koran barang kok. Jadi disini tu kabur, kalo ini, misalnya kamu salah, saya sama kamu simpati, kamu gak akan saya salahkan, walaupun dinas gak datang, berapa kali. Tu dalam kenyataan, ndak jelek-jelekan, tapi realita. Tapi kalo ini gak seneng, walaupun ngomongnya baik ya tetep gak seneng. Karena setau saya milih pimpinan disini bukan karena dia tu unggulnya apa, arifnya apa, tapi disukai atau tidak, gitu.
I	Baik, itu tadi mungkin rencana tindak lanjut nggih pak, mungkin pengawasan yang dilakukan bapak, seperti apa?
P4	Kalo pengawasan si sebenarnya minimal, tapi ini kan mendekati akreditasi

	<p>tanggal 9, tu pengawasan memang besar. Misalnya, rokok, nanti yang rokok di tutur, di tutur nanti di tegur, lha kebetulan saya si pakainya asap ya, yang siapa-siapa catet, semua tak catet, termasuk saya kalo ngrok, lha nyatet to berarti semua, yang ngrok, ngrok, nanti kan tegurannya saya di panggil, terus nanti dioperkan ke poli bebas rokok itu lho, nah ada katanya, saya belum tau, nanti diperiksakan ke poli obat rokok.</p>
I	<p>Oo nggih, baik. kita pindah ke tema yang lain, eh ee pindah ke pertanyaan lain. Kalo untuk kalibrasi alat-alat eka, alat-alat yang ada di IGD ini bagaimana pak?</p>
P4	<p>Kalibrasi memang dilakukan, tapi disini setau saya, kalibrasinya tu ndak sesuai dengan yang diharapkan, contohnya tensi di depan, tensi di depan tu kalo menurut lapor kan 5 tahun digital harus dibuang, tau-tau itu sensor kadang ketinggian, kadang kerendahan, jadi sensor katanya 10 juta harganya, nanti kalo beli jadinya 20 juta, katanya yang aterm ya, itu. Terus kita kan harusnya usul ke Surabaya itu, itu yang bikin kan Surabaya, kita gak boleh kalibrasi sendiri, hanya khusus alat-alat seperti tensi aja yang boleh, yang alat lainne kan ndak boleh, sedangkan disini maintenance untuk ngajukan kalibrasi, misalnya setaun yang lalu, saya sempat tanya tu, gak ada pengusulan ke saya, Surabaya, tu kalibrasi alat disini. Jadi saya ya nggak nyalahkan sana, yang aterm pusat. Yang disini tidak boleh mendirikan untuk kalibrasi mandiri, walaupun punya uang atau modal untuk beli gitu. Tapi kalibrasi nya nanti kalo akreditasi mesti nya kalibrasi baru</p>
I	<p>Tapi sebenarnya ada pak tim kalibrasi di sini?</p>
P4	<p>Ada, aterm namanya</p>
I	<p>Apa itu pak?</p>
P4	<p>Ya, di bilang disini tadi aterm, instalasi apa, golongan teknologi medic itu, alat-alat medic itu aterm, kalo istilah di sini ngomongnya manggilnya aterm. Itu dia yang berhak mengusulkan, tapi alat-alat yang tertentu memang dia yang kalibrasi, dulu glukostik kalo dari luar, detail nya di panggil, ada kaibrasi, seribu kali pemakaian di kalibrasi, nanti aterm yang Surabaya, nanti datang kesini katane</p>
I	<p>Baik, menurut bapak bagaimana sarana prasarana disini bapak?</p>

P4	Kalo sarana di emergency, menurut saya kurang. Yang jelas kurang, satu, oksigenasi ya. <b>Dulu itu pas di bangun saya usul oksigenasi seperti di AHASS gitu, ditarik ditengah, ceklek di bed, kasih oksigen portable hanya untuk transportasi saja, nanti habis itu pasiennya pindah, ceklek, naik lagi.</b> Tapi dalam kenyataan, yang bikin ruangan ini sama yang minta tender kan ndak tau urusannya, yang penting nya apa, jadi gak sesuai yang diharapkan. Buktinya lantai-lantai krowak aja berapa bulan, ya di biarkan.
I	Dan itu tidak dilaporkan?
P4	Ya dilaporkan sampe habis ini sudah
I	Tidak ada evaluasi dan rencana tindak lanjut pak?
P4	Ya sudah, tiap nganu ya diomongkan, kemarin di omongkan, tapi ya tong kosong nyaring bunyinya. Ini dalam kenyataan lapangan lho, ini di lapangan.
I	Baik bapak, nah ini bisa diceritakan pengalaman bapak dalam hal supervise yang dilakukan bapak?
P4	Yang saya lakukan disini?
I	Iya
P4	Kalo saya kan, misalnya NIC, begitu datang melihat ruang atas ruang enam, itu pasiennya berapa, yang jaga siapa, ada masalah apa yang kesulitan gitu. Habis itu, nanti mau pulang besok itu, biasanya saya naik, telpon ada masalah?, kalo ndak ada masalah ya gak tak naiki, kalo ada biasanya saya kelilingi, saya kalo jaga NIC kan kalo mau ngantuk tidur kan biasanya di atas, subuh. Untuk saya saja lho ya, untuk yang lainnya ndak ada yang di atas.
I	Baik bapak, nah ini misalnya bapak, di ruang traige itu tiba-tiba pasiennya buanyak, terus bednya penuh. Nahh itu apa yang dilakukan bapak, pengalamannya?
P4	Kalo disini kan bed kurang lebih seratusan, jadi setau saya belum pernah bed habis. Kecuali dulu, dulu memang ada pasien baru ya istilahnya, seratus enam puluh orang
I	Kasus apa itu pak?
P4	Ya, kasus massal keracunan, 160. Memang kita kalo di traige kan mappingnya diliat liat liat mana yang urgen, itu langsung ditaruh bed, yang

	gak suruh duduk, yang gak lagi suruh berdiri, jadi kalo kita, saya pribadi ya, kalo ada gitu saya kepengennya di luar, di satpam itu yang pintu itu, ini ni ni masuk masuk, nanti junior saya yang meriksa, saya mappingnya, nanti konektornya, nanti biasanya pekaryanya disuruh masukan sini. Kalo bednya habis, kalo dulu pinjem ruang, kalo sekarang habis ya sudah. Mau pinjam dimana, 100 itu kalo dimasukan kedalam sudah ndak bisa, ndak cukup ruangnya, karena bednya besar
I	Baik bapak, saya nanya, ini misalnya ada kesalahan yang dilakukan oleh perawat ketika melakukan tindakan ACS, mungkin menurut bapak itu bagaimana pak?
P4	Kalu ada ACS, setau saya maksudnya yang pegang kan yang senior, jadi yang senior otomatis angka kesalahan kan minimal sekali, yang sering disini salah, bila ada mahasiswa klinik praktek, gitu aja. Karena kalo ACS yang dominan dokternya, terus perawatnya yang senior mesti yang tau ECG atau apa. Yang junior pupuk bawang biasanya hanya memasang infus, ngasih apa, gitu aja. Sekarang kan butuh cepet, 4 menit, 5 menit, kalo junior gak mungkin bisa ngikuti.
I	Kalo menurut bapak tadi, berarti belum ada yang melakukan kesalahan untuk melakukan tindakan ACS ya?
P4	Kalo kesalahan, setau saya, saya belum pernah melihat sendiri kesalahan yang jelas, paling kesalahannya ya mungkin nempel kan cas lead itu keliru, mungkin itu aja. Atau kadang kalo junior masuk, suruh nganu sadap posterior, salah nempelnya, atau ndak tau. Tapi itu bukan kesalahan
I	Oo bukan ya pak.
P4	Kalo kesalahan kan tindakan, Cuma dia ndak bisa mesti, karena apa, bukan kompetensinya sebenarnya
I	Nah ini pembayaran pasien ACS ini bagaimana pak di IGD?
P4	Kalo disini pembayaran sistemnya kan sudah jelas, tunai sama BPJS, baik itu mandiri atau BPJS yang dari gakin ya, dari pemerintah, itu. Kalo tunai, nanti pasiennya disini kan kita, apa, motivasi kalo pindah ruangan, itu disuruh bayar kesini dulu yang tunai, jadi kalo cash yang tunai, bayarnya ke bank jatim yang pojok kiri dekat kamar obat itu, nanti BPJS yang ada loket

	mic nya itu, tagihan tau apa, dia yang bikin
I	Terus ini bapak, kalo untuk pengelolaan pasien dan keluarga, misalnya pasien datang dengan ACS, bagaimana pengelolaan pasien dan keluarganya pak?
P4	Kalo pasien, itu kan dar SOP nya tu pasien datang, pasien di terima perawatnya, di kaji, dimasukan traige, keluarga di motivasi daftar di loket. Habis tu, sudah registrasi selesai, kita nulis, kita kaji sudah selesai kita dokumentasi, keluarganya tanda tangan, sama edukasi pasang gelang, riwayat alergi dan resiko jatuh, habis itu keluarga disarankan di ruang tunggu, bila pasiennya kritis, keluarganya disuruh ikut yang satu rumah, minimal 1. Berjalan ikut ke dalam mendampingi pasiennya, sama ikut mobilitas dokternya, nanya nanya perlu apa, ngomong apa gitu
I	Eemm, nahh ini bapak, ketika misalnya pasang EKG gitu nggih pak, EKG atau oksigen, terus tiba-tiba mesin tersebut rusak atau mati, itu bagaimana yang dilakukan bapak?
P4	Kalo ECG mati, atau oksigennya mati, oksigen sini kan oksigen sentral, jadi misalnya kita mesin oksigen mati, atau mesin ECG mati, missal listrik mati, kalo listrik mati kita gak ada solusi lagi, karena alat sentral, ya kita nelpon dari IPS nya, instalasi sarana itu di telpon untuk konektornya atau apa. Tapi kalo sementara hanya oksigen saja kita ngambil portable oksigen, dipakai hanya untuk sementara, solusinya ya itu. Tapi kalo pasang EKG misalnya mati, karena EKG rata-rata baterainya kan rusak, jadi kalo begitu mati pinjam sebelah, kalo sebelah gak bisa ya, kita gak bisa
I	Mungkin bapak bisa menceritakan disini perawat bisa ditempatkan di ruang traige, di ruang CC itu bagaimana pak?
P4	Sebenarnya, menurut aturannya, biasanya di traige, di traige kan ada kualifikasi, jadi kualifikasinya ikut satu, BLS satu, terus ikut traise course, harusnya pelatihan selesai semua baru di traige, menurut asumsi saya, karena apa, kualifikasi di sini sama di luar kan jauh, di sana kan ACS, advance cardiac iki, apa pediatric, pokoknya minimal S2 to, di sinikan ya keterbatasan dari rekan, minimal kalo standarnya dari depkes kan BLS, itu aja. Tapi kalo sama sini standar SOP nya traige course, karena SOP course

	kan bagaimana cara menanyai orang, bagaimana nyeleksi orang, biar ini pasien P1 P2 atau P3. Tapi dalam kenyataanya, tidak sesuai dengan itu, pindah sana sana ben podo
I	Yang mengatur kepindahan itu siapa pak?
P4	Ya KUPP sama kepala ruangan
I	Baik bapak, bisa diceritakan bapak, mungkin perasaan pak riyanto ketika bertemu dengan pasien ACS bagaimana pak?
P4	Kalo saya sih, sudah biasa-baiasa saja, karena ya sudah lama begitu, tau ini aja, ini ACS keringat dingin, nadi gini, sudah ketauan, nadi 50 tinggal ECG nya, tak pegangangin, oo ini SVT, iniaritmia, kan cenderung sudah bener a, ini B24 atau karena mungkin insting aja, sudah lama. Jadi gak begitu respon saya, gak ada.
I	Baik, kalo ini pak, perasaan pak riyanto ketemu pasien ACS tapi dengan kondisi menurun bagaimana?
P4	Saya ACS selama ini, begitu tau ACS, selama ini kan pakai quick look saja, kalau saya. Misalnya pasien apa? STEMI, ketok tampak pucat, nadi nya sudah, langsung P1, pake bed nya ambulance ya pake ambulance, dia misalnya mau turun, atau kesadarnnya gelisah sekali, gak usah traige, tinggal quick look aja pakai mata cukup
I	Persaannya juga biasa aja ya pak?
P4	Ya biasa aja, Cuma nyusu-nyusu gitu, mesti lari-lari dorong gitu, tapi saya hampir gak pernah lari, karena gak ada bedanya detikan gitu, karena begitu lari kita jatuh, fatal. Kita kena mobilitas public sama mobiltas manajemen. Jadi kalo saya dorong, gak usah nyusu-nyusu, sini ke dalam gak ada 10 detik. Kamu lari enggak kurang dari 1 detik, disana nanti di ganti sama saja, kan waktunya 4 menit, 6 menit to, yang penting secepat mungkin.
I	Baik, ers mungkin ketemu pasien ACS yang masih sadar, bapak, gitu, pernah gak memberikan motivasi gitu ke pasien dan keluarga? Terus bagaimana cara memberikannya?
P4	Kalo saya biasanya tau pasien ACS, pak ini sampean ada gangguan jantung, jadi jantung pembuluh darahnya ada yang terganggu, untuk mengurangi, satu bapaknya setenang mungkin, biar metabolismenya gak

	meningkat, oksigennya gak meningkat, karena kebutuhan oksigen nya otomatis nyeri dadanya akan menurun, di tenang-tenangkan, tarik nafas panjang, pelan-pelan. Keluarganya mendukung dengan doa jangan panic, gitu.
I	Terus ini pak, ee misalnya spiritual bapak misalnya, kalo misalnya ketemu dengan pasien tersebut bagaimana gitu pak?
P4	Kalo saya kan, mesti istigfar lah, saya istigfar itu minta apapun pasti dikabulkan, saya mesti saya suruh istigfar, kalo memang keliatannya akan meninggal, istigfar sini tapi ada kelil, jangan gak istigfar, baca shalawat, ndak ada penyakit yang gak sembuh, mesti sembuh kecuali dengan kematian
I	Baik ini pertanyaan terkahir nggih pak, mungkin kendala-kendala yang dilamai oleh perawat maupun IGD yang berhubungan dengan ACS bisa dijelaskan pak?
P4	Kalo kendala Selama ini misalkan obat, ndak ada masalah. Kita minta lari-lari pun minta obat dikasih. Kendalanya Cuma satu, kalo kita minta alat obat, karena kita perlu stick cepet, kita tu minta, kadang kan ko.as di suruh minta, tu gak di ganti, belajar minta gak diganti, mesti perawat atau dokter, padahal pasiennya segitu, banyak kadang 40 60, yang di data hanya 6, gitu kan yang jaga dua atau tiga, jadi kalo kita dominan terus, memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya CARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja.
I	Kalo misalnya untuk kendala dari jumlah tenaga perawat gitu pak?
P4	Tenaga perawatnya, yang beberapa bulan yang lalu, saya kira ya lumayan cukup, kita kan buka ruang 6, akhirnya di tarik-tariki, sekarang yang diruang traige ditarik lagi 2, jadi kalo jaga hanya 2 orang, misalnya jaga sama kamu, terus kamu sakit (suara tidak jelas)
I	Terus itu ada upayanya gitu nggak pak untuk mengatasi dari kendala itu?
P4	Kalo upaya untuk sementara ini gak ada, karena itu dari palayanannya kita minta penengahannya kan gak ada, orang baru masuk ke RS to, sedangkan itu kan, ini barusan sudah masuk, kita dapat beberapa bulan yang lalu kalo gak salah, jadi ada yang pensiun ndadak, 2 hari ada yang pensiun, terus ada lagi yang pensiun bulan kemarin, itu kan ndak ada gantinya, terus berkurang

	ada ruang 6, sudah berkurang 20 orang kalo gak salah, habis orangnya.
I	Kalo upaya untuk perawatan atau mesin-mesin gitu bagaimana pak?
P4	Kalo upaya-upaya alat, kita bon-bon ya, istilahnya bon, jadi minta bon. Cuma RS anggaran anggaran untuk tahun depan, kendalanya itu, saya Tanya ke manajemen disana, jadi anggaran ini, tahun ini apa butuhnya, nanti untuk tahun depan, ternyata kebutuhan untuk tahun depan geser, misalnya satu dua sampai lima, kebetulan padahal bukan 3 4 sampai lima, misale 3 4 sampai 10, lha mbleset dananya 1 2 kan gak boleh untuk sampai 10 to, jadi kalo kita tiap bon alat, itu mesti barengan. Nanti misale instrument disini misalnya jelek ya, saya akui itu instumennya gak layak menurut saya itu
I	Instumen?
P4	Heacting kan banyak yang tumpul, kan gak layak. Wong saya tiga tahun di buang, gak di pakai?
I	Itu sesuai SOP ya pak ya?
P4	Ya, kalo mau SOP, saya mau seperti yang ikut di Australi itu, habis pakai buang
I	Mahal itu pak
P4	Makanya di nosocomial an tertinggi, misalnya AC mati, sudah berapa bulan ini, kan beli blowernya yang bermasalah, sampai sekarang gak ada, di carikan kanibal, kok gak beli satu aja, barangnya gak ada, di carikan di ruang kanibal kan rompengan to, tipe A lho
I	Ya, nah itu bagaimana menurut bapak tipe A itu?
P4	Kalo saya ini ya, aajur ini, makanya kalo akreditasi kalo SOP kan saya ndak boleh ngomong, di pajang
I	Kenapa pak?
P4	Bikin ribet, saya kan ndak pernah ngomong A tak balik B
I	Oo jujur ya pak ya
P4	Oo ya, apapun resiko saya tanggung.
I	Baik bapak, mungkin itu saja wawancara pada malam hari ini, terimakasih banyak bapak atas informasinya, mohon maaf, Assalamualikum warahmatullahiwabarkatuh
P4	Waalaiumsalam warahmatuahiwaraktuh.

Lampiran 9 Analisa Data Penelitian

ANALISA DATA

No	Tujuan Khusus	Penyataan Penting	Perumusan Makna	Kategori	Subtema	Tema
1	<b>Mengeksplorasi perasaan perawat sebagai pemberi layanan keperawatan pasien SKA di IGD</b>	<p>....Jadi, keluarga, <u>kepanikan keluarga, kepanikan pasien, itupun harus kita imbangi, jadi disini di butuhkan, emosional yang stabil</u> untuk menangani pasien-pasien yang masuk ke IGD. (P3)</p> <p>Belum tau ACS apa ndak, ya mengeluh nyeri perut dengan usia 40 tahun, apalagi dilengkapi dengan nafas sesak, gemetar, hanya nyeri aja di ulu hati atau usia 40, mesti harus kita EKG, jadi belum ada tanda-tanda nyeri tembus ke punggung, ada keringatan, ada nyeri menjalar ke lengan sampai ke leher, seperti tercekik, apalagi kalo seperti itu, mesti <u>kita harus lebih tanggap lagi.</u> (P7)</p> <p>jadi tadi ada 2 kemungkinan seperti itu, apa namanya, kalo disini sudah crowded, sudah banyak, <u>tambah binggung</u> seperti itu, makanya harus dapat, binggung lumrah, kalo sudah lama <u>gak usah binggung</u>, sudah cukup, kita mulai, <u>apa</u></p>	<p>mengimbangi kepanikan keluarga dan pasien dengan emosional yang stabil</p> <p>mampu memberikan respon tanggap pada pasien yang diduga SKA dengan mengidentifikasi tanda gejala</p> <p>perawat menganggap resiko sebuah pekerjaan adalah dimarahi pasien dan keluarga</p>	Pengaturan emosi.	<b>Sub Tema 1 :</b> Keseimbangan emosi	<b>Tema 1 :</b> <b>Mempertahankan kestabilan emosi perawat</b>

		<p><u>yang saya hadapi harus tau</u>, seperti itu, jadi harus lebih teliti, kalo kita tambah bingung apalagi yang lain, gitu lho maksudnya, ya kita harus tau situasi, kalo kita sudah lama, tau apa yang harus di perbuat, bingung lumrah, tapi jangan ini, ah ngapain, ini blank bisa semua, gak boleh. (P8)</p>				
		<p>Pihak pasien sendiri ee ya seperti itu namanya orang sakit kita gak bisa ini, pasti dia maunya yang spesial namanya, tidak harus walaupun orangnya berduit, semuanya, pasien disini sama ya, pasien yang sakit maunya seperti itu, cuma kita ya harus, gak bisa berdebat ke pasien, kita keliru kalo marahi pasien, kita memberikan penjelasan, walaupun istilahnya kita dimarahi ya sudahah... (P8)</p>	<p>perawat menganggap resiko sebuah pekerjaan adalah dimarahi pasien dan keluarga</p>	<p>dimarahi pasien</p>	<p><b>Sub Tema 2 :</b> kuat dengan resiko luapan emosi</p>	
2	<p><b>Mengeksplorasi tindakan yang dilakukan perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pasien SKA di</b></p>	<p>mungkin saya nggak sepenuhnya ya sesuai SOP, tapi paling ndak itu sudah 75%, karena kan ada pasien-pasien tertentu karena kan dia gak merasa nyeri dada, eh, gak merasa sesek tapi ada gangguan itu dia gak mau pakai oksigen, harusnya pasang oksigen itu kan <u>kita bantu dengan oksigen, karena</u></p>	<p>perawat melakukan tindakan keperawatan tidak sepenuhnya berdasarkan SOP, ada yang melakukan modifikasi</p>	<p>asas kemanfaatan untuk menyelematkan jiwa</p>	<p><b>Sub Tema 1 :</b> Manfaat dan dampak yang dirasakan perawat dengan melakukan modifikasi tindakan</p>	<p><b>Tema 2 :</b> <b>Nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan</b></p>

	<b>IGD</b>	<u>saturasinya kan?.</u> (P1)	tindakan bertujuan untuk memberikan manfaat ke pasien			
		Yang disana, saya sebagai traige sumpamanya, saya ya, saya juga untuk melakukan misalkan, seperti memang kalo gak ada yang stand by disitu ya, pasien ini <u>kolaps ya kita</u> lakukan RJP, disitu. (P2)	perawat dari ruang lain di IGD siap membantu RJP jika ada pasien kolaps			
		Sering sekali. Sering sekali kayak gitu. Jadi kadang-kadang kalo pasiennya sepi, tak pindahkan, pasiennya di mesin EKG satunya, kalo gitu segera. Biasanya kalo yang paling suering terjadi itu ya, paling sering terjadi itu adalah kehabisan, <u>kehabisan kertas</u> . He'e. jadi kalo kehabisan kertas kan gak begitu lama-lama da, pasiennya di tutupi dulu, terus kemudian ambil kertas, ganti, cepet-cepet, gitu aja, gak sampe lah 5 menit. (P3)	perawat segera membuat keputusan mengambil mesin EKG dari ruang lain jika mendadak mesin tersebut rusak, sehingga cepat mendapat pertolongan			
		... nah itu nanti akan muncul sendiri namanya kebijakan dari RS, jadi enggak, <u>enggak sesuai persis dengan yang di teori, jadi ada yang diteori itu gak bisa dilaksanakan disini</u> , manfaatnya kita ada	tindakan yang dilakukan perawat tidak selalu berdasarkan teori yang didapatkan			

	<p>kebijakan khusus untuk ee yang diterapkan di IGD. (P7)</p>				
	<p>Karena memang sebenarnya itu masih disayangkan kalo menurut saya, delay, kita ambil, menangani pasien jadi delay..Betul. <u>Delay penanganan</u>. Meskipun ini, ya karena alatnya kurang yang digunakan, jadi kita tidak boleh plot stok...<u>lya dari akreditasi</u>, itu gak boleh seperti tadi. (P5)</p>	<p>perawat mengnggap modifikasi yang dilakukan karena tuntutan akreditasi membawa dampak pada delay penanagnan</p>	<p>dampak modifikasi menyebabkan akreditasi</p>		
	<p><u>Ada sebenarnya</u>.Terus saya <u>binggung juga</u>, kecuali untuk tindakan-tindakan tertentu, misalnya tindakan pemasangan kateter gitu, kalo untuk SOP,Tapi saya gak pernah baca (P5)</p>	<p>perawat masih bingung dengan keberadaan pedoman SKA di IGD</p>	<p>pengetahuan berbeda terkait pedoman</p>	<p><b>Sub Tema 2 :</b> Perbedaan pengetahuan perawat terkait keberadaan prosedur tindakan</p>	
	<p>ACS?SKA?, adaa, ada di traige. Pernah, dulu luama sekali, terus sekarang deket-deket akreditasi...ACS? kalo Saya lihat ko belum ada ya, <u>kayaknya belum ada ACS</u>. Nyeri dada. Oo STEMI ya, hampir sama dengan ACS?...Ya, he'e, kalo STEMI ada. Kalo STEMI ada.(P3).</p> <p>gak ada spesifikasi untuk ACS ya, SOP itu untuk yang masuk P1 ini ini aja mungkin, gak ada, mungkin kalo yang di CVCU, <u>tapi saya kurang tau, tapi kalo di</u></p>	<p>hanya ada SOP STEMI yang merupakan jenis SKA</p> <p>Tidak ada spesifikasi SKA, menurut perawat</p>			

		<p><u>UGD kan global itu</u>, mungkin itu oo pasien resusitasi, pasiennya ini ini, maksudnya gak harus spesifik pasien ACS, yang harus ada SOP, enggak, nggak ada yang spesifikasi, tapi kalo algoritmenya saya tau</p> <p>(P8)</p>	<p>SOP di IGD bersifat global</p>			
		<p>Untuk tindakan ada, <u>untuk penyakit, ada kayaknya...</u>Ee seperti ada, seperti ada</p> <p>(P5)</p>	<p>hanya ada SOP tindakan secara umum</p>			
		<p>Enggak juga si, mungkin dari <u>browsing</u> tadi apa yang harus dilakukan, kita aplikasikan..Mungkin disini saya yang gak tau..., <u>tanya ke dokternya biasanya</u>, biasanya si kita melakukan tindakan, dokternya ngasih apa, kita melakukan tindakan, lahh kalo udah selesai semuanya kan dokternya mesti, sambil ngisi status sambil wawancara keluarga, nahh itu kita tanya, dok ini kekurangannya gimana, terus apakah sudah sesuai dengan selama ini, biasanya dokternya bilang iya, nanti kalo kurang, dari dokternya suruh anu, kita yang melengkapi lagi apa yang</p>	<p>perawat merasa tidak mengetahui SOP SKA, mendapat informasi protokol SKA berasal dari browsing internet dan bertanya pada dokter</p>			

		<p>kurang dari obat-obatan atau apa (P6)</p> <p>Itu, kalo ndak salah ada anu, <u>SOP nya untuk nyeri dada, nyeri ya, nyeri dada mungkin ya, ada yang nyeri dada...STEMI, Non-STEMI, kita cari tadi belum lengkap ya, hehe, coba nanti di cari lagi yang lebih anu lagi, yang lebih, seperti, kayaknya ada deh, kayaknya ada</u></p> <p>(P2)</p>				
		<p>...Keluarganya mendukung dengan doa jangan panik, gitu. (P4)</p>	<p>kebutuhan spiritual sangat penting dilakukan perawat dengan cara melibatkan keluarga dalam membantu pasien mendekati diri kepada Tuhan,</p>	<p>membimbing doa</p>	<p><b>Sub Tema 1 :</b> Sebagai perantara perawat</p>	<p><b>Tema 3 :</b> <b>Merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual</b></p>
		<p>kita suruh ee kita kaji dulu terus kita bimbing ee keluarganya terus kita bimbing baca alfatihah kalo muslim, kalo non muslim ee <u>keluarganya mungkin membimbing ya, sesuai dengan agamanya</u> seperti itu, kita gak mungkin langsung, pak meninggal pak, gak boleh itu, harus panggil, kita <u>jelasin dulu secara adminisnya</u>, setelah itu keluarga bimbing sesuai agamanya. (P8)</p>				
		<p>Kalo saya biasanya tau pasien ACS, pak ini sampean ada gangguan jantung, jadi jantung pembuluh darahnya ada yang terganggu, untuk mengurangi, satu bapaknya setenang mungkin, biar</p>	<p>perawat menggunakan teknik distraksi dalam dukungan spiritual dengan</p>	<p>Menenangkan dan menguatkan pasien</p>	<p><b>Sub Tema 2 :</b> mengurangi kecemasan pasien</p>	

		metabolismenya gak meningkat, oksigennya gak meningkat, karena kebutuhan oksigen nya otomatis nyeri dadanya akan menurun, <u>di tenang-tenangkan, tarik nafas panjang, pelan-pelan (P5)</u>	menenangkan pasien, menarik nafas panjang sambil mengingat Tuhan.			
		..ee biasanya pasien dengan ACS itu tuakut setengah mati, takut meninggal, ya, apalagi di UGD nanti mesti di advice masuk P1, dan sebelah-sebelahnya pasti nggak sadar, ya jadi <u>kita harus menguatkan</u> , sakit ini bukan bapak aja atau ibu saja, banyak yang sakit seperti ini, <u>ndak usah takut</u> , disini sudah ada spesialisnya, jadi banyak berdoa dan minta sama Allah, jadi kalo yang menyembuhkan itu Allah, bukan manusia, jadi dokter itu juga manusia, hanya usaha saja...(P7)				
3	<b>Tujuan : Mengeksplorasi Hambatan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan</b>	... nah kebanyakan dokter tidak bisa melakukan pemasangan IV line... kemudian ee <u>kita usulkan pemberian ISDN kita usulkan</u> , misalnya ISDN itu kita lengkapi rekam jantung, apakah ada masalah dengan jantung kanannya, nahh itu, apakah tensinya rendah, itu jadi pertimbangan, jadi kalo pengalaman	perawat menganggap tindakan kolaborasi dengan dokter masih sebatas pada memberikan usulan dalam pemeberian obat	perawat memberi masukan bersifat medis	<b>Sub Tema 1 :</b> Perawat dibatasi dalam melakukan peran	<b>Tema 4 :</b> <b>Kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik</b>

		<p>saya, saya masih bisa kasih masukan, <u>artinya kolaborasi</u> dengan medis ya, dan target waktu katakan berapa onsetnya, berapa lama nyeri adanya, nah itu sudah jadi pertimbangan, untuk melakukan door to needle, door to balloon... (P4)</p>	<p>ISDN (Iso Sorbit Dinitrat)</p>			
		<p><u>Jadi kita saling sharing ya sama dokternya</u>, dok seandainya saya merujuk ini gimana dok, gitu, bukan kita itu semena-mena ya, kita, ya situ namanya pelajar, saya juga pegawai sini, ya juga tetap meluruskan apa yang, itu aja...sehingga tidak terjadi konflik, seperti itu. Jadi yang menentukan prioritas 1, prioritas 2 itu haknya dokter, tapi, tapi kalo dokter itu salah, perawat yang meluruskan (P2)</p>	<p>penentuan prioritas dilakukan dengan cara sharing dengan dokter supaya tidak terjadi konflik</p>			
		<p>He'e langsung tetesan, Cuma kadang kita kan gak begitu percaya, sudah tau, <u>sudah ngitung dosis, kilita klarifikasi lagi</u>. Jadi bener gak sih, kita Tanya, dokter, menurut dokter ini pasien ini berdasarkan kasus apa, itu pakai dopamine pakai dosis apa? Nahh itu kalo yang tau (P5)</p>	<p>perawat merasa tidak begitu percaya ke dokter mengenai dosis yang telah ditentukan, sehingga perlu melakukan klarifikasi ulang.</p>			

		<p>Kalu ada ACS, setau saya maksudnya yang pegang kan yang senior, jadi yang <u>senior otomatis angka kesalahan kan minimal sekali</u>, yang sering disini salah, bila ada mahasiswa klinik praktek, gitu aja. Karena kalo ACS yang dominan dokternya, terus perawatnya yang senior mesti yang tau ECG atau apa. Yang junior pupuk bawang biasanya hanya memasang infus, ngasih apa, gitu aja. Sekarang kan butuh cepet, 4 menit, 5 menit, kalo yunior gak mungkin bisa ngikuti. (P4)</p>	<p>perawat senior mengangap lebih mampu menangani pasien ACS dibandingkan perawat junior</p>	<p>Tidak nyaman dengan rekan setim</p>	<p><b>Sub Tema 2 :</b> Kurang memahami peran antar perawat</p>	
		<p>Ya, kalo teman sejawat kan kadang kita itu gak sama, antar teman, apa yag maunya kita dengan teman kita, <u>pasti ada crashnya, itu kadang yang bikin kita mungkin jadi ada bad moodnya ya</u>, istilahnya apa ya, enggak, nggak ini, karena gak sesuai dengan apa yang kita mau, jadi itu tidak boleh. (P8)</p>	<p>pendapat yang memenangkan pihak sebelah</p>			
		<p>jadi kalo ada pasien ACS masuk, kita tidak delegasikan, langsung yang dari traise ACS, STEMI atau apa, langsung dia yang kesitu, paling dokter kardio datang, liat hasil nya ECG nya sama keluahannya, terus perawatnya datang situ, cuma kekurangannya <u>cenderung laki-laki yang kesitu</u>, dan jobnya tu kabur, pada kenyataan lho, nanti misalnya, nanti sampean liat sendiri yang disini, yang</p>	<p>perawat laki-laki mengalah dengan perawat perempuan</p>			

		<p><u>disini mesti laki-laki to, yang perempuan hampir ndak pernah mau</u>, kalo mau kan saya capek, disini tu sistemnya kalo buat system mesti capek, rewardnya kan ndak ada bedanya gitu (P4)</p>				
		<p>Kalo sama perawat, kayae enak-enak aja selama ini, ndak ada masalah, <u>kita kerjasamanya bagus di UGD ini</u>, jadi tidak ada iri-iri an ini pasienmu, ini pasienku, endak, tetep kalo dateng tanggung jawab kita, tapi tetep ada nama kita yang memeriksa bertanggung jawab dengan pasien mesti ada, cuma kita ndak, karena pasien kita gawat, kita terpanggil, jadi harus <u>mengejarkan apa yang harus kita prioritaskan semua</u>, dan semua personel IGD saya rasa semua seperti itu, jadi ndak ada kayak, ndak acuh, nggak ada, insya Allah, beda dengan di ruangan (P7)</p>	<p>perawat saling mengetahui kebutuhan antar perawat saat menangani pasien perawat saling memahami, saling mengingatkan ketika terjadi kesalahan</p>	<p>Nyaman dengan tugas dan peran</p>		
		<p>Jadi kalau ada complain, ketauan, itu bisa jadi seniornya yang mengetahui, seniornya tau langsung lapor, biasanya dalam satu tim itu kita kondisikan yo opo <u>supaya satu tim itu rukun</u>, kalo bisa masalah itu jangan diperbesar, kalau bisa selesai pada saat tim, pada saat itu, proses (P4)</p>				

		<p>Terus kemudian <u>dokter yang tidak santun</u> gitu ya, <u>dokter perawat yang kurang santun</u> ya, terus <u>tim yang tidak santun</u>. Itu menurut saya adalah suatu kendala, maksudnya apa ya, disini adalah tempat orang panik dan sakit ya, kalo kita tidak aware, tidak santun, terus kemudian, tidak, tidak aware lah, mungkin kecapean atau apa ya, itu manusiawi, tapi tetep kalo misalnya pasiennya, maksud saya kalo di IGD ya, jangan sampe ada kendala-kendala yang membuat kita, mungkin aja udah sering masuk Koran, apalagi, heheheh. Kita sudah berusaha sebaik mungkin, sehumanis-humanisnya, kayak gitu da. So far, ini masalah dianggap masalah, ya masalah, kalo tidak dianggap masalah, yo, kita harus banyak-banyak apa ya, introspeksi diri lah, kayak gitu. (P2)</p>	<p>kendala yang dirasakan perawat adalah dokter perawat yang tidak santun</p>	<p>Perilaku kurang santun</p>	<p><b>Sub Tema 3 :</b> Kesal dengan etika tim</p>	
		<p>cuma kadang-kadang <u>ada dokter dokter, gak semuanya</u>, tepat ke pasien, ya contoh memakai alat kita, tapi gak dikasih tau, bukan tindakan ke pasien ya, <u>memakai alat kita disini</u>, itu <u>poko pake, gletakno, pake gletakno</u>, akhire kita itu ngasih tau, satu kali, dua kali, tiga kali, itu kadang gak di ini, di dengerin, nah itu yang bikin kita, ee istilahnya apa, <u>marah</u>,</p>	<p>perawat kesal dengan dokter ko-as, karena selesai menggunakan alat tidak dikembalikan ke tempatnya</p>			

		marahnya bukan kita ngamuk, enggak (P8)				
		misalnya saya jaga NIC, <u>pasiennya rame, ya udah ambulance suruh bantu sini, paling yang datang satu dua orang aja, makanya saya kalo jaga NIC, saya tidak pernah nyuruh, tapi begitu saya nyuruh, gak datang, saya tulis namanya tak laporkan direktur...lya saya gak mau tau, kan saya gak pernah nyuruh, kan ada direktur. Jadi langsung saya <u>laporkan</u></u> (P4)	perawat NIC (Nursing In Charge) kesal dengan perawat ambulance karena tidak mau datang ketika di panggil untuk membantu ruangan IGD lainnya			
		jadi saya merujuk, merujuk tu begini, dok, kalo seingat saya, kasus-kasus seperti ini, dan lagi pasiennya sulit kencing, itu sebetulnya kan di P2, kalo di P3, itu nanti, cara penanganannya dok, bayangkan kalo pasien mengeluh kesakitan pada saat kencing, nahh itu <u>sempat eyel-eyelan</u> seperti itu. Nah akhirnya, ada dokter yang seperti itu, ya to, ngeyel istilahnya, masuk di P3, <u>akhirnya marah dokternya di dalam</u> , seperti itu...Seperti pasien open, open fraktur, nahh kalo ekstremitas lengan, yang ekstremitas panjang, itu kan, masuknya di P2, kan gt ya, tapiii, dia dimasukkan di P3, wis	perawat mempunyai pendapat berbeda dengan dokter mengenai penentuan prioritas pasien sehingga menimbulkan kemarahan dokter			

		akhirnya rame, seperti itu (P8)				
--	--	---------------------------------	--	--	--	--

No	Tujuan Khusus	Penyataan Penting	Perumusan Makna	Kategori	Subtema	Tema
		Iya, emosi pasti ada, cuma kita tidak boleh melampiaskan atau ee inikan ke pasien gak boleh, walaupun emosinya itu, <u>stressor di IGD banyak</u> , daripada di ruangan, disini stresornya kadang dari <u>teman sejawat, temen, dokter kita, dan pasien</u> , dan juga keluarganya, pasien banyak...(P8)	Emosi atau rasa marah ke orang lain, disebabkan karena stressor tinggi	Stresor dari tim, pasien, dan keluarga	<b>Sub Tema 1:</b> Tekanan menyebabkan konflik	<b>Tema 5 :</b> Tingginya Stressor Kerja
		<u>apalagi sesama temen, intinya disini karena stresornya banyak itu</u> , akhirnya apa namanya, unsur konflik kecil, konflik itu pasti, dimana-mana itu namanya suatu tempat ee pekerjaan ya wajar, walaupun orangnya duduk diam gak mikirin ya, enggak konflik ya tetep ada konflik. Ya akhirnya gak sesuai dengan yang kita mau kadang males, gitu aja kan, <u>apalagi yang kita posisinya banyak stresornya</u> , cuma ya, orang beda-beda mengatasi stressor, apa, emosinya (P5)				

		<p>saya bilang, ya manusiawi, kalo, yang menyenangkan pasti ada, yang tidak menyenangkan pasti ada, makanya kita tergantung memanager ee emosi kita, jadi kita bekerja itu pasti, apalagi sudah lama, <u>sifat jenuh itu pasti ada, gak selama ini kita happy terus</u>, nggak, cuma gimana kita ngasih yang terbaik adalah waktu kita kerja... (P8)</p>	<p>Tidak selalu bahagia dalam bekerja, terkadang muncul rasa bosan karena melakukan tindakan sama dan berulang-ulang</p>	<p>Gejala yang nampak</p>	<p><b>Sub Tema 2:</b> Tekanan menyebabkan lelah bekerja bekerja</p>	
--	--	--	--	---------------------------	---	--



No	Tujuan Khusus	Penyataan Penting	Perumusan Makna	Kategori	Subtema	Tema
4	kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan	...Pada dasarnya itu, tapi aplikasinya sulit kalo disini, karena <u>kita yang senior</u> sama yang junior <u>hampir gak dihargai</u> , dalam kenyataan lapangan lho. Apalagi missal saya, saya D3, terus juniornya S1, itu sudah lain lagi. (P4)	perawat senior merasa tidak dihargai, karena tidak ada perbedaan antara senior dengan junior	penghargaan kinerja kurang	<b>Sub Tema 1 :</b> kebutuhan penghargaan	<b>Tema 6 :</b> Kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi
		Kalo yang membuat, SPO nya bukan saya, saya ndak ikut membuatnya, yang membuat itu ada ee, apa bu mariana...Ya, bu lin. Ya itu orangnya itu, soalnya orangnya itu, kalo <u>saya gak kepake...</u> (P5)				
		Ketimpangan, <u>ketimpangan jadi tidak mengakui</u> , walaupun saya itu S1, S1 di tim di kantor kan belum tentu diatas saya to (P4)	ketimpangan yang terjadi diruangan adalah tidak mengakui senior	Tidak ada pengakuan	<b>Sub Tema 2 :</b> Kebutuhan pengakuan	
		memang kita kesulitan karena tenaga, Dari <u>tenaga sama BOR nya kan tidak relevan</u> sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja. (P5)	perawat midle manager menganggap bahwa sedang terjadi kekurangan tenaga, karena BOR (Bed Occupation Rate) yang telah dihitung	proporsi tidak seimbang	<b>Sub Tema 1 :</b> kekurangan tenaga perawat	<b>Tema 7 :</b> Merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang

			tidak relevan dengan IGD			
		<p>kemarin perhitungan dari ee tim remunerasi dan tim dari akreditasi, <u>pegawai di RS itu kelebihan 200, padahal kita lagi kekurangan</u>, kelebihanannya itu di bagian apa, kita ndak tau, apakah bener di perawatan lebih, apa bener, mungkin di TU, atau yang di administrasi yang lebih, atau di sarana prasarana, kami ndak tau, jadi, jadi kami sementara ini harus bersabar, kalo petugas kami seperti itu, harus di upayakan bagaimana...lha itu jadi saya bagaimana mengatur agar pelayanan kami bisa berjalan dengan baik (P7)</p>	<p>perawat midle manager merasa sedang kekurangan tenaga, akan tetapi dari bagian tim remunerasi akrediasi menyatakan kelebihan tenaga</p>			
		<p>Itu tu maksimalnya, ya rata-rata 100 lah, 100, dan ee untuk petugas kita, untuk yang perawat itu, kita di job, antara perawat dibantu oleh dapur, jadi di dapur juga melakukan pekerjaannya perawat, tapi perawat tidak melakukan pekerjaan dapur, jadi harus pas nahn itu yang di P2 itu 5 orang, di P1 itu cuman 2 orang, ditambah ka.tim 1 jadi 3 orang, makanya untuk briefing, itu <u>kita masih kesulitan</u>, karena kan 1 sift bisa 50 pasien, itu</p>				

		masih sulit sekali untuk membagi, masing-masing ada kendala (P5)				
		SKA itu kalo hari sabtu atau minggu, dia mau pasang ring selalu banyak, kalau ga itu kalo 1 sift itu bisa menemui 3 sampai 5..(P1)	jumlah pasien SKA dengan perawat jaga di hari sabtu dan minggu kurang ideal			
		Kalo masalah prasarana, ya ini kan masuk sesuai dengan kebutuhan ya, yang dibutuhkan oleh RS sini, <u>sebetulnya tu kurang</u> . Tapi ya, hambatannya masalah gini, saya sudah mengajukan apa ya, barang gitu ya, sampe apa ya, sampe berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun ada...Padahal alat-alat ini benar-benar dibutuhkan, gitu..usulan-usulan dari teman-teman memang banyak. Soalnya disini kan, namanya apa ya, RS pendidikan ya, jadi temuan-temuan, <u>kekurangan apapun yang disini, harus kita lengkapi</u> . Apalagi kalo disini kan RS provinsi, tipe A (P2)	RS tipe A seharusnya mempunyai peralatan sesuai standard an ideal	Seharusnya kekurangan segera dilengkapi	<b>Sub Tema 2 :</b> kekurangan kelengkapan alat	
		Kalo <u>sarana di emergency, menurut saya kurang</u> . Yang jelas kurang, <u>satu, oksigenasi ya</u> . Dulu itu pas di bangun saya usul oksigenasi seperti di AHASS gitu, ditarik ditengah, ceklek di bed, kasih oksigen portable hanya untuk transportasi	Oksigenasi yang dibuat IGD seharusnya sesuai dengan usulan yang diberikan			

		<p>saja, nanti habis itu pasiennya pindah, ceklek, naik lagi. Tapi dalam kenyataan, yang bikin ruangan ini sama yang minta tender kan ndak tau urusannya, yang penting nya apa, jadi gak sesuai yang diharapkan. Buktinya lantai-lantai krowak aja berapa bulan, ya di biarkan. (P4)</p>			
		<p>Kalo misalnya, kalo SOP kan masih ini ya, bersama dengan kebijakan, bisa dianggap nanti, <u>bisa dirubah</u> kalo memang ada suatu yang, <u>update</u> yang harus di ubah, kayak gitu. Jadi seiring dengan, berjalannya waktu, nanti, <u>kalo SOP yang dibuat yang lama tidak update lagi yo, harus diganti, atau ditambahi, atau dikurangi gitu.</u> (P4)                  ...mungkin kalo dari <u>RS sendiri si harus ada SOP lagi</u>, kadang kan perawat kalo ada SOP nya kan kalo ada apa-apa kita bisa, ini udah sesuai SOP, ditekankan, kalo antibiotic sekarang kan alergi kan harus masuk, kalo orangnya alergi, nanti antibiotiknya menyusul, kalo gak ada SOP nya kan kita takut kan, ee takut salah, soalnya sekarang kan keluarganya dari mana, anaknya sakit, alergi A, sudah dimasukan, lha kayak gitu, kan msialkan dari sini kan udah sesuai SOP, tapi kan SOP nyaaa ee gimana ya, SOP nya itu</p>	<p>perawat menganggap perlunya update SOP sesuai perkembangan ilmu</p>	<p>Update berdasarkan perkembangan ilmu</p>	<p><b>Sub Tema 3 :</b> perlu upadate pedoman kerja</p>

		belum keluar, jadi kan harus ada, jadi kita bisa ngikut SOP, jadi sudah ada..(P6)				
		...mungkin perlu perubahan juga di Saiful Anwar itu... <u>Perubahan system dan segalanya, ya namanya ilmu kan berubah dan berkembang ya</u> (P7)				



Lampiran 10 Surat Keterangan Selesai Penelitian



Lampiran 11. Surat Keterangan Bebas Plagiasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
 Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755  
 http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

---

**SURAT KETERANGAN**  
 Nomor : 062/UN10.F08.08/PN/2018

Berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal (BPJ) Fakultas Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah berikut :

Judul : Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Saiful Anwar Malang : Studi Fenomenologi

Penulis : Ida Rahmawati

NIM : 166070300111025

Jumlah Halaman : 77

Jenis Artikel : Tesis (Program Studi Magister Keperawatan)

**Kemiripan : 3%**

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

07 FEB 2018

Ketua Badan Penerbitan Jurnal,



Dr. Husnul Khotimah, S.Si, M.Kes  
 NIP. 19751125 200501 2 001



Lampiran 12. Lembar konsultasi tesis



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
 FAKULTAS KEDOKTERAN  
 PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
 Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755  
 http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Ida Fahmawati  
 NIM : 1607030011025  
 Program Studi : Magister Keperawatan  
 Judul Tesis : Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan pasien sindrom koroner akut di Instalasi Gawat darurat RS Tipe A Saiful Anwar : studi fenomenologi

Pembimbing I : Ms. Septi Dewi Bachmawati, S.Kep., M.Ng

Tgl	Pembimbing I (1)	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
2/11/17	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	BAB IV	Tema masih kurang mengali makna	
20/11/17	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	Revisi BAB IV	- tambahkan makna harfiah & kontekstual	
4/12/17	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	BAB V	- masukkan teori yg sesuai dg tema	
15/12/17	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	Revisi BAB V	- hilangkan garis miring pd sub tema	
5/1/18	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	BAB VI	- kesimpulan mengarah ke ran khusus - sertakan keterbatasan penelitian	
19/1/18	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	Cek keseluruhan BAB I - VI	- metode penelitian (analisis) di uraikan	
30/1/18	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	Ringkasan (summary) Abstrak Manuskrip	tambahkan 7-an penelitian & keunikannya	
9/2/18	Ms. Septi Dewi, S.Kep. MNg	ACC SHP		





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
 FAKULTAS KEDOKTERAN  
 PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (0341) 269117, 267192, Fax. (0341) 264722  
 http://www.universitaskemahasiswaan.brui.ac.id e-mail: ksk@univbrawijaya.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama  
 NIM  
 Program Studi  
 Judul Tesis

Ida Bahmawati  
 16607030011025  
 Magister Keperawatan  
 pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien sKa di IGD  
 ke Tipe A Raffles Anwar + studi fenomenologi  
 Dr. Titin Andri Wiharwati

Pembimbing I  
 Pembimbing II

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
17/8/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	BAB IV	- kurangi deskripsi tempat penelitian - masukan makna bbbh awal	
5/9/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	REVISI BAB IV	- tema 2 ganti modifikasi - cek tema	
23/9/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	BAB V	- teori masukan dari buku kualitatif	
2/10/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	REVISI BAB VI		
22/11/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	BAB IV		
14/12/17	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	cek keseluruhan BAB I - VI	- keabahan peneliti tbgai instrumen utama lebih di pertajam	
10/1/18	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	Manuscrip	kesimpulan mengambatkan keluruhan tema	
9/2/18	Dr. Titin A.W., S.Kp., M. Kes	ACC SHP		

ACC  
 SHP



Lampiran 13. Letter of Acceptance

## World Journal of Advance Healthcare Research

Impact Factor: 3.458

(WJAHR)

ISSN 2457-0400

### Acceptance Letter

Manuscript No: WJAHR/213/2/2018

Date:25/05/2018

**TITLE: THE NEEDS OF CARE QUALITY IMPROVEMENT FOR ACUTE  
CORONARY SYNDROME PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT:  
NURSE PERSPECTIVE**

**Dear Tina Handayani Nasution, Ida Rahmawati, Titin Andri Wihastuti,  
Septi Dewi Rachmawati, Kumboyono Kumboyono**

We are pleased to inform you that out of various research articles submitted, Experts/ Referees Panel of WJAHR has recommended your manuscript for publication, so World Journal of Advance Healthcare Research has been accepted your manuscript for publication in Current (May) Issue of WJAHR.

World Journal of Advance Healthcare Research publishes all its article in full open access format which are easily accessible for scientific community.

Kindly send the scanned copy of CTA form (Copyright Transfer Agreement). As early as possible. CTA form available at

[www.wjahr.com](http://www.wjahr.com)

Thanking You

Editor in Chief

WJAHR

Lampiran 14. Surat keterangan bebas predator


**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN**  
Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192. Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 564755  
<http://s2keperawatan.fk.ub.ac.id> e-mail : s2keperawatan@ub.ac.id

---

**SURAT KETERANGAN**  
 Nomor : 158 /UN10.F08.12.21/2018

Perihal : Pernyataan bebas predator jurnal

Sehubungan dengan adanya deteksi publikasi hasil tesis mahasiswa PS Magister keperawatan, kami sebagai tim monev telah memeriksa Jurnal *World Journal Of Advance Healthcare Research* dengan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan:

Nama : IDA RAHMAWATI  
 NIM : 166070300111025  
 Judul Artikel : The needs of care quality improvement for acute coronary syndrome patient in emergency department : nurse perspective.

dan mencocokkan dengan daftar yang ada di Beallist Predatory Journal, jurnal tersebut tidak termasuk dalam kategori Jurnal Predator.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Malang, 30 Mei 2018  
 Ketua Tim Monev  
 Program Studi Magister Keperawatan,  
  
 Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.  
 NIP. 198609022006041003

Lampiran 15 Manuscrip

**ABSTRAK**

**Rahmawati, Ida, 2018. Pelaksanaan Pelayanan Keperawatan Pasien Sindrom Koroner Akut Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tipe A Malang : Studi Fenomenologi Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes, Anggota: Septi Dewi Rachmawati, S.Kep, MNg.**

Sindrom Koroner Akut (SKA) merupakan salah satu manifestasi klinis penyakit Jantung Koroner (PJK) yang mengancam nyawa dan menjadi sumber morbiditas dan mortalitas. Tingginya angka morbiditas dan mortalitas pasien SKA yang tidak diimbangi dengan pelaksanaan tindakan keperawatan yang optimal, akan berdampak pada penurunan kualitas pelayanan pasien. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan pasien sindrom koroner akut di instalasi gawat darurat rumah sakit Tipe A Saiful Anwar Malang. Tujuan khusus adalah mengeksplorasi perasaan, tindakan, hambatan, dan kebutuhan saat melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di ruang IGD. Metode menggunakan pendekatan studi fenomenologi kualitatif. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi yaitu perawat yang masih aktif dalam melakukan pelayanan pasien SKA, memiliki pengalaman minimal 1 Tahun terakhir, mempunyai sertifikat pelatihan minimal BCLS, bersedia menjadi responden. Partisipan berjumlah 8 orang perawat diambil berdasarkan saturasi data. Proses pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan menggunakan semi-struktur interview selama 30-60 menit di ruang IGD RSSA. Peneliti merupakan instrumen utama penelitian. Metode analisa menggunakan pendekatan *Van Kaam* terdiri dari membuat list ekspresi atau jawaban partisipan, melakukan reduksi dan eliminasi terhadap jawaban, melakukan pengelompokan tema, mengecek kembali tema dengan pernyataan partisipan di rekaman, memberikan makna harfiah dari tema yang didapatkan, membuat struktur deskripsi, melakukan pengabungan dari keseluruhan struktur deskripsi yang ada. Dalam melaksanakan pelayanan, perawat menganggap penting adanya kestabilan emosi, nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, dan terpenuhinya kebutuhan perawat saat melakukan tindakan SKA. Pelaksanaan pelayanan keperawatan yang kurang optimal seperti tingginya stressor kerja, kerjasama antar tim yang masih dirasakan kurang, serta kurangnya penghargaan dan pengakuan, akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan pelayanan keperawatan di IGD.

**Kata Kunci: Pelayanan Keperawatan, SKA, IGD, Fenomenologi**

## 1. PENDAHULUAN

SKA merupakan kegawatan jantung yang telah menunjukkan peningkatan nyata dalam morbiditas dan mortalitas (Khoshchehreh et al., 2016). SKA menyumbang sekitar 1,4 juta penerimaan rumah sakit per tahun di Amerika Serikat (PERKI, 2015). Sedangkan di Australia terdapat 68.200 orang tercatat menderita SKA dan lebih dari 500.000 pasien menunjukkan nyeri dada tiap tahun, akan tetapi  $\geq 80\%$  dari seluruh pasien yang mempunyai gejala SKA tidak melaporkan keluhannya ke pelayanan kesehatan (Chew et al., 2016).

Prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5%. Provinsi Jawa Timur, menempati urutan ke 2 dengan jumlah penderita sebanyak 144.279 (1,3%), (Ministry of Health Republic of Indonesia, 2014). Tahun 2008 terdapat 17,3 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular, > 3 juta kematian terjadi pada usia sebelum 60 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohman, et., al (2011) di ruang IGD pada kasus IMA (salah satu jenis SKA), menunjukkan bahwa IMA merupakan penyebab kematian nomor 2 di RSSA Malang. Data mengenai jumlah kasus IMA di RSSA Malang menunjukkan bahwa terdapat 356 kasus IMA per tahun dengan 59 orang diantaranya meninggal dunia. Hal ini menunjukkan bahwa angka

mortalitas IMA di RSSA Malang adalah sebesar 16,6% per tahun.

Pelayanan keperawatan gawat darurat merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan secara umum yang mempunyai fungsi dalam menyelamatkan kehidupan masyarakat (Aringhieri, Bruni, Khodaparasti, & van Essen, 2017). Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, maka pelayanan gawat darurat mengutamakan akses bagi pasien dengan tujuan untuk mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kecacatan, dan kematian. Kemampuan perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan gawat darurat masih sangat terbatas untuk mendukung terwujudnya pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan & Keteknisan Medik, Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, & Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Ruang IGD mengupayakan pelayanan keperawatan dengan proses POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) agar dapat menciptakan standar pelayanan gawat darurat dengan sistem kerja selama 24 jam 7 hari seminggu secara efektif dan efisien. Untuk mewujudkan pelayanan keperawatan di IGD yang optimal dan terstandarisasi, maka dibutuhkan pengelolaan ruangan yang memenuhi fungsi manajemen (Nursalam, 2014). Asuhan keperawatan gawat darurat merupakan bagian proses

pelayanan kesehatan. Proses asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian sampai ke evaluasi. Pengkajian dan pemilahan pasien dilakukan di ruang *triage*, jika sudah ditentukan berdasarkan kegawatannya, maka pasien dapat dipindahkan ke ruang tindakan dan observasi agar dapat dilakukan penanganan lebih lanjut. Dokumentasi diperlukan agar dapat berfungsi sebagai bukti legal pasien.

Pedoman layanan atau sering disebut dengan *Standar Operasional Prosedure* (SOP) merupakan salah satu upaya RS untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menghindari malpraktik (Natasia, Loekqijana, & Kurniawati, 2014). SOP juga dapat digunakan sebagai alat audit untuk menilai kualitas intervensi yang dilakukan (Golzari & Mahmoodpoor, 2014). Sistem manajemen yang dengan kualitas yang baik, harus didasari dengan SOP yang dapat disosialisasikan kepada seluruh komponen yang berkaitan, meskipun demikian, sebagian perawat belum menciptakan komitmen apa yang telah ditetapkan RS dengan berbagai faktor seperti persepsi dan motivasi. Penelitian yang dilakukan oleh Natasia *et al.*, (2014) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara motivasi dan persepsi perawat terhadap pekerjaannya.

Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat IGD RSSA Malang menunjukkan

bahwa pelaksanaan pelayanan SKA masih kurang, perawat mengatakan belum ada *print out* standar pelayanan SKA di ruangan, hanya ada SOP tindakan secara umum, perawat terkadang tidak sepenuhnya menerapkan standar prosedur yang sudah ditetapkan. Perawat lain mengatakan bahwa sebenarnya ada *print out* standar pelayanan SKA di RS yang disimpan oleh kepala ruangan, tapi perawat tidak membacanya.

Perawat senior mengatakan bahwa protokol SKA yang dijalankan selama ini lebih mengarah ke tindakan medis yang pelaksanaannya mengikuti petunjuk dokter terlebih dahulu. Penelitian yang dilakukan oleh Damliang *et. al.*, (2014), persepsi perawat gawat darurat di Thailand dalam menggunakan *bundle care* dapat membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sebagai akibat dari peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri.

Tujuan penelitian adalah mengeksplorasi pengalaman perawat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di ruang IGD. dan secara khusus mengetahui perasaan, tindakan, hambatan, dan kebutuhan perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD.

## 2. METODE PENELITIAN

### 2.1. Desain Penelitian

Menggunakan studi fenomenologi untuk memberikan gambaran

pelaksanaan pelayanan keperawatan pasien SKA di IGD RSSA Malang.

## 2.2. Etika Penelitian

Sebelum memulai penelitian, peneliti melakukan uji etik pada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Kota Malang dengan nomor: 216 / EC / KEPK / 06 /2017, setelah disetujui oleh komisi etik, peneliti mengajukan surat studi pendahuluan ke RSSA, selanjutnya dilakukan *Ethical Clearance* di RSSA dan mendapatkan persetujuan etik dengan nomor 400/139/K.3/302/2017.

## 2.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di IGD RSSA Malang. Waktu penelitian dilakukan selama dua bulan mulai Oktober sampai November 2017.

## 2.4. Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat yang berkerja di IGD RSSA Malang berjumlah 8 orang perawat. Pada partisipan ke delapan, penelitian sudah masuk ke tahap saturasi data, sehingga penelitian dihentikan. Sampel diambil menggunakan teknik *Purposive Sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan kriteria (1) Perawat yang melakukan tindakan pelayanan pasien SKA di IGD (2) mempunyai sertifikat kegawatdauratan minimal BCLS, (3) perawat bersedia menjadi responden. Peneliti membatasi jumlah partisipan karena penelitian tidak bermaksud untuk menggeneralisasi hasil penelitian. Disamping itu disebabkan karena terbatasnya sumberdaya, biaya, waktu dan tenaga.

Proses pemilihan partisipan dibantu oleh salah satu perawat di ruangan. Karena sebelumnya peneliti

belum mengenal situasi dan kondisi perawat di IGD RSSA.

## 2.5. Instrumen Penelitian

Peneliti sebagai instrument utama. Keahlian peneliti sebagai peneliti utama adalah sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di Bengkulu sekaligus pembimbing mahasiswa di klinik selama 6 tahun. Peneliti mempunyai pengalaman kerja sebagai perawat klinik selama 1 tahun, sehingga memungkinkan untuk melakukan penelitian kualitatif. Sedangkan instrument penunjang adalah MP3 Record dari smart phone, panduan wawancara semi-struktur dengan empat pertanyaan terbuka, dan catatan lapangan.

## 2.6. Pengumpulan data

Diawali dengan persiapan etik, setelah memperoleh izin, peneliti melakukan pendekatan ke IGD untuk mencari partisipan. Partisipan didapat melalui fasilitator, karena peneliti tidak mengenal kondisi IGD RSSA sebelumnya. Setelah bertemu dengan partisipan, dilakukan kontrak untuk melakukan wawancara, waktu dan tempat wawancara berdasarkan kesepakatan partisipan. Peneliti mendatangi partisipan sebanyak 2x untuk membina hubungan saling percaya, karena sebelumnya peneliti tidak mengenal partisipan, hal ini dilakukan untuk menjamin kevalidan data. Waktu wawancara sekitar 25-60 menit, pada partisipan pertama hanya dilakukan wawancara selama 25 menit karena masih pada tahap uji coba wawancara (pilot study) dan untuk mengetahui kemampuan peneliti dalam mengali pengalaman terhadap partisipan. Pada partisipan ke 2 sampai ke 8, rata-rata waktu wawancara yang dibuthkn antara 45-60 menit karena peneliti sudah mempunyai pengalaman sebelumnya pada partisipan pertama. Tahap akhir

wawancara dilakukan dengan mengucapkan terimakasih dan memberikan *reward* kepada partisipan. Data yang terkumpul kemudian dilakukan transkrip yang selanjutnya dilakukan analisis data.

## 2.7. Analisis data

Analisa data yang digunakan menggunakan metode *Van Kaam* yaitu membuat list ekspresi atau jawaban partisipan (transkrip), melakukan reduksi dan eliminasi terhadap jawaban, melakukan pengelompokan tema, mengecek kembali tema dengan pernyataan partisipan di rekaman, memberikan makna harfiah dari tema yang didapatkan, membuat struktur deskripsi, melakukan penggabungan dari keseluruhan struktur deskripsi yang ada. Tema terbentuk dari sub tema, dan kata kunci partisipan.

## 3. HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian mendapatkan 7 tema besar secara keseluruhan yaitu 1) mempertahankan kestabilan emosi, 2) nyaman bekerja karena mengetahui prosedur tindakan, 3) merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual, 4) kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik, 5) merasakan tekanan kerja yang tinggi, 6) kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi, 7) merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang.

Partisipan nomer satu sampai 8 diberi kode (P1), (P2) dst. Gambaran data demografi partisipan di antaranya usia antara 28 tahun sampai 58 tahun, jenis kelamin laki-laki 5 orang dan perempuan 3 orang ; pendidikan Diploma tiga 7 orang dan Sarjana tingkat 1 ada satu orang, lama bekerja di IGD  $\leq$  10 tahun 3 orang

dan lama bekerja  $>$  10 tahun 5 orang ; semua partisipan telah mengikuti pelatihan BTCLS. Penelitian ini mendapatkan dua tema yaitu kebutuhan dasar perawat yang belum terpenuhi dan perencanaan pelayanan.

### TEMA 1 : Mempertahakkan Kestabilan Emosi

Tema mempertahankan kestabilan emosi memberikan gambaran mengenai makna perawat harus dapat mengusahakan agar supaya tetap menjaga respon emosional secara baik. Sub tema yang terbentuk dari tema ini meliputi keseimbangan emosi, dan kuat dengan resiko luapan emosi. Secara harfiah, keseimbangan adalah sebanding dan kuat, sedangkan emosi keadaan dan reaksi psikologis dan fisiologis. Secara kontekstual, makna dari keseimbangan emosi adalah keadaan sama baik fisik maupun psikologis dalam mencapai perkembangan emosional perawat saat menghadapi kondisi gawat darurat IGD.

Sub tema pertama adalah keseimbangan emosi. Hal pertama yang harus dimiliki perawat adalah menjaga keseimbangan emosi agar dalam melaksanakan pelayanan tidak terpengaruh dengan keadaan sekitar yang menyebabkan kepanikan. Berikut adalah pernyataan partisipan yang menunjukkan kestabilan emosi :

*...Jadi, keluarga, kepanikan keluarga, kepanikan pasien, itupun harus kita imbangi, jadi disini dibutuhkan, ee, apa, emosional yang stabil untuk menangani pasien-pasien yang masuk ke IGD.  
(P3)*

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa hal pertama yang dilakukan untuk menangani pasien-pasien yang masuk ke IGD harus mempunyai kestabilan emosi.

Ruang IGD merupakan pintu utama pasien masuk untuk mencari pelayanan kesehatan, perawat dituntut memiliki sikap tanggap untuk menciptakan kualitas pelayanan yang optimal. Pernyataan sebagai berikut :

*Belum tau ACS apa ndak, ya mengeluh nyeri perut dengan usia 40 tahun, apalagi dilengkapi dengan nafas sesak, gemetar, hanya nyeri aja di ulu hati atau usia 40, mesti harus kita EKG, jadi belum ada tanda-tanda nyeri tembus ke punggung, ada keringatan, ada nyeri menjalar ke lengan sampai ke leher, seperti tercekik, apalagi kalo seperti itu, mesti kita harus lebih tanggap lagi. (P7)*

Pernyataan partisipan di atas menggambarkan bahwa pentingnya sikap tanggap dalam melakukan pelayanan SKA yang sewaktu-waktu datang ke IGD.

Bingung merupakan suatu sikap merasa tidak mengerti atau kurang jelas dengan apa yang akan dilakukan. Berikut di bawah ini merupakan pernyataan partisipan mengenai tidak usah bingung :

*jadi tadi ada 2 kemungkinan seperti itu, apa namanya, kalo disini sudah crowded, sudah banyak, tambah bingung seperti itu, makanya harus dapat, bingung lumrah, kalo sudah lama gak usah bingung, sudah cukup, kita mulai, apa yang saya hadapi harus tau, seperti itu, jadi harus lebih teliti, kalo kita tambah bingung apalagi yang lain, gitu lho maksudnya, ya kita harus tau situasi, kalo kita sudah lama, tau apa yang harus di perbuat, bingung lumrah, tapi jangan ini, ah ngapain, ini blank bisa semua, gak boleh. (P8)*

Kondisi IGD yang penuh bisa jadi memicu kebingungan tindakan yang akan dilakukan, diperlukan kehati-hatian dan ketelitian jangan sampai faktor tersebut menurunkan kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan.

Sub tema yang kedua adalah *kuat dengan resiko luapan emosi* merupakan bagian dari pekerjaan yang dialami perawat yang harus siap ditanggung, baik itu dari atasan, pasien, maupun keluarga pasien. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan yang menyatakan sebagai berikut:

*...kita memberikan penjelasan, walaupun istilahnya kita dimarahi ya sudahah, kita bekerja pekerjaan kita seperti itu, disini stresornya banyak sekali, ya. (P8)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa perawat harus siap menanggung resiko dari setiap pekerjaan yang telah dilakukan, yaitu adanya complain dari pasien sehingga dapat memunculkan kemarahan baik dari keluarga maupun pasien.

## **TEMA 2 : Nyaman Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan**

Tema kenyamanan bekerja karena mengetahui prosedur tindakan mempunyai makna perawat merasa senang dengan pengetahuan yang dimiliki, mampu melakukan tindakan sesuai dengan langkah-langkah kerja yang ditetapkan. Kenyamanan merupakan senang, nyaman. Sedangkan prosedur tindakan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan. Menurut partisipan, dengan kenyamanan kerja yang telah tercipta, maka perawat dapat melakukan modifikasi yang bertujuan untuk memberikan manfaat yang lebih banyak ke pasien. Modifikasi yang dilakukan perawat, ternyata membawa manfaat dan dampak. hal ini dapat dilihat dari pernyataan partisipan di bawah ini :

*mungkin saya nggak sepenuhnya ya sesuai SOP, tapi paling ndak itu sudah 75%, karena kan ada pasien-pasien tertentu, karena kan dia gak merasa nyeri dada, eh, gak merasa sesek tapi ada gangguan itu dia gak mau pakai oksigen, harusnya pasang oksigen, itu kan kita bantu dengan oksigen, karena saturasinya kan.(P1)*

*Yang disana, saya sebagai triase sumpamanya, saya ya, saya juga untuk melakukan misalkan, seperti memang kalo gak ada yang stand by disitu ya, pasien ini kolaps ya kita lakukan RJP, disitu. (P2)*

*Sering sekali. Sering sekali kayak gitu. Jadi kadang-kadang kalo pasiennya sepi, tak pindahkan, pasiennya di mesin EKG satunya, kalo gitu segera. Biasanya kalo yang paling suering terjadi itu ya, paling sering terjadi itu adalah kehabisan, kehabisan kertas. He'e. jadi kalo kehabisan kertas kan gak begitu lama-lama da, pasiennya di tutupi dulu, terus kemudian ambil kertas, ganti, cepet-cepet, gitu aja, gak sampe lah 5 menit. (P3)*

Ungkapan partisipan tersebut berarti bahwa pelaksanaan pelayanan pasien SKA dapat dilakukan di luar pedoman, akan tetapi harus memperhatikan prinsip medis yang ada yaitu klarifikasi terhadap dokter dan atau dengan perawat yang mampu memberikan keputusan cepat. Hal tersebut boleh dilakukan karena demi menyelamatkan pasien dan memperhitungkan *golden periode* dari pasien.

Modifikasi pedoman yang dilakukan juga mempunyai dampak terhadap pelayanan, modifikasi dilakukan karena tuntutan akreditasi yang ada. Pedoman akreditasi yang dimaksud disini adalah aturan baru yang berlaku mengikuti kriteria akreditasi yang sedang dilaksanakan oleh RS. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*... nah itu nanti akan muncul sendiri namanya kebijakan dari RS, jadi enggak, enggak sesuai persis dengan yang di teori, jadi ada yang diteori itu gak bisa dilaksanakan disini, manfaatnya kita ada kebijakan khusus untuk ee yang diterapkan di IGD (P7)*

*Karena memang sebenarnya itu masih disayangkan kalo menurut saya, delay, kita ambil, menangani pasien jadi delay..Betul. Delay penanganan. Meskipun ini, ya karena alatnya kurang yang digunakan, jadi kita tidak boleh plot stok...iya dari akreditasi, itu gak boleh seperti tadi.(P5)*

Pernyataan partisipan di atas mengungkapkan bahwa ketika melakukan tindakan SKA, pedoman yang digunakan sekarang adalah hasil pembaruan karena adanya kebijakan RS terkait proses akreditasi yang akan dilaksnakan. Perawat lain mengungkapkan bahwa dengan adanya tuntutan akreditasi tersebut justru membuat *delay* penanganan karena obat yang seharusnya ada di dekat perawat atau di dalam ruangan sekarang tersentral di

depo, sehingga membutuhkan waktu lama untuk melakukan tindakan.

Pengetahuan perawat terkait pedoman sangat berpengaruh dalam kenyamanan bekerja. hal ini dapat dilihat dari pernyataan partisipan di bawah ini

*Ada sebenarnya..Terus saya binggung juga, kecuali untuk tindakan-tindakan tertentu, misalnya tindakan pemasangan kateter gitu, kalo untuk SOP... (P1)*

*ACS?SKA?, adaa, ada di triase. Pernah, dulu luama sekali, terus sekarang deket-deket akreditasi...ACS? kalo Saya lihat ko belum ada ya, kayaknya belum ada ACS. Nyeri dada. Oo STEMI ya, hampir sama dengan ACS?...Ya, he'e, kalo STEMI ada. Kalo STEMI ada. (P3).*

*Untuk tindakan ada, untuk penyakit, ada kayaknya...Ee sepertinya ada, sepertinya ada ...terus kemudian disini tidak ada klinikal pathway, tidak ada klinikal pathway. Jadi di Singapore sudah ada klinikal pathway. (P5).*

*Enggak juga si, mungkin dari browsing tadi apa yang harus dilakukan, kita aplikasikan..Mungkin disini saya yang gak tau..., tanya ke dokternya biasanya, dokternya ngasih apa, kita melakukan tindakan, lahh kalo udah selesai semuanya kan dokternya mesti, sambil ngisi status sambil wawancara keluarga, nahn itu kita tanya, dok ini kekurangannya gimana, terus apakah sudah sesuai dengan selama ini, (P6).*

*Itu, kalo ndak salah ada anu, SOP nya untuk nyeri dada, nyeri ya, nyeri dada mungkin ya, ada yang nyeri dada...STEMI, Non-STEMI, kita cari tadi belum lengkap ya, hehe, coba nanti dicari lagi yang lebih anu lagi, yang lebih, seperti, kayaknya ada deh, kayaknya ada (P7).*

Pernyataan di atas menerangkan bahwa eksistensi dari pedoman SKA belum ada kejelasan. selama ini perawat melaksanakan protokol pelayanan SKA hanya sebatas melaksanakan instruksi dari dokter dan bahkan mencari sendiri melalui *browsing* di internet, perawat juga merasa tidak pernah melihat, membaca pedoman tersebut berada di IGD. Pedoman tindakan rutin, sudah dilakukan pembukuan dan diarsipkan oleh masing-masing kepala ruang, akan tetapi untuk pedoman pelayanan penyakit dan *clinical pathway* seperti SKA sebagai panduan penatalaksanaan dan protocol tindakan belum pernah dilakukan pembukuan. Pedoman yang mirip dengan SKA adalah intervensi nyeri dada, pemberian fibrinolitik, dan belum ada SOP secara spesifik mengenai SKA. pengetahuan terkait pedoman penatalaksanaan SKA akan berpengaruh terhadap pelayanan pasien di IGD.

### **TEMA 3 : Tema Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Spiritual**

Tema merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual memiliki makna harfiah dan kontekstual. Secara harfiah kehadiran keluarga mempunyai makna mendukung dalam bentuk tindakan bimbingan doa yang dilakukan keluarga untuk membantu proses kesembuhan. Sedangkan secara kontekstual merasakan pentingnya kehadiran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual adalah bantuan berupa tindakan terapeutik yang dilakukan oleh perawat maupun keluarga berupa bimbingan rohani yang bertujuan untuk memberi kekuatan, mengingat Tuhan, tidak takut mendekati ajal, dan lebih bisa dekat dengan tuhan walaupun dalam keadaan sakit.

Sub tema pertama adalah Keluarga sebagai perantara perawat mempunyai makna yaitu penghubung antara perawat ke pasien, hal ini dilakukan jika perawat harus menjalankan tugas yang lain, walaupun sebelumnya perawat telah mengajarkan ke pasien langsung, akan tetapi, kehadiran keluarga dalam membimbing doa tetap harus dilakukan. Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan :

... Keluarganya mendukung dengan doa jangan panik, gitu (P5).

*kita suruh ee kita kaji dulu terus kita bimbing ee keluarganya terus kita bimbing baca alfatihah kalo muslim, kalo non muslim ee keluarganya mungkin membimbing ya, sesuai dengan agamanya seperti itu, kita gak mungkin langsung, pak meninggal pak, gak boleh itu, harus panggil, kita jelasin dulu secara adminisnya, setelah itu keluarga bimbing sesuai agamanya (P8).*

*biasanya kita tanya agamanya si, kalo agamanya apa, kita ingatkan, jangan lupa bilang ke Allah, sesuai keyakinan anda pak, karena cuma gusti Allah yang bisa menyembuhkan segalanya, terus kita sebagai perawat cuma ee diberi, diberi kelebihan bisa membantu orang yang sakit, jadi mungkin nanti sambil bapak ingat sama Allah, sambil mengucapkan Allah, kita lakukan tindakan sambil minta kesembuhan, (P6)*

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa dukungan spiritual berupa bimbingan doa sangat diperlukan oleh pasien, bimbingan doa dapat dilakukan oleh keluarga dan perawat. Pasien dibantu oleh perawat untuk lebih banyak mengingat Tuhan dengan cara menyebut nama Allah yang dilafalkan. Hal ini harus tetap dilakukan untuk memohon kesembuhan, karena perawat hanya manusia biasa yang diberikan kelebihan oleh Tuhan, sebagai perantara untuk membantu meringankan beban pasien, akan tetapi untuk kesembuhan pasien semua sudah ditentukan oleh Tuhan. Bentuk dukungan ini merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan memberikan kesembuhan dan memotivasi pasien.

Subtema kedua adalah mengurangi kecemasan pasien. Cemas merupakan suatu kondisi perasaan khawatir, gelisah. Cara yang dapat dilakukan perawat dalam mengurangi kecemasan adalah dengan memberikan teknik distraksi, dan menguatkan pasien. Pernyataan partisipan dapat dilihat sebagai berikut :

*Kalo saya biasanya tau pasien ACS, pak ini sampean ada gangguan jantung, jadi jantung pembuluh darahnya ada yang terganggu, untuk mengurangi, satu bapaknya setenang mungkin, biar metabolismenya gak meningkat, oksigennya gak meningkat, karena kebutuhan oksigen nya otomatis nyeri dadanya akan menurun, di tenang-tenangkan, tarik nafas panjang, pelan-pelan (P5).*

*..ee biasanya pasien dengan ACS itu takut setengah mati, takut meninggal, ya, apalagi di UGD nanti mesti di advice masuk P1, dan sebelah-sebelahnya pasti nggak sadar, ya jadi kita harus menguatkan, sakit ini bukan bapak aja atau ibu saja, banyak yang sakit seperti ini, ndak usah takut, disini sudah ada spesialisnya, jadi banyak berdoa dan minta sama Allah, jadi kalo yang menyembuhkan itu Allah, bukan manusia, jadi dokter itu juga manusia, hanya usaha saja...(P7).*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa pasien SKA yang masuk ke IGD biasanya dalam kondisi gawat, sehingga perawat perlu melibatkan keluarga dalam upaya dukungan spiritual adalah membuat pasien tenang agar metabolisme tubuh berjalan dengan baik tidak meningkat. Metabolisme merupakan keseimbangan darah yang diatur oleh syaraf, jika metabolisme meningkat maka akan mengganggu peredaran darah ke seluruh tubuh, termasuk jantung. Perawat juga menguatkan pasien supaya tidak takut dengan penyakitnya dengan cara

tetap berdoa kepada Allah untuk meminta kesembuhan.

#### **TEMA 4 : Tema Kerjasama Dirasakan Kurang Berjalan dengan Baik**

Tema kerjasama dirasakan kurang berjalan dengan baik mempunyai makna harfiah dan kontekstual. Makna harfiah dari kerjasama adalah sikap tolong menolong, bahu membahu. Makna kurang berjalan dengan baik adalah perawat menganggap masih banyak tindakan yang belum dilaksanakan dengan baik bersama tim. Sedangkan menurut arti kontekstual adalah suatu kegiatan atau usaha yang dilakukan beberapa orang untuk mencapai tujuan bersama. Sub tema pertama adalah Perawat dibatasi dalam melakukan peran. Kolaborasi yang dilakukan sebatas memberi masukan, klarifikasi terhadap instruksi dokter, dan keterbatasan penulisan dokumentasi. Berikut pernyataan partisipan

*...kemudian ee kita usulkan pemberian ISDN kita usulkan, misalnya ISDN itu kita lengkapi rekam jantung, apakah ada masalah dengan jantung kanannya, nahh itu, apakah tensinya rendah, itu jadi pertimbangan, jadi kalo pengalaman saya, saya masih bisa kasih masukan, artinya kolaborasi dengan medis ya, dan target waktu katakan berapa onsetnya, berapa lama nyeri adanya, nah itu sudah jadi pertimbangan, untuk melakukan door to needle, door to balloon.. (P5).*

*Jadi kita saling sharing ya sama dokternya, dok seandainya saya merujuk ini gimana dok, gitu, bukan kita itu semena-mena ya, kita, ya situ namanya pelajar, saya juga pegawai sini, ya juga tetap meluruskan apa yang, itu aja...sehingga tidak terjadi konflik, seperti itu. Jadi yang menentukan prioritas 1, prioritas 2 itu haknya dokter, tapi, tapi kalo dokter itu salah, perawat yang meluruskan (P7).*

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa kolaborasi profesional antar tim medis sangat dibutuhkan. Akan tetapi perawat harus tetap menjaga kode etik yang berlaku, menjaga dan patuh terhadap aturan kolaborasi yang ditetapkan. Perawat mempunyai wewenang untuk mengingatkan dokter, dan berhak memberi masukan atau usulan agar dapat memudahkan dokter dalam tindakan. Memberi masukan merupakan hal yang wajib dilakukan

perawat, selain masukan perawat juga terbatas hanya dapat memberikan Klarifikasi terhadap perintah yang diberikan dokter, tidak langsung melakukan tindakan sampai perintah tersebut benar dan tepat ke pasien. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan :

*He'e langsung tetesan, Cuma kadang kita kan gak begitu percaya, sudah tau, sudah ngitung dosis, kita klarifikasi lagi. Jadi bener gak sih, kita Tanya, dokter, menurut dokter ini pasien ini berdasarkan kasus apa, itu pakai doamine pakai dosis apa? Nahh itu kalo yang tau (P5)*

*Gini, sekarang di depan itu kan ada dokter triase ya, kalo dulu murni perawat, ee sekarang ada dokter emergency, jadi nyuwun sewu ya, belum tentu kita nanti diem, katakan ada dokter, sebetulnya pasien ini, harus masuk P2, di P3kan (P7)*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa Dokter dan perawat bekerjasama menangani pasien mulai dari pemeriksaan awal pasien masuk sampai pengambilan keputusan akhir. Tindakan medikasi dan pengelompokan pasien merupakan wewenang dokter, akan tetapi perawat mempunyai hak untuk melakukan klarifikasi terhadap instruksi yang diberikan jika memang ditemukan keidaksesuaian.

Keterbatasan lain yang sering dirasakan perawat adalah penulisan

dokumentasi bersama dengan dokter.. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan :

*terus kendala satu lagi adalah status pasien itu ee itu masih dipegang oleh masing-masing dokter...memang hanya problemnya aja tidak efektif...Terus terang, disini untuk keperawatannya dokumentasinya masih belum bagus (P5).*

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa belum ada sentralisasi sistem dokumentasi pasien di IGD. sentralisasi yang dimaksud adalah pengaturan bagaimana dokumen tersebut dapat ditulis secara bersamaan antara dokter dan perawat. karena selama ini yang banyak memegang status pasien adalah dokter, ketika perawat mau mengisi lembar dokumentasi untuk keperawatan, dokumen tersebut sudah tidak ada lagi di IGD, hal tersebut menyulitkan perawat untuk melaksanakan kewajiban menuliskan doumentasi.

Sub tema yang kedua kurang memahami peran antar perawat. Peran perawat senior sangat berpengaruh di IGD, terutama dalam penanganan pasien SKA. Anggapan ini kurang tepat dilakukan senior terhadap juniornya, karena perawat mempunyai kompetensi dan skill yang sama saat melakukan tindakan ke pasien, hanya berbeda pengalaman. Seharusnya perawat senior dapat memberikan ilmunya

ke perawat junior. Ungkapan ini dapat dilihat dari pernyataan berikut.

*Kalu ada ACS, setau saya maksudnya yang pegang kan yang senior, jadi yang senior otomatis angka kesalahan kan minimal sekali, yang sering disini salah, bila ada mahasiswa klinik praktek, gitu aja. Karena kalo ACS yang dominan dokternya, terus perawatnya yang senior mesti yang tau ECG atau apa. Yang junior pupuk bawang biasanya hanya memasang infus, ngasih apa, gitu aja. Sekarang kan butuh cepet, 4 menit, 5 menit, kalo yunior gak mungkin bisa naikuti (P4).*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa peran perawat senior sangat berpengaruh dalam tindakan SKA. Perawat junior biasanya hanya diberi wewenang memasang infus, dan pemeriksaan fisik.

Sering terjadi perbedaan pendapat antar perawat saat melakukan tindakan. Perbedaan ini sering membuat suasana hati perawat berubah menjadi tidak nyaman. Berikut pernyataan partisipan

*Ya, kalo teman sejawat kan kadang kita itu gak sama, antar teman, apa yag maunya kita dengan teman kita, pasti ada crashnya, itu kadang yang bikin kita mungkin, ya ada bad moodnya ya, istilahnya apa ya, enggak, nggak ini, karena gak*

*sesuai dengan apa yang kita mau, jadi itu tidak boleh (P8).*

Ungkapan partisipan di atas menggambarkan bahwa terjadi perbedaan pendapat yang cenderung memenangkan sebelah pihak, yang dimaksudkan disini adalah adanya *crash* antar perawat. Karena tidak sesuai dengan keinginan salah satu perawat. sehingga munculah perselisihan.

Selain perbedaan pendapat, kendala yang muncul dalam kurangnya pemahaman antar rekan perawat adalah perawat laki-laki merasa memiliki beban lebih dan cenderung mengalah dengan perawat perempuan. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan :

*jadi kalo ada pasien ACS masuk, kita tidak delegasikan, langsung yang dari traise ACS, STEMI atau apa, langsung dia yang kesitu, paling dokter kardio datang, liat hasil nya ECG nya sama keluahannya, terus perawatnya datang situ, cuma kekurangannya cenderung laki-laki yang kesitu, dan jobnya tu kabur, pada kenyataan lho, nanti misalnya, nanti sampean liat sendiri yang disini, yang disini mesti laki-laki to, yang perempuan hampir ndak pernah mau, kalo mau kan saya capek, disini tu sistemnya kalo buat system mesti capek, rewardnya kan ndak ada bedanya gitu (P4)*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa dalam pelaksanaan kerjasama dengan sejawat perawat, perawat dengan jenis kelamin laki-laki merasa terbebani dengan tugas yang lebih saat dinas, hal ini disebabkan karena kurangnya sikap peduli perawat perempuan terhadap tugas yang sudah menjadi kewajibannya, sehingga daripada menimbulkan konflik, perawat laki-laki cenderung mengalah.

Perasaan nyaman juga dirasakan perawat saat melakukan kerjasama, pentingnya memahami peran antar perawat dapat menciptakan suasana kerja tim yang kondusif. Pernyataan tersebut dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

*Kalo sama perawat, kayae enak-enak aja selama ini, ndak ada masalah, kita kerjasamanya bagus di UGD ini, jadi tidak ada iri-iri an ini pasienmu, ini pasienku, endak, tetep kalo dateng tanggung jawab kita, tapi tetep ada nama kita yang memeriksa bertanggung jawab dengan pasien mesti ada, (P7).*

*Jadi kalau ada complain, ketauan, itu bisa jadi seniornya yang mengetahui, seniornya tau langsung lapor, biasanya dalam satu tim itu kita kondisikan yo opo supaya satu tim itu rukun, kalo bisa masalah itu jangan diperbesar, kalau bisa selesai pada saat tim, pada saat itu, proses (P5).*

*kalo teman sejawat kan kadang kita itu gak sama, antar teman, pasti ada crashnya, itu kadang yang bikin kita mungkin, ya ada bad moodnya ya, istilahnya apa ya, enggak, nggak ini, karena gak sesuai dengan apa yang kita mau, jadi itu tidak boleh (P8).*

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa perawat merasa nyaman bekerja karena antara perawat satu dengan lainnya saling mengetahui kebutuhan terhadap pelayanan yang dilaksanakan, selain itu perawat juga saling memahami dan mengisi kekurangan yang ada.

Sub tema yang ketiga adalah kesal dengan etika tim. Kesal merupakan sikap tidak suka. Tim adalah suatu kelompok yang terdiri dari beberapa orang yang melakukan kegiatan bersama. Perilaku tidak santun sering diperlihatkan oleh perawat maupun dokter di ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan berikut ini :

Terus kemudian dokter yang tidak santun gitu ya, dokter perawat yang kurang santun ya, terus tim yang tidak santun. Itu menurut saya adalah suatu kendala, maksudnya apa ya, disini adalah tempat orang panik dan sakit ya, kalo kita tidak aware, tidak santun, terus kemudian, tidak, tidak aware lah, mungkin kecapean atau apa ya, itu manusiawi, tapi tetep kalo misalnya pasiennya, maksud saya kalo di IGD ya, jangan sampe ada kendala-kendala yang membuat kita, mungkin aja udah sering masuk Koran, apalagi, heheheh. Kita sudah berusaha sebaik mungkin, sehumanis-humanis nya, kayak gitu da. So far, ini masalah dianggep masalah, ya masalah, kalo tidak dianggep masalah, yo, kita harus banyak-banyak apa ya, introspeksi diri lah, kayak gitu. (P3)

cuma kadang-kadang ada dokter dokter, gak semuanya, tepat ke pasien, ya contoh memakai alat kita, tapi gak dikasih tau, bukan tindakan ke pasien ya, memakai alat kita disini, itu pake (pokoknya) pake, gletakno (taruh sembarangan), pake gletakno, akhire (akhirnya) kita itu ngasih tau, satu kali, dua kali, tiga kali, itu kadang gak di ini, di dengerin, nah itu yang bikin kita, ee istilahnya apa, marah, marahnya bukan kita ngamuk, enggak (P8)

Pernyataan partisipan di atas mengandung makna bahwa perawat merasa kesal dengan perilaku tim medis

yang kurang santun, perawat berusaha bersikap humanis, akan tetapi masih ada beberapa tim yang belum menunjukkan etika kurang baik selama melakukan pelayanan seperti menaruh alat sembarangan dan tidak dikembalikan setelah selesai tindakan, hal tersebut masih bisa dimaklumi jika dilakukan sesekali, tapi jika dilakukan berulang kali dapat memicu munculnya konflik internal yang ada.

Sikap etika yang kurang baik juga ditunjukkan oleh tim medis perawat seperti tidak mau menerima delegasi dari perawat manajer, padahal saat itu ruangan lain sedang membutuhkan bantuan dan kondisi pasien rame. Pernyataan tersebut dapat dilihat di bawah ini:

..misalnya saya jaga NIC, pasiennya rame, ya udah ambulance suruh bantu sini, paling yang datang satu dua orang aja, makanya saya kalo jaga NIC, saya tidak pernah nyuruh, tapi begitu saya nyuruh, gak datang, saya tulis namanya tak laporkan direktur...Iya saya gak mau tau, kan saya gak pernah nyuruh, kan ada direktur. Jadi langsung saya laporkan (P4).

Pernyataan di atas menggambarkan bahwa perawat pelaksanaan enggan menerima delegasi atau perintah dari perawat manager malam yaitu NIC (*Nursing In Charge*), fungsi NIC saat malam hari adalah menggantikan peran KPP, sehingga NIC mempunyai

wewenang untuk memberikan delegasi kepada perawat yang ada di bawahnya.

Perbedaan pendapat mengenai pengklasifikasian pasien juga dapat memicu konflik internal IGD, yaitu dokter yang tidak mau menerima saran dari perawat sehingga menimbulkan kemarahan pada dokter yang bersangkutan. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan ;

*jadi saya merujuk, merujuk tu begini, dok, kalo seingat saya, kasus-kasus seperti ini, dan lagi pasiennya sulit kencing, itu sebetulnya kan di P2, kalo di P3, itu nanti, cara penanganannya dok, bayangkan kalo pasien mengeluh kesakitan pada saat kencing, nahh itu sempat eyel-eyelan (beda pendapat)\_seperti itu. Nah akhirnya, ada dokter yang seperti itu, ya to, ngeyel istilahnya, masuk di P3, akhirnya marah dokternya di dalam, seperti itu...Seperti pasien open, open fraktur, nahh kalo ekstremitas lengan, yang ekstremitas panjang, itu kan, masuknya di P2, kan gitu ya, tapiii, dia dimasukan di P3, wis akhirnya rame, seperti itu (P2).*

Pernyataan di atas mempunyai makna bahwa dokter mempunyai wewenang dalam mengklasifikasikan pasien di *triage*, akan tetapi dalam kasus tertentu, ada beberapa dokter yang masih kurang tepat dalam melakukan klasifikasi, perawat berhak memberi masukan agar

pasien tidak dirugikan atas tindakan dan pelayanan berjalan optimal. Akan tetapi dokter tidak mau menerima usulan pendapat dari perawat, justru membuat dokter marah.

## **TEMA 5 : Tema Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi**

Tema merasakan tekanan kerja yang tinggi mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Secara harfiah, tekanan merupakan keadaan (hasil) kekuatan menekan; desakan yang kuat;paksaan. Kerja merupakan kegiatan melakukan sesuatu. Stressor ini dapat memicu adanya suatu konflik tanpa disadari.

.Tekanan yang tinggi dapat menyebabkan konflik. Tekanan dapat berasal dari dokter, perawat, maupun saat melakukan tindakan ke pasien. Dengan adanya tekanan yang tinggi, maka dapat memunculkan konflik kecil antar tim di IGD. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan berikut ini :

*Iya, emosi pasti ada, cuma kita tidak boleh melampiaskan atau ee inikan ke pasien gak boleh, walaupun emosinya itu, stressor di IGD banyak, daripada di ruangan, disini stresornya kadang dari teman sejawat, temen, dokter kita, dan pasien, dan juga keluarganya, pasien banyak, makanya harus bisa memanage emosi kita... semuanya masing-masing ee petugas itu punya respon masing-masing emosinya, ya ada yang emosinya hanya dia, dia ke belakang.. (P8)*

*apalagi sesama temen, intinya disini karena stresornya banyak itu, akhirnya apa namanya, unsur konflik kecil, konflik itu pasti, dimana-mana itu namanya suatu tempat ee pekerjaan ya wajar, walaupun orangnya duduk diam gak mikirin ya, enggak konflik ya tetep ada konflik. Ya akhirnya gak sesuai dengan yang kita mau kadang males, gitu aja kan, apalagi yang kita posisinya banyak stresornya, cuma ya, orang beda-beda mengatasi stressor, apa, emosinya (P5)*

Pernyataan partisipan di atas mempunyai gambaran bahwa stressor dapat terjadi di ruang IGD dengan berbagai sebab. Ruang IGD merupakan ruangan dengan kondisi pasien yang bervariasi, baik mengancam jiwa maupun menjelang ajal. Suasana yang harmonis dan komunikasi yang baik antar anggota tim dapat menciptakan kondisi lingkungan yang kondusif dalam bekerja sehingga dapat mengurangi stressor yang ada. Perawat merasa terganggu dengan adanya konflik tersebut karena akan

berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan

Sub tema yang kedua adalah stressor karena capek bekerja. Stress merupakan keadaan psikologis seseorang. Stressor karena capek bekerja disini dapat diartikan dengan tingginya jumlah pasien yang berkunjung ke IGD, selain itu teman atau tim yang kurang kooperatif juga dapat menyebabkan stress karena ada yang menyenangkan dan tidak menyenangkan. Gejala jenuh juga sering dirasakan perawat karena lama bekerja dan tidak pernah pindah ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat dibawah ini :

*saya bilang, ya manusiawi, kalo yang menyenangkan pasti ada, yang tidak menyenangkan pasti ada, makanya kita tergantung memanage emosi kita, jadi kita bekerja itu pasti, apalagi sudah lama, sifat jenuh itu pasti ada, gak selama ini kita happy terus, nggak, cuma gimana kita ngasih yang terbaik adalah waktu kita kerja... (P8)*

Makna dari pernyataan diatas adalah perawat saat bekerja terkadang menunjukkan gejala jenuh, tidak selalu happy, akan tetapi perawat berusaha untuk tetap memberikan pelayanan pasien terbaik. Jenuh merupakan akibat dari

tingginya stressor yang dirasakan perawat saat bekerja.

### TEMA 6 : Tema Kebutuhan Dasar Perawat yang Tidak Terpenuhi

Tema kebutuhan dasar perawat yang tidak terpenuhi menggambarkan tentang keperluan yang harus terpenuhi oleh seorang perawat sebagai pegawai di suatu organisasi kesehatan yaitu kebutuhan penghargaan dan kebutuhan pengakuan.

Kebutuhan penghargaan mempunyai makna bahwa penghormatan atasan dan tim terhadap kinerja yang dilakukan oleh perawat merupakan komponen penting yang dapat meningkatkan motivasi dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan di bawah ini :

*...Pada dasarnya itu, tapi aplikasinya sulit kalo disini, karena kita yang senior sama yang junior hampir gak dihargai, dalam kenyataan lapangan lho. Apalagi missal saya, saya D3, terus juniornya S1, itu sudah lain lagi (P4).*

*Kalo yang membuat, SPO nya bukan saya, saya ndak ikut membuatnya, yang membuat itu ada ee, apa bu mariana...Ya, bu lin. Ya itu orangnya itu, soalnya orangnya itu, kalo saya gak kepake...(P5)*

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa perlunya suatu penghargaan kinerja terhadap para perawat yang sudah lama bekerja di IGD, karena perawat merasa tidak ada perbedaan penghargaan antara perawat yang sudah lama bekerja dengan perawat yang baru bergabung, hal tersebut dapat menyebabkan kecemburuan dan penurunan motivasi kerja. Perawat lain mengatakan "saya gak kepake" disini mempunyai makna bahwa perawat tersebut adalah salah satu Ka. tim di ruang CC, tapi saat adanya rapat mengenai pembaruan SOP, Ka. tim tersebut tidak dilibatkan, hal itu membuat perawat merasa tidak dihargai walaupun mempunyai jabatan dan masa kerja yang lama. Selain itu ketika melaksanakan pelayanan, ada beberapa perawat wanita yang tidak mau melaksanakan tugas, hal tersebut membuat perawat laki-laki kesal, karena merasa pekerjaan lebih banyak tapi reward yang diberikan tidak ada bedanya oleh atasan mereka.

Kebutuhan dasar lainnya adalah pengakuan kerja. Menurut perawat, banyak ketimpangan yang terjadi di IGD, salah satunya adalah ketimpangan dalam hal pengakuan senioritas. Ungkapan partisipan dapat dilihat di bawah ini

*Ketimpangan, ketimpangan jadi tidak mengakui, walaupun saya itu S1, S1 di tim di kantor kan belum tentu di atas saya to (P4)*

Pernyataan partisipan mempunyai makna bahwa ketimpangan yang terjadi disebabkan karena kurangnya pengakuan pengalaman dan lama kerja perawat. partisipan menganggap walaupun dirinya S1, belum tentu atasannya yang S1 juga mempunyai pengalaman dan masa kerja yang sama dengan partisipan.

### **TEMA 7 : Merasa Bekerja Kurang Maksimal Karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang**

Tema merasa bekerja kurang maksimal karena kebutuhan perencanaan yang kurang mempunyai makna secara harfiah dan kontekstual. Secara harfiah, makna kebutuhan adalah yang sesuatu yang dibutuhkan atau diperlukan, sedangkan makna perencanaan adalah konsep atau rangka sesuatu yang akan dikerjakan. Makna secara kontekstual dari kebutuhan perencanaan pelayanan perawatan adalah keperluan yang dibuat dalam bentuk kerangka kerja agar dapat memudahkan dalam proses pelayanan terhadap pasien . Tema ini memiliki tiga sub tema yaitu kebutuhan tenaga perawat peningkatan kelengkapan alat, dan pembaruan pedoman.

Sub tema pertama adalah kebutuhan tenaga perawat dan kualifikasi perawat kurang. Penghitungan dan penempatan perawat yang ideal sesuai kebutuhan dapat menjawab kekurangan jumlah tenaga perawat yang selama ini

dirasakan oleh ruangan. Pernyataan partisipan dapat dilihat dari ungkapan dibawah ini :

*memang kita kesulitan karena tenaga, Dari tenaga sama BOR nya kan tidak relevan sama sekali, tapi itu tuntutan nya KARS, dari akreditasi, jadi kita ya ngikuti aja. (P5)*

*kemarin perhitungan dari ee tim remunerasi dan tim dari akreditasi, pegawai di RS itu kelebihan 200, padahal kita lagi kekurangan, kelebihan nya itu di bagian apa, kita ndak tau (P7).*

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa jumlah tenaga perawat dengan jumlah pasien yang masuk berdasarkan pemakaian tempat tidur (*Bed Occupation Rate/BOR*) kurang relevan. Hal ini justru berkebalikan dengan penghitungan yang dilakukan tim remunerasi RS, yang menyatakan bahwa RS kelebihan pegawai sebanyak 200 orang. Dengan adanya perbedaan ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan yang ada. Jumlah kunjungan pasien IGD per hari rata-rata sangat banyak yaitu lebih dari 100 orang, sedangkan untuk pasien SKA bisa mencapai 3-5 orang dalam satu sift, perawat yang jaga dalam satu sift hanya 3-5 orang. pernyataan tersebut dapat dilihat dari ungkapan di bawah ini :

SKA itu kalo hari sabtu atau minggu, dia mau pasang ring selalu banyak, kalau ga itu kalo 1 sift itu bisa menemui 3 sampai 5..(P1).

nahh itu yang di P2 itu 5 orang, di P1 itu cuman 2 orang, ditambah ka.tim 1 jadi 3 orang, makanya untuk briefing, itu kita masih kesulitan, karena kan 1 sift bisa 50 pasien, itu masih sulit sekali untuk membagi, masing-masing ada kendala (P5).

Pernyataan di atas mempunyai makna banyaknya jumlah kunjungan pasien rata-rata di IGD, perawat manajer atau ka.tim dan ka.ru merasa kesulitan dalam mengatur ketenagaan di masing-masing unit ruang IGD, sehingga perlu dilakukan penghitungan ulang dan dibutuhkan jumlah tenaga perawat yang baru agar mampu meningkatkan kualitas pelayanan dan pengorganisasian tim yang ada di ruangan.

Perencanaan selanjutnya adalah adanya kualifikasi perawat saat masuk ke IGD. menurut perawat perlu adanya standar yang ditetapkan oleh RS misalnya mempunyai sertifikat minimal BLS atau *triage officer* khusus di ruang *triage*. Pernyataan perawat dapat dilihat sebagai berikut :

Sebenarnya, menurut aturannya, biasanya di triase, di triase kan ada kualifikasi, jadi kualifikasinya ikut satu, BLS satu, terus ikut triase course,...harusnya pelatihan selesai semua baru di triase, di sinikan ya keterbatasan dari rekan, minimal kalo standarnya dari depkes kan BLS, itu aja., bagaimana nyeleksi orang, biar ini pasien P1 P2 atau P3. Tapi dalam kenyataannya, tidak sesuai dengan itu, pindah sana sana ben podu (P4)

Pernyataan partisipan menggambarkan bahwa perlunya adanya ketetapan dari pihak RS atau top manager yang ada di IGD saat melakukan perekrutan terhadap calon perawat di IGD. menurut perawat pelaksana, kriteria seorang perawat dapat ditempatkan di IGD adalah mempunyai sertifikat minimal BLS (*Basic Life Support*) dan *triage officer*. Akan tetapi dalam kenyataannya, pelaksanaan perekrutan di IGD tidak sesuai yang diharapkan.

Sub tema kedua dari tema ini adalah *kekurangan kelengkapan alat*. Perawat merasa jika kebutuhan alat yang ada di IGD masih kurang dan harus dilengkapi, karena RSSA merupakan RS tipe A yang seharusnya tidak lagi ada kendala tentang kekurangan peralatan. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan

Kalo masalah prasarana, ya ini kan masuk sesuai dengan kebutuhan ya, yang dibutuhkan oleh RS sini, sebetulnya tu kurang. Tapi ya, hambatannya masalah gini, saya sudah mengajukan apa ya, barang gitu ya, sampe apa ya, sampe berbulan-bulan, bahkan bertahun-tahun ada...Padahal alat-alat ini benar-benar dibutuhkan, gitu..usulan-usulan dari teman-teman memang banyak. Soalnya disini kan, namanya apa ya, RS pendidikan ya, jadi temuan-temuan, kekurangan apapun yang disini, harus kita lengkapi. Apalagi kalo disini kan RS provinsi, tipe A (P2)

Kalo sarana di emergency, menurut saya kurang. Yang jelas kurang satu, oksigenasi ya. Dulu itu pas di bangun saya usul oksigenasi seperti di AHASS gitu, ditarik ditengah, ceklek di bed, kasih oksigen portable hanya untuk transportasi saja, nanti habis itu pasiennya pindah, ceklek, naik lagi. Tapi dalam kenyataan, yang bikin ruangan ini sama yang minta tender kan ndak tau urusannya, yang penting nya apa, jadi gak sesuai yang diharapkan. Buktinya lantai-lantai krowak aja berapa bulan, ya di biarkan. (P4).

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa manajemen pengaturan dan kebutuhan akan peralatan yang ada di IGD perlu di tingkatkan, kekurangan alat merupakan kendala yang harus segera dicarikan solusinya dan dilengkapi, mengingat kebutuhan peralatan adalah hal pokok yang menjadi bagian kelengkapan sarana prasarana yang ada.

Sub tema yang ketiga adalah pembaruan pedoman. Pembaruan pedoman dilakukan dengan cara di *update*, diganti, ditambahi atau dikurangi. Selama ini pedoman yang ada masih belum banyak dilakukan pembaruan di IGD. pernyataan partisipan :

Kalo misalnya, kalo SOP kan masih ini ya, bersama dengan kebijakan, bisa di anggap nanti, bisa dirubah kalo memang ada suatu yang, update yang harus di ubah, kayak gitu. Jadi seiring dengan, berjalannya waktu, nanti, kalo SOP yang dibuat yang lama tidak update lagi yo, harus diganti, atau ditambahi, atau dikurangi gitu.(P3).

..melakukan *push*, memaksa, supaya, bagaimana masing-masing pasien yang ada di IGD, di *critical care*, itu sudah tertera nama dokternya dan perawatnya, nama-nama dokternya dan perawatnya, memang selama ini, nama perawat belum bisa di catatkan, karena perbandingan kita itu...(P5)

...mungkin kalo dari RS sendiri si harus ada SOP lagi, kadang kan perawat kalo ada SOP nya kan kalo ada apa-apa kita bisa, ini udah sesuai SOP, ditekankan, kalo antibiotic sekarang kan alergi kan harus masuk, kalo orangnya alergi, nanti antibiotiknya menyusul, kalo gak ada SOP nya kan kita takut kan, ee takut salah...(P6)

...mungkin perlu perubahan juga di Saiful Anwar itu...Perubahan system dan segalanya, ya namanya ilmu kan berubah dan berkembang ya. (P7).

Pernyataan partisipan menunjukkan bahwa perawat menginginkan adanya *update* atau

perubahan terhadap pedoman pelaksanaan kerja atau yang biasa disebut SOP, dengan adanya *update* SOP maka aturan yang lama bisa ditambah atau dikurangi sesuai kebutuhan, pembaruan pedoman ini dilakukan karena mengikuti perkembangan ilmu terbaru. Makna *update* sama dengan pembaruan, yaitu meninjau kembali pedoman yang ada apakah harus ditambah, dikurangi, atau diganti, dengan cara melakukan rapat-rapat SOP dengan para perawat IGD.

Nama perawat di status pasien juga perlu ditambahkan, mengingat selama ini hanya nama dokter yang dicatat, karena akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang ada, sehingga perlu dilakukan perubahan dalam pedoman. Pada beberapa tindakan tertentu, perawat masih ragu atau takut dalam melaksanakan pelayanan karena belum ada SOP yang baku, seperti pemberian antibiotic sebelumnya harus dilakukan *test* alergi terlebih dahulu, sehingga diperlukan pembuatan SOP. Pentingnya sebuah SOP adalah sebagai alat untuk melegalkan dan instrument evaluasi pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh perawat.

## PEMBAHASAN

Pelaksanaan pelayanan keperawatan merupakan hal yang

komplek, yang harus dilakukan perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan.

### 1. Mempertahakankan Kestabilan Emosi.

Sub tema yang pertama adalah keseimbangan emosi. Emosi yang seimbang merupakan perasaan yang muncul yang porsinya sama tidak berat sebelah berasal dari persepsi mental dan ekspresi tubuh yang dihasilkan saat subjek merespon objek tertentu (Goetz, Zirngibl, Pekrun, & Hall, 2003). Kepanikan keluarga dan pasien saat masuk ke IGD harus diimbangi dengan emosional yang stabil, hal ini sesuai dengan Bakken, (2011) yang mengatakan bahwa penting untuk memahami emosi, mengendalikan reaksi dalam lingkungan tim kerja, sehingga tercipta pelayanan yang optimal.

Pelayanan kesehatan yang optimal akan terwujud apabila sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan mendukung praktik keperawatan profesional dan berpedoman pada standar yang telah ditetapkan (Wahyuni, 2007). Respon cepat dan tanggap sangat diperlukan dalam menolong pasien di IGD (Wijaya *et al.*, 2015), respon tanggap penting dilakukan agar perawat mampu melakukan manajemen pasien SKA dengan baik seperti mampu mengenali tanda dan gejala (Joob & Wiwanitkit, 2013). Pengaturan emosi selanjutnya adalah meminimalkan kebingungan saat berhadapan dengan pasien.

Kompleknya permasalahan di IGD akan berdampak pada *distress emosional* dan perawatan (Artawan, Winarni, & Kristianto, 2017) sehingga perlu dilakukan pengelolaan emosi yang baik dan seimbang. Pelayanan kesehatan yang optimal akan terwujud apabila sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan mendukung praktik keperawatan profesional dan berpedoman

pada standar yang telah ditetapkan (Wahyuni, 2007).

Respon cepat dan tanggap sangat diperlukan dalam menolong korban jiwa (Wijaya, Andarini, & Setyoadi, 2015), respon tanggap penting dilakukan agar perawat mampu melakukan manajemen pasien SKA dengan baik seperti mampu mengenali tanda dan gejala (Joob & Wiwanitkit, 2013). Pengaturan emosi selanjutnya adalah meminimalkan kebingungan saat berhadapan dengan pasien. Kompleksnya permasalahan di IGD akan berdampak pada distress emosional dan perawatan (Artawan, Winarni, & Kristianto, 2017).

Sub tema yang kedua adalah kuat dengan luapan emosi merupakan. Kuat dengan luapan emosi yang dimaksudkan disini adalah perawat mampu menghadapi respon negatif maupun positif yang muncul dari pasien dan keluarganya. Pekerjaan biasanya dikaitkan dengan berbagai reaksi afektif, termasuk perasaan umum yang bersifat positif maupun negative seperti ketidaksenangan, amarah dan frustrasi (Rafaeli, Semmer, & Franziska Tschan, 2000). Perlu dilakukan komunikasi yang efektif antara perawat, pasien, dan keluarga untuk meminimalkan emosi yang terjadi. Perawat dapat memberikan layanan yang berkualitas jika lingkungan kerja kondusif, lingkungan kerja positif, sehingga dapat memberikan layanan pasien yang berkualitas (Er & Sökmen, 2018).

## 2. **Kenyamanan Bekerja karena Mengetahui Prosedur Tindakan**

Kenyamanan merupakan senang, nyaman, sedangkan prosedur tindakan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan.. Pengetahuan merupakan Modifikasi pedoman berdasarkan

pedoman mempunyai makna melakukan perubahan terhadap suatu ketentuan dasar karena alasan tertentu, menyesuaikan kondisi pasien, dan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman perawat yang telah didapatkan. Dalam memberikan pelayanan, perawat harus menerapkan pedoman atau Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai acuan dalam menjaga keselamatan pasien (Natasia *et al.*, 2014). Isi dari pedoman atau SOP berupa indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja, dan system kerja pada unit IGD (Atmoko, 2004). Kepatuhan perawat terhadap pedoman dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, kemampuan, dan motivasi. Faktor eksternal meliputi karakteristik organisasi, kelompok, pekerjaan, dan lingkungan (Putra, 2016).

Sub tema yang pertama adalah manfaat dan dampak yang dirasakan perawat dengan modifikasi pedoman. Perawat harus berhadapan dengan situasi yang kompleks ketika melakukan pelayanan SKA, banyak hal yang harus dilakukan dengan asas dipertimbangkan saat proses pelayanan, terkadang perawat melakukan tindakan dengan cara memodifikasi tetapi bermanfaat untuk menyelamatkan jiwa pasien, hal-hal yang dilakukan perawat seperti tindakan dasar pemasangan oksigen, pemasangan EKG, sampai keadaan yang mengancam yaitu pasien kolaps dan harus segera dilakukan RJP. Modifikasi merupakan pengambilan keputusan yang dilakukan perawat yang berbeda dengan pedoman bertujuan untuk menyelamatkan dan mempertahankan kehidupan (Bailey, 2005), faktor yang mempengaruhi perawat melakukan modifikasi adalah faktor eksternal (Anugrahini, 2010). Motivasi

merupakan salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi tindakan modifikasi, faktor ini berasal dari kondisi pasien itu sendiri, fasilitas RS, keluarga, dan keterbatasan tenaga. Alasan ketidaksesuaian pedoman masih dilakukan berdasarkan nilai-nilai etik profesi keperawatan yaitu berbuat baik (*beneficence*), keadilan (*justice*), tidak merugikan (*nonmaleficence*), kejujuran (*veracity*), menepati janji (*fidelity*), kerahasiaan (*confidentiality*), dan akuntabilitas (*accountability*). Human *dignity, privacy, justice, autonomy in decision making, precision and accuracy in caring, commitment, human relationship, sympathy, honesty, and individual and professional competency* (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh, & Bahrami, 2013).

Tuntutan akreditasi juga mempengaruhi perawat dalam melakukan modifikasi, tindakan ini dapat dilihat dari kepatuhan perawat yang dilakukan (Putra, 2016). Akreditasi mempunyai makna yaitu evaluasi secara eksternal dengan pedoman *peer review* dan standar untuk meningkatkan mutu pelayanan (Putu, 2006). Dengan adanya akreditasi dapat membantu perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sesuai standar. Walaupun akreditasi merupakan hal wajib yang harus dilakukan, akan tetapi beberapa perawat kurang setuju dengan adanya perubahan aturan akreditasi tersebut, karena dengan adanya perubahan, menyebabkan dampak yang akan dirasakan pasien yaitu *delay* penanganan. Akibat dari *delay* adalah morbiditas, mortalitas, dan kecacatan (Mol *et al.*, 2016). *Delay* merupakan keterlambatan pelaksanaan tindakan atau pelayanan karena beberapa faktor seperti sosiodemografi pasien, gaya hidup, *onset* dengan waktu datang di RS, tempat tinggal dengan pusat layanan

kesehatan, dan faktor pemberian pelayanan di RS (Rivero *et al.*, 2016).

Sub tema yang kedua adalah perbedaan pengetahuan perawat terkait keberadaan pedoman. Peningkatan kinerja pelayanan merupakan hal utama dalam bidang kesehatan, sebagai bentuk kosekuensinya adalah diperlukan persyaratan dalam melaksanakan pekerjaan berdasarkan standar tertulis (pedoman kerja). Dalam pelayanan keperawatan, standar pelayanan sangat membantu untuk mencapai asuhan yang berkualitas (PKM-SPMK UGM, 2002). Keberadaan pedoman sangat dibutuhkan dalam mencapai tujuan pelayanan, adanya sebuah pedoman dan pengawasan akan mempengaruhi kinerja karyawan (Nugraheni & Budiarmo, 2014). Pedoman protokol tindakan SKA di IGD RSSA belum dapat dibukukan, akan tetapi dalam pelaksanaan, perawat mengikuti instruksi dokter dan melakukan tindakan kolaborasi (Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016) serta pengetahuan yang didapat melalui *update* pelatihan dan seminar (Ainiyah, 2016).

### 3. Merasakan Pentingnya Kehadiran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Spiritual

Tema ini menggambarkan tentang pelaksanaan pelayanan keperawatan berupa tindakan keperawatan berupa dukungan dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Sindrom koroner akut merupakan penyakit kardiovaskuler dengan keluhan mendadak berupa nyeri dada, keringat dingin yang menyebabkan resiko mortalitas, morbiditas, dan kecacatan (Khoshchereh *et al.*, 2016). Spiritual merupakan tindakan hubungan antara manusia dengan Tuhan yang dapat menjadi sumber motivasi dan emosi pencarian individu yang berkenaan dengan hubungan seseorang dengan

Tuhan. Implementasi dukungan spiritual yang diberikan bertujuan untuk mendekatkan pasien kepada Tuhan. Upaya yang dilakukan adalah melibatkan keluarga dengan membimbing doa langsung agar senantiasa dekat dengan Tuhan dan tidak takut ketika mendekati ajal.

Mendekatkan pasien kepada Tuhan merupakan alasan pertama pentingnya perawat melakukan implementasi dukungan spiritual. Bentuk implementasi ini adalah keterlibatan atau interaksi pasien dengan keluarga atau orang terdekat (Ariyani, Suryani, & Nuraeni, 2014). Menurut Carney *et al.*, (2008) faktor resiko penyebab kematian pasien SKA sejak serangan dalam jangka waktu 5 tahun adalah depresi. Pentingnya peran perawat dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien salah satunya adalah mendukung dengan spiritual, hal ini sesuai dengan penelitian Endiyono (2016) yang menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan spiritual dengan kualitas hidup pasien, dukungan sosial yang dimaksud adalah perawat, keluarga, dan teman. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Moeini, Momeni, Ghasemi, Yousefi, & Abedi (2012) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara antara kelompok kontrol dan intervensi yang diberikan Spiritual Well Being (perawat berada disamping pasien, berdoa, dan kehadiran sistem pendukung lainnya seperti keluarga dan teman) terhadap kualitas hidup pasien.

Implementasi dukungan spiritual lainnya dilakukan sebagai upaya mengurangi kecemasan pasien. Tindakan yang dilakukan perawat adalah sebagai bentuk dukungan spiritual adalah melakukan teknik distraksi dan

menguatkan pasien. Hal ini sejalan dengan literature review yang dilakukan oleh Ariyani, Hana, Suryani, Nuraeni (2014) mengatakan bahwa terdapat gap atau perbedaan mengenai persepsi perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Persepsi perawat terbatas pada kebutuhan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri, dan orang terdekat pasien, sedangkan persepsi pasien mengenai kebutuhan spiritual lebih luas tidak hanya terfokus pada ketiga hal tersebut, akan tetapi moralitas, menikmati alam dan etika merupakan persepsi yang diyakini oleh perawat. Pasien SKA dapat mengalami berbagai masalah seperti masalah fisik, psikologi, dan spiritual, yang akibatnya adalah mempengaruhi kualitas hidup pasien. masalah psikologis biasanya mempunyai dampak dengan outcome penyakit cardiovascular (Ariyani *et al.*, 2014).

#### 4. Kerjasama Dirasakan Kurang Berjalan dengan Baik

SKA merupakan penyakit kardiovaskuler akut yang banyak menyebabkan kematian di beberapa Negara. IMA merupakan salah satu bagian SKA yang paling sering menyebabkan kegagalan dalam mendapatkan penanganan awal. Standar praktik guideline SKA menyebutkan bahwa, terapi trombolitik dan reperfusi merupakan tindakan kolaborasi yang utama dalam rangka menyelamatkan nyawa pasien (Joob & Wiwanitkit, 2013). Tindakan kolaborasi lainnya yang dapat dilakukan perawat adalah mengidentifikasi tanda gejala, pemasangan EKG, dan pemberian MONAC (Morphin, Oksigen, Nitrat, Aspirin, Copidogrel) (PERKI, 2015). Makna kolaborasi menurut Souza *et al.*, (2016) adalah satu jalan praktik organisasi yang sangat penting untuk meningkatkan kualitas kesehatan, keselamatan dan kepuasan pasien dan pekerjaan.

Kolaborasi yang dimaksudkan terdiri dari kolaborasi interprofesional yaitu dokter dengan perawat (Henkin et al., 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Khademian et al., (2013) menyebutkan bahwa kerjasama tim antar disiplin ilmu di IGD dapat dilakukan jika memenuhi kriteria adanya kehadiran anggota tim yang efektif, terdapat kejelasan peran tim, terdapat konteks manajerial, manajemen pasien yang efektif, dan mampu mengatasi konflik yang ada.

Sub tema pertama menggambarkan keterbatasan perawat dalam melakukan peran. Peningkatan kualitas layanan RS harus memperhatikan manajemen yang dilakukan oleh dokter, perawat, dan petugas lainnya sebagai upaya tindakan kolaborasi (Ainnur Rahmawati, 2016). Dalam proses pelayanan, perawat terbatas dalam melakukan tindakan medis, akan tetapi diperkenankan untuk memberikan masukan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Khademian et al., 2013) bahwa perawat sebagai patner kerja diperkenankan untuk memberikan masukan yang didasarkan evidence base dan pengetahuan. Penelitian yang dilakukan oleh (Susilaningih, Mukhlas, & Utarini, 2011) mengatakan sharing antar expert (ahli) merupakan ciri penting perilaku sebuah hubungan dalam mewujudkan kerjasama yang melekat satu dengan lainnya.

Pemilihan dan pengambilan keputusan pasien untuk dilakukan prioritas pasien di ruang triage merupakan wewenang dokter, akan tetapi perawat mempunyai hak untuk memberikan masukan. Penelitian lain menyebutkan bahwa pemilihan pasien dibutuhkan skill dan pengalaman dalam pengambilan keputusan (Fathoni, Sangchan, & Songwathana, 2013), ruang triase merupakan tempat pemilihan pasien berdasarkan kegawatannya dan

merupakan tempat interdepartemen kolaborasi maupun komunikasi yang harus menjadi prioritas utama (Chagolla, Keats, & Fulton, 2013; Souza et al., 2016; Viereck et al., 2017). Kategori pemilihan pasien adalah P1 merah (gawat darurat), P2 kuning (gawat tidak darurat), P3 hijau (tidak gawat tidak darurat) (Pusponegoro & Sujudi, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh (Bailey, 2005) menunjukkan bahwa saat pemilihan pasien dan penentuan prioritas yang dilakukan, biasanya memiliki potensi kesalahpahaman, oleh sebab itu prinsip etik sangat penting dalam pengambilan keputusan kolaborasi yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan.

Sistem penulisan status atau yang disebut dengan dokumentasi pasien di IGD RSSA menurut perawat belum dilakukan secara efektif. Dokumentasi merupakan alat yang digunakan untuk mendukung riwayat perawatan pasien yang secara bersamaan dapat membantu komunikasi intra dan interdisipliner dalam pengambilan keputusan (Keenan, Yakel, Tschannen, & Mandeville, 2008). Kurang efektif sistem dokumentasi di ruang gawat darurat pada pasien SKA disebabkan karena pengaturan dokumentasi masih dominan dipegang oleh dokter kardiovaskular.

Perawat terkadang tidak mempunyai waktu dalam penulisan dan dilakukan diakhir, sedangkan dokumentasi pasien cenderung dibawa oleh dokter. Penelitian ini sejalan dengan Gugerty & Maranda (2010) pada 933 perawat, hasil menunjukkan bahwa 81% pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga berdampak langsung terhadap pelayanan.

Penulisan dokumentasi yang tidak lengkap akan menimbulkan permasalahan dalam pelaksanaan keperawatan (Ardenny & Hirzal, 2016). Pasien yang

telah dilakukan pentalaksanaan SKA di RS dengan sistem pendokumentasian yang baik dapat menurunkan angka kematian secara signifikan (Letvak, Rhew, & Beinecke, 2015).

Sub tema yang kedua adalah kurang memahami peran antar perawat. Hubungan antar perawat sangat diperlukan dalam sebuah pelayanan. Perawat dapat melakukan pelayanan dengan baik dapat dipengaruhi dari kondisi lingkungan dan support system yang ada. Lingkungan kerja yang positif dapat menciptakan pasien safety, kualitas layanan pasien yang baik optimal (Er & Sökmen, 2018). Keperawatan merupakan disiplin ilmu yang memberikan pelayanan secara menyeluruh biopsikososialsipiritual, yang mengacu pada standar professional dan etika keperawatan (Nursalam, 2003).

Pentingnya kerjasama antar perawat harus diakui secara luas, peningkatan komunikasi dan pengiriman informasi yang baik, kolaborasi dan kerjasama tim antara kedua perawat maupun dokter telah dilaporkan dapat mengurangi kesalahan medis (Liao *et al.*, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh (Moore Weaver, Leahy, Sublett, & Lanig, 2013) menunjukkan bahwa hubungan yang positif antara perawat dengan perawat merupakan kunci yang sehat dalam membangun suatu organisasi agar dapat dipertahakan di masa depan.

Perawat mengatakan selama ini job desk di IGD pada perawat pelaksana masih kabur. Antara perawat laki-laki dengan perawat perempuan tidak ada perbedaan, justru perawat laki-laki yang lebih banyak melakukan tindakan. Penelitian yang dilakukan oleh Muench & Dietrich (2017) Perbedaan motivasi dan keterampilan antara pria dan wanita telah lama dianggap sebagai faktor penting dalam kesenjangan pendapatan gender, namun faktor ini sulit diukur. Sejalan dengan pernyataan Platis, Reklitis, &

Zimeras (2015) menyatakan bahwa dalam lingkungan ketegangan dan pembagian kerja seperti pelayanan kesehatan, kinerja karyawan merupakan salah satu tantangan yang paling mendasar. Alasannya adalah bahwa kinerja sebagai fenomena terkait erat dengan aspek efektivitas, manajemen pengetahuan dan kualitas dari satu sisi dan manajemen, pembiayaan dan pengembangan organisasi dari sisi lain.

Kinerja dokter dan perawat sangat terkait dengan keselamatan pasien. Platis mengatakan bahwa sejumlah besar faktor mempengaruhi kinerja karyawan adalah kepuasan dari profesi, lingkungan kerja, kebijakan kompensasi, dll (Platis *et al.*, 2015). Berbanding terbalik dengan penelitian Mailool, Pondaag, & Lolong (2017) berkaitan dengan faktor personal dengan kinerja perawat, didapatkan jenis kelamin perempuan lebih banyak turut berpartisipasi dibandingkan dengan laki-laki. Adanya perubahan signifikan yang terjadi karena meningkatnya partisipasi wanita terhadap angkatan kerja, diasumsikan bahwa wanita lebih mampu memecahkan masalah, menganalisis, dorongan kompetitif, motivasi, dan sosiabiitas dalam kinerja (Robbins & Timothy A. Judge, 2013).

Sub tema yang ketiga adalah kesal dengan etika tim. Kesal menurut KBBI adalah sikap kecewa bercampur jengkel. Sikap kesal merupakan reaksi emosional negatif (Bishop & Molzahn, 2005) yang dapat menyebabkan respon marah (Rafaeli *et al.*, 2000). WHO melaporkan bahwa 70-80% kesalahan dalam pelayanan dapat terjadi karena buruknya komunikasi dan pemahaman dalam kerjasama tim, sehingga dapat memunculkan konflik yang ada (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010). Perilaku kurang santun berkaitan dengan etika petugas pelayanan kesehatan, penyebab yang paling sering adalah kurangnya

komunikasi antar tim. Perilaku kurang santun dapat dimbangi dengan perilaku caring, yaitu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, dan memberikan perhatian lebih kepada seseorang. Jika perilaku caring ini terbentuk, maka perilaku kurang santun dapat dihindari. Penelitian dilakukan oleh Faidah, Ratnawati, & Setyoadi (2013) mengenai etika perilaku tim kesehatan di IGD menyatakan bahwa masih tingginya perilaku perawat dan dokter yang kurang baik saat menjalankan kolaborasi seperti komunikasi yang buruk, dokter tidak mau mendengarkan saran, dan kurang rasa percaya dokter ke perawat. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ainnur Rahmawati (2016) tentang hubungan kepentingan bersama, menunjukkan bahwa 32,6 % perawat-dokter tidak melakukan kepentingan bersama dan akan tetapi pelayanan masih berjalan baik. Kepentingan bersama merupakan usaha dokter dan perawat dalam meningkatkan kepuasan pelayanan yang implikasinya adalah untuk diri sendiri, pasien, maupun profesi lain.

#### 5. Merasakan Tekanan Kerja yang Tinggi

Tema ini menggambarkan hambatan yang terjadi saat pelaksanaan pelayanan SKA. Kolaborasi antar perawat juga tidak lepas dari munculnya stressor kerja yang berakhir pada konflik (Milton, 2009), hal ini disebabkan karena pasien yang datang ke IGD merupakan jenis pasien yang tidak dapat diprediksi dengan kasus kegawatan, definitife diagnosis. Kondisi IGD dengan jumlah pasien yang banyak akan memberikan dampak pada pemberi pelayanan maupun pada pasien (Fathoni *et al.*, 2013). Oleh sebab itu diperlukan suatu leader atau perawat manajer yang dapat menjadi penengah dalam hubungan perawat-perawat, seperti penelitian (Milton, 2009) menunjukkan hasil bahwa kualitas pemimpin akan mempengaruhi

hubungan dari anggota baik sesama perawat maupun disiplin ilmu lainnya di IGD.

Stres merupakan gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor luar yang bersifat negatif (Taylor, 2006). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hasby (2017) mengatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konflik dengan stressor kerja. Partisipan mengungkapkan bahwa stress berasal dari tim medis maupun pasien. Pernyataan yang sama diungkapkan oleh (Sarafis *et al.*, 2016) bahwa perawat yang sering terpapar dengan kematian pasien, ketidakkpastian efek terapeutik, serta konflik dengan manajer maupun rekan kerja menyebabkan tekanan jauh lebih tinggi saat bekerja.

Konflik yang terjadi akan memberikan dampak pada status kesehatan baik fisik maupun mental pada mental seorang perawat sebagai manusia yang memiliki kebutuhan biopsikososiospiritual. Sarafis *et al.*, (2016) mengungkapkan bahwa faktor independen yang paling dominan terhadap konflik perawat dengan tim akan berdampak pada kesehatan fisik, sedangkan konflik dengan top manajer akan berdampak pada kesehatan mental. Dampak lain yang dirasakan perawat ketika lingkungan kerja tidak bersahabat adalah penurunan moral, penurunan kepuasan kerja, keluar dari pekerjaan (Bishop & Molzahn, 2005).

Sikap jenuh dan bosan juga sering di keluhkan oleh perawat berkaitan dengan pekerjaan. Kelelahan bekerja karena tingginya jumlah pasien merupakan factor utama. Perawat melakukan tindakan yang sama berulang-ulang dapat menyebabkan kejenuhan. Hal yang diinginkan perawat adalah adanya refreasing. Tapi hal tersebut belum dapat dipenuhi oleh pihak IGD. Sehingga munculah stressor kerja yang tinggi. Penelitian yang dilakukan oleh Li,

Cheng, & Zhu (2018) menyebutkan bahwa perawat garurur sering mengalami stress karena kelelahan emosional, depersonalisasi, penurunan prestasi pribadi dikarenakan beban kerja tinggi. Studi kualitatif yang dilakukan oleh (Bayuo & Agbenorku, 2017) mengenai coping startegis yang dilakukan perawat ketika mengalami kejenuhan adalah mencari dan memperoleh dukungan, menjauhkan diri sementara, dan rekreasi. Tujuan utama dari coping ini adalah mengurangi stress yang terjadi ketika bekerja.

#### 6. **Kebutuhan Dasar Perawat yang Tidak Terpenuhi**

Kebutuhan terhadap penghargaan. Makna kebutuhan adalah keperluan, sedangkan penghargaan adalah perbuatan menghargai atau penghormatan. Teori kebutuhan di kembangkan oleh Abraham Maslow, kebutuhan akan penghargaan perawat termasuk dalam urutan ke empat, adapun urutannya adalah sebagai berikut : kebuthan fisik (oksigen, makan, minum, tidur), kebutuhan rasa aman, kebutuhan untuk diterima, kebutuhan untuk dihargai, dan kebutuhan aktualisasi diri (Maslow & Bennis, 1998). Pendapat yang dismpaikan oleh Rahmawati (2017) mengatakan, pemberian punishment dan reward tidak sama akan menimbulkan ketidakpuasan pegawai. Sikap merasa tidak di hargai lainnya ditunjukan oleh partisipan yang berperan sebagai kepala tim, saat ada rapat evaluasi SOP, ka.tim tidak dilibatkan dalam rapat, sehingga merasa kurang adanya penghargaan terhadap loyalitas yang telah diberikan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryanti & Arruum (2007). Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rahayu & Dewi, 2009; Royani, Sahar, & Mustikasari, 2012) yang menunjukkan bahwa tidak ada

hubungan yang signifikan antara sistem penghargaan dengan kinerja perawat. Sistem penghargaan kinerja di RSSA Malang yang diberikan kepada perawat berupa gaji pokok, remunerasi, komisi, pensiun.

Kebutuhan perawat dalam melaksanakan pelayanan lainnya adalah pengakuan kinerja (Huit, 2007; Kaur, 2013). Faktor yang mempengaruhi kinerja adalah motivasi, motivasi dapat diartikan sebagai kekuatan yang muncul dari dalam dan luar seseorang, dalam teori isi (content theoris) menegaskan bahwa kebutuhan yang memotivasi seseorang untuk dapat di upayakan terpenuhi (Iskandar, 2016). Motivasi terdiri dari tiga unsur yaitu : kebutuhan, dorongan, dan tujuan (Nursalam, 2014). Sejalan dengan penelitian (Miyata, Arai, & Suga, 2015) menyatakan bahwa pengakuan yang dilakukan oleh top manajer perawat terhadap bawahannya mengurangi tingkat dan mendukung kesehatan mental staf perawat.

#### 7. **Merasa Bekerja Kurang Maksimal Karena Kebutuhan Perencanaan yang Kurang**

Secara harfiah, makna kebutuhan adalah yang dibutuhkan atau diperlukan, sedangkan makna perencanaan adalah konsep atau rangka sesuatu yang akan dikerjakan. Makna secara konekstual dari kebutuhan perencanaan pelayanan perawatan adalah keperluan yang dibuat dalam bentuk kerangka kerja dan form tertulis agar dapat memudahkan dalam proses pelayanan terhadap pasien.

Sub tema pertama adalah kekurangan tenaga perawat. Menurut (DIRJEN YANMED KEMENKES RI, 2011) disebutkan bahwa perencanaan pelayanan keperawatan gawat darurat terdiri dari ketenagaan, sarana prasarana

dan peralatan RS. Penghitungan kebutuhan jumlah tenaga di IGD RSSA masih belum ada kesesuaian antara tenaga dengan jumlah BOR yang ada. Hal ini sesuai dengan penelitian (Ward, 1992) yang mengatakan bahwa penghitungan staf perawat penuh waktu berdasarkan perkiraan jumlah pasien gawat darurat tidak cukup sensitive untuk dapat diaplikasikan. System kualifikasi tenaga perawat berdasarkan kompetensi belum dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada. Menurut (Kemenkes RI, 2009) kualifikasi perawat di ruang IGD adalah mempunyai sertifikat pelatihan minimal emergency dan traise officer.

Sub tema yang kedua adalah kekurangan kelengkapan alat. Kelengkapan alat di IGD merupakan tolok ukur dari standar pelayanan yang ada. Peralatan dan peralatan harus dengan kualitas tinggi untuk mengantisipasi kesusahan kegawatan yang ada di IGD (American College of Emergency Physicians (ACEP) Board of Direction, 2014) perawat RSSA mengatakan masih ada beberapa kekurangan dalam hal peralatan seperti oksigenasi, keterbatasan anggaran RS merupakan salah satu penyebab kekurangan yang terjadi (Nursalam, 2014). Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh (Pamungkas, Istiningtyas, & Wulandari, 2015) menunjukkan bahwa fungsi pengorganisasian perawat dalam pemberian terapi oksigen diwujudkan dalam bentuk pemberian oksigen, indikasi, dan kontra indikasi, sedangkan fungsi perencanaan perawat dalam pemberian oksigen diwujudkan dalam bentuk penilaian kondisi fisik pasien.

Sub tema yang ketiga adalah pembaruan pedoman. Penerapan pedoman dalam pelaksanaan pelayanan perawatan bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien, penelitian yang

dilakukan oleh (Natasia *et al.*, 2014) menunjukkan bahwa ada pengaruh antara motivasi dan persepsi terhadap kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP. Penelitian yang dilakukan oleh (Rc *et al.*, 2010) menunjukkan bahwa pengembangan SOP merupakan alat efektif untuk meningkatkan kualitas PCR (Patient Care Report) dan tingkat penyelesaian item dokumentasi. Pembaruan pedoman yang ada dapat berasal dari evidence based practice (Richard & Jarvis, 2016). Penelitian lain yang dilakukan oleh (Majid *et al.*, 2011) menunjukkan bahwa 64 % perawat mengungkapkan sifat positif terhadap EBP (Evidence Base Prctice), namun karena beban kerja yang berat mereka tidak dapat mengikuti perkembangan dengan bukti baru. Oleh sebab itu pentingnya pembaruan terhadap pedoman praktik perawat bertujuan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan.

## KESIMPULAN dan SARAN

Masih tingginya tekanan kerja yang dirasakan, serta kebutuhan perawat IGD yang belum terpenuhi baik tenaga, alat, sarana prasarana, maupun perubahan pedoman merupakan permasalahan kompleks yang harus diselesaikan bersama. Kekurangan tersebut memberikan motivasi tersendiri bagi perawat untuk tetap memberikan pelayanan paripurna terhadap pasien SKA.

Pentingnya peran manager keperawatan dan pihak yang terkait agar dapat memberikan kenyamanan bagi perawat saat bertugas sehingga mampu mengurangi kendala yang selama ini dirasakan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ainiyah, N. (2016). Peran perawat dalam identifikasi dini dan penatalaksanaan pada acute coronary sindrom. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 8(2), 184–192.
- American College of Emergency Physicians (ACEP) Board of Direction. (2014). These guidelines are intended to apply to either hospital-based or free-standing emergency departments open 24 hours a day.
- Anugrahini, C. (2010). *Hubungan faktor individu dan organisai dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman patient safety di RSAB Harapan Kita Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Aringhieri, R., Bruni, M. E., Khodaparasti, S., & van Essen, J. T. (2017). Emergency medical services and beyond: Addressing new challenges through a wide literature review. *Computers and Operations Research*, 78(July 2015), 349–368.
- Artawan, K. I., Winarni, I., & Kristianto, H. (2017). Studi Fenomenologi: Makna Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Luka Bakar Fase Emergency Di. *Ejournal Umm*, 8(1), 13–24.
- Aryanti, D., & Arruum, D. (2007). Budaya organisasi dan kepuasan kerja perawat di rumah sakit bhayangkara medan. Medan.
- Atmoko, T. (2004). STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) DAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH.
- Bailey, S. (2005). Decision making in medicine and health care. *Nursing Ethics*, 13(3). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144118>
- Chew, D. P., Scott, I. A., Cullen, L., French, J. K., Briffa, T. G., Tideman, P. A., ... Aylward, P. E. (2016). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes 2016. *The Medical Journal of Australia*, 205(3), 128–133.
- DIRJEN YANMED KEMENKES RI. (2011). *Standar Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit*. Jakarta: KEMENKES RI.
- Er, F., & Sökmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*.
- Golzari, S. E. J., & Mahmoodpoor, A. (2014). Care bundles in intensive care units. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(5), 371–372.
- Huitt. (2007). Maslow ' s Hierarchy Maslow ' s Hierarchy of Needs. *Educational Psychology Interactive*. Valdosta: GA: Valdosta State University.
- Iskandar. (2016). Implementasi teori hirarki kebutuhan abraham maslow terhadap peningkatan kinerja pustakawan. *Jurnal Ilmu Perpustakaan, Informasi, Dan Kerasipan Khizanah Al-Hikmah*, 4(1), 24–34.
- Joob, B., & Wiwanitkit, V. (2013). Acute chest pain: what about the time before visiting to the physician? *Journal of Acute Disease*, 2(4), 330–331.
- Kaur, A. (2013). Maslow ' s Need Hierarchy Theory: *Global Journal of Management and Business Studies.*, 3(10), 1061–1064.
- KEMENKES RI. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK

- INDONESIA NOMOR 856 / Menkes / SK / IX / 2009 TENTANG STANDAR INSTALASI GAWAT DARURAT ( IGD ) RUMAH SAKIT M E M U T U S K A N.; Pub. L. No. 856/Menkes/SK/IX/2009 (2009). Indonesia: KEMENKES RI.
- Khoshchehreh, M., Groves, E. M., Tehrani, D., Amin, A., Patel, P. M., & Malik, S. (2016). Changes in mortality on weekend versus weekday admissions for Acute Coronary Syndrome in the United States over the past decade. *International Journal of Cardiology*, 210, 164–172.
- Majid, S., Schubert, Luyt, B., Zhang, X., Leng Theng, Y., & Ke Chang, Y. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurse perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*, 99(3), 229–236.
- Maslow, A. H. ., & Bennis, W. (1998). Maslow On Management By Foreword by Warren Bennis. *Management*, 28.
- Ministry of Health Republic of Indonesia. (2014). *Heart health situation indonesia. Data and information center Ministry of Health Republic of Indonesia*. Jakarta, Indonesia.
- Miyata, C., Arai, H., & Suga, S. (2015). Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, 22(1), 9–17.
- Mol, K. A., Rahel, B. M., Meeder, J. G., van Casteren, B. C. A. M., Doevendans, P. A., & Cramer, M. J. M. (2016). Delays in the treatment of patients with acute coronary syndrome: Focus on pre-hospital delays and non-ST-elevated myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 221, 1061–1066.
- Natasia, N., Loekqijana, A., & Kurniawati, J. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri Factors Affecting Compliance on Nursing Care SOP Implementation in ICU - ICCU Gambiran Hospital Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 21–25.
- Nugraheni, R., & Budiatmo, A. (2014). Pengaruh standar operasional prosedur dan pengawasan terhadap kinerja pramuniaga pasaraya sriatu pemuda semarang. *Ilmu Administrasi Bisnis*, 3, 187–195.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan*. (A. Susila, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Pamungkas, P. N., Istiningtyas, A., & Wulandari, I. S. (2015). Manajemen terapi oksigen oleh perawat di ruang instalasi gawat darurat RSUD Karanganyar. Surakarta.
- PERKI. (2015). *Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut. Pedoman Tatalaksan Sindrome Koroner Akut*.
- PKM-SPMK UGM. (2002). STANDAR dan STANDAR OPERATING PROSEDUR (SOP). Yogyakarta.
- Putra, A. A. (2016). *Hubungan persepsi perawat tentang karakteristik pekerjaannya dengan kepatuhan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan*. Universitas Diponegoro.
- Putu, E. N. luh. (2006). Belajar dari Sistem Akreditasi Rumah Sakit di Australia.
- Rafaeli, A., Semmer, N., & Franziska Tschan. (2000). *Emotion in Work Settings*. Oxford University Press.
- Rahayu, S., & Dewi, E. (2009). Hubungan Antara System Reward Dengan. *Berita Ilmu Keperawatan*.

- Rahmawati, D. (2017). Pengaruh kondisi lingkungan kerja dan sistem penghargaan terhadap kepuasan kerja karyawan PT. Panca Wana Indonesia. *Jurnal Ilmu Dan Riset Manajemen*, 6.
- Rc, F., Schmidbauer, W., Cd, S., Sörensen, M., Bubser, F., & Kerner, T. (2010). Standard operating procedures as a tool to improve medical documentation in preclinical emergency medicine . *Emerg Med J*, 27(5).
- Richard, P., & Jarvis, E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med*, 3(2), 63–68.
- Rivero, F., Bastante, T., Cuesta, J., Benedicto, A., Salamanca, J., Restrepo, J.-A., ... Batlle Fernando Alfonso, M. (2016). Factors Associated With Delays in Seeking Medical Attention in Patients With ST-segment Elevation Acute Coronary Syndrome. *Rev Esp Cardiol*, 69(3), 279–285.
- Royani, Sahar, J., & Mustikasari. (2012). Sistem penghargaan terhadap kinerja perawat melaksanakan asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(2), 129–136.
- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A., & Bahrami, M. (2013). Nursing ethical values and definitions : A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(1), 1–8.
- Souza, G. C. de, Peduzzi, M., Silva, J. A. M. da, & Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(4), 642–649.
- Wahyuni, S. (2007). *Analisis kompetensi kepala ruang dalam pelaksanaan standar manajemen pelayanan keperawatan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan model praktik keperawatan profesional di instalasi rawat inap RSUD Banjarnegara*. Universitas Diponegoro.
- Ward, R. (1992). Nurse staffing levels and skill mix in accident and emergency departments . *Nurs Pract Edinb Scotl*, 6(1), 1480248. Retrieved from
- Wijaya, S., Andarini, S., & Setyoadi. (2015). Survivor Pertolongan Kesehatan Saat Respon Tanggap Darurat Pada Korban Bencana Tsunami Tahun 2004 Di Lhoknga Dan Lhoong. *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*, 108–117.



## Lampiran 16

**RIWAYAT HIDUP**

Ida Rahmawati, Kudus, 16 Agustus 1986 anak dari Bapak Sirat dan Ibu Muftiroh. Lulus SDN 01 Golan Tepus Kudus tahun 1998, lulus SMP N 1 Mejobo Kudus tahun 2001, dan lulus SMA NU Al-Ma'ruf Kudus tahun 2004. Pendidikan dilanjutkan pada Jurusan Ilmu Keperawatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners, lulus tahun 2009. Pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan pada program Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang.

Malang, 8 Juni 2018

