

**GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN TERJADINYA
KOMPLIKASI LANJUT PADA PASIEN DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RSUD dr SLAMET GARUT**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir Pada Program Studi S1 Keperawatan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

RITA RAHMAWATI REMSIS

KHGC22035



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN SKRIPSI**

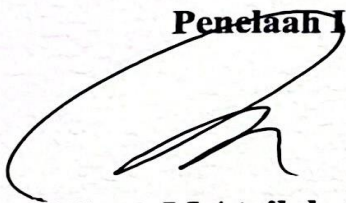
JUDUL : GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN TERJADINYA
KOMPLIKASI LANJUT PADA PASIEN DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RSUD dr. SLAMET GARUT
NAMA : RITA RAHMAWATI REMSIS
NIM : KHGC22035

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan sidang dan perbaikan skripsi.

Garut, Agustus 2026

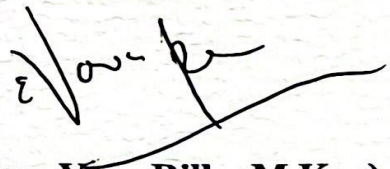
Menyetujui,

Penelaah I



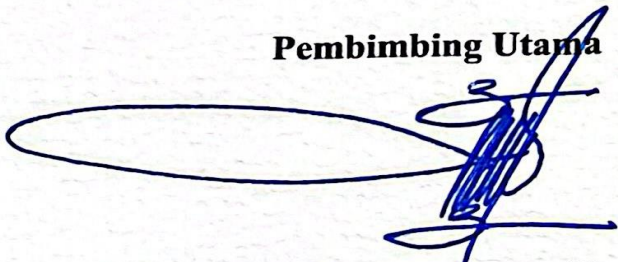
(Elang M Atoilah, M.Kes)

Penelaah II



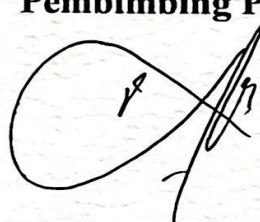
(Eldesa Vava Rilla, M.Kep)

Pembimbing Utama



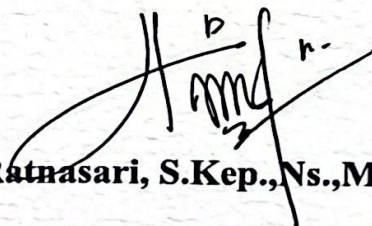
(H. Zahara Farhan, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Rudi Alfiyansyah, S.Kep.,Ns.,M.Pd)

**Mengetahui,
Ka. Prodi S1 Keperawatan**



(Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN TERJADINYA KOMPLIKASI LANJUT PADA PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD dr SLAMET GARUT

Disusun oleh:

RITA RAHMAWATI REMSIS

KHGC22035

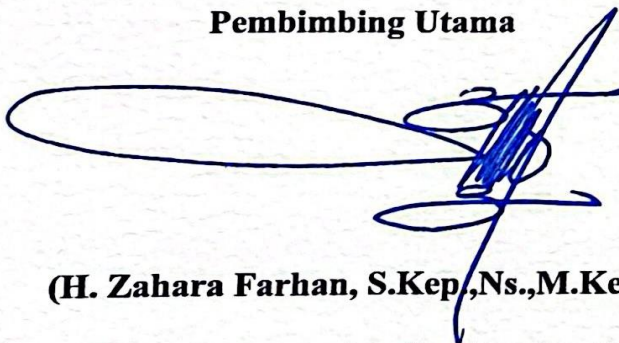
SKRIPSI

Skripsi ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji
Program Studi SI Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada

Garut, Agustus 2026

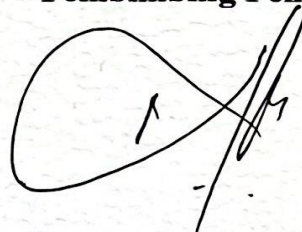
Menyetujui,

Pembimbing Utama



(H. Zahara Farhan, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Rudi Alfiyansyah, S.Kep.,Ns.,M.Pd)

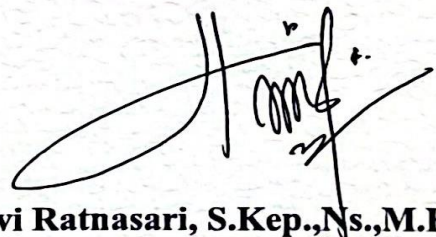
Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

**Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
dan Kebidanan**



(Sulastini, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

**Mengetahui,
Ka. Prodi S1 Keperawatan**



(Devi Ratnasari, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik S.Kep., baik dari Institusi Karsa Husada Garut.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya saya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Karsa Husada Garut.

Garut, Agustus 2026

Yang membuat pernyataan,

Rita Rahmawati Remsis
NIM. KHGC22035

ABSTRAK

GAMBARAN FAKTOR DETERMINAN TERJADINYA KOMPLIKASI LANJUT PADA PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD dr SLAMET GARUT

RITA RAHMAWATI REMSIS

Program Studi S1 Keperawatan
Institut Karsa Husada Garut

Komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan kondisi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Faktor pelayanan, seperti *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), dan kompetensi perawat berperan penting dalam menentukan mutu pelayanan kegawatdaruratan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan univariat. Sampel penelitian berjumlah 33 perawat yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *accidental sampling*. Data dikumpulkan menggunakan lembar observasi yang disusun berdasarkan indikator *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP, dan kompetensi perawat, kemudian dianalisis secara deskriptif menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pelayanan telah memenuhi indikator pelayanan kegawatdaruratan. Sebagian besar pasien memperoleh *response time* yang tepat (90,9%), ketepatan triase yang sesuai (69,7%), pelayanan yang patuh terhadap SOP (72,7%), serta ditangani oleh perawat yang kompeten (84,8%). Secara umum, faktor determinan yang berasal dari aspek pelayanan berada dalam kategori baik. Faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut dari aspek pelayanan secara umum berada dalam kategori baik. Hal tersebut ditunjukkan oleh sebagian besar *response time* yang sesuai standar, ketepatan triase yang baik, kepatuhan terhadap SOP, serta kompetensi perawat yang memadai dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan.

Kata Kunci: Komplikasi Lanjut, *Response Time*, Ketepatan Triase, Kepatuhan SOP, Kompetensi Perawat, Instalasi Gawat Darurat.

ABSTRACT

DESCRIPTION OF THE DETERMINANT FACTORS OF ADVANCED COMPLICATIONS AMONG PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF DR. SLAMET GARUT REGIONAL GENERAL HOSPITAL

RITA RAHMAWATI REMSIS

Bachelor of Nursing Study Program
Institut Karsa Husada Garut

Advanced complications in patients treated in the Emergency Department (ED) may increase morbidity and mortality if not managed promptly and appropriately. Service-related factors, including response time, triage accuracy, compliance with Standard Operating Procedures (SOPs), and nurses' competence, play an important role in determining the quality of emergency care. This study aimed to describe the determinants of advanced complications among patients in the Emergency Department of RSUD dr. Slamet Garut. This study employed a descriptive quantitative design with a univariate approach. The study involved 33 nurses who met the inclusion criteria. Samples were selected using a consecutive sampling technique. Data were collected using an observation checklist developed based on indicators of response time, triage accuracy, compliance with Standard Operating Procedures, and nurses' competence. Data were analyzed descriptively using frequency distribution and percentages. The findings showed that most emergency services met the expected quality indicators. Most patients received an appropriate response time (90.9%), accurate triage (69.7%), care that complied with Standard Operating Procedures (72.7%), and were managed by competent nurses (84.8%). Overall, the service-related determinants of advanced complications were categorized as good. The service-related determinants of advanced complications among patients in the Emergency Department of RSUD dr. Slamet Garut were generally in the good category. This was reflected by appropriate response times, accurate triage implementation, compliance with Standard Operating Procedures, and adequate nursing competence in delivering emergency care.

Keywords: Advanced Complications, Response Time, Triage Accuracy, Standard Operating Procedure Compliance, Nurse Competence, Emergency Department.

KATA PENGANTAR

Bismilahirrahmanirrahim.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Faktor Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut”.

Skripsi ini disusun untuk menempuh ujian akhir pada Program Studi S1 Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penulisan skripsi ini seringkali penulis menemui berbagai hambatan dan tantangan, tetapi berkat bimbingan, pertolongan, nasehat serta saran dari semua pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi, SE, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. H. Zahara Farhan, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Wakil Rektor III Bidang Kemahasiswaan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut serta dosen pembimbing utama, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Devi Ratnasari, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

7. Rudi Alfiyansyah, S.Kep.,Ns.,M.Pd., selaku dosen pembimbing pendamping, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Elang M Atoilah, M.Kes., selaku dosen penelaah I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan selama siding skripsi ini.
9. Eldesa Vava Rilla, M.Kep., selaku dosen penelaah II yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan selama siding skripsi ini.
10. Orang tua tercinta, yang selalu mencurahkan kasih sayang, nasehat, do'a, pengorbanan, kesabaran, dan ketulusan tiada henti menjadi sumber motivasi dan semangat kepada penulis, dan
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa proposal penelitian ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan proposal penelitian ini sangat penulis harapkan. Semoga proposal penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi para pembaca pada umumnya.

Garut, Agustus 2026

Penulis

HALAMAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"Kesuksesan bukanlah milik orang yang tidak pernah gagal, tetapi milik mereka yang tidak pernah berhenti mencoba."

"Jangan takut berjalan lambat, takutlah jika berhenti melangkah. Sebab setiap langkah yang disertai doa akan mengantarkan pada keberhasilan."

"Pelayanan yang cepat, tepat, dan berkualitas bukan hanya menyelamatkan pasien, tetapi juga menjadi wujud nyata pengabdian kepada kemanusiaan."

(QS. Al-Insyirah [94]: 7–8)

(فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ ۖ وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ)

Artinya:

"Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap."

“Skripsi ini aku persembahkan untuk orang-orang yang aku cintai dan selalu mendukungku yaitu Ayahanda Remsis dan Ibunda Dede Saripah serta Kakakku Ai Zulfiha Remsis”

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG SKRIPSI/KARYA TULIS ILMIAH....	i
LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN SEMINAR SIDANG	
PENELITIAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
ABSTRAK.	v
ABSTRACT.	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Kegunaan Penelitian.....	8
BAB II KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN.....	10
2.1 Kajian Pustaka	10
2.2 Kerangka Pemikiran	32
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	35
3.1 Desain Penelitian	35
3.2 Variabel Penelitian.....	35
3.3 Definisi Operasional.....	35
3.4 Populasi dan Sampel	36
3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian	39
3.6 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	39
3.7 Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian	41
3.8 Langkah-Langkah Penelitian.....	43
3.9 Tempat dan Waktu Penelitian	45
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	46
4.1 Hasil Penelitian.....	46
4.2 Pembahasan	49
4.3 Keterbatasan Penelitian	67
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	69
5.1 Simpulan.....	69

5.2	Saran.....	70
	DAFTAR PUSTAKA.....	72
	LAMPIRAN.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator Faktor Pelayanan	14
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	35
Tabel 3.2 Kriteria Interpretasi Persentase (%)	43
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Komplikasi Lanjut pada Pasien di IGD RSUD dr Slamet Garut.....	47
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi <i>Response Time</i>	47
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Ketepatan Triase	48
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kepatuhan terhadap SOP	48
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kompetensi Perawat	49

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran.....	34
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar <i>Informed Consent</i>	77
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Informan	78
Lampiran 3 Lembar <i>Checklist</i> Observasi Faktor Pelayanan pada Pasien Komplikasi Lanjut di IGD	79
Lampiran 4 Karakteristik Responden Hasil Uji Validitas	83
Lampiran 5 Tabel Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Lembar Checklist Observasi	84
Lampiran 6 Hasil Uji Validitas Olahan SPSS	85
Lampiran 7 Hasil Uji Reliabilitas Olahan SPSS	86
Lampiran 8 Formulir Usulan Penelitian.....	87
Lampiran 9 Permohonan Izin Studi Pendahuluan Bankesbanpol.....	88
Lampiran 10 Surat Balasan RSUD dr Slamet Garut.....	89
Lampiran 11 Surat Permohonan Izin Penelitian Dari Kampus	90
Lampiran 12 Surat Permohonan Izin Penelitian Untuk Ke Bankesbanpol.....	91
Lampiran 13 Surat Balasan Izin Penelitian Dari Bankesbanpol	92
Lampiran 14 Surat Balasan Izin Penelitian dari RSUD dr Slamet Garut	93
Lampiran 15 Kode Etik.....	94
Lampiran 16 Lembar Bimbingan.....	95

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan awal bagi pasien dengan kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan cepat, tepat, dan terintegrasi. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, IGD adalah unit pelayanan yang memberikan tindakan medis segera untuk mencegah kecacatan dan kematian pada pasien dengan kondisi gawat darurat. Hal ini sejalan dengan penelitian Leggett et al. (2025) di Amerika Serikat tentang unit observasi instalasi gawat darurat dan luaran pasien yang menunjukkan bahwa fase penilaian dan penanganan awal di IGD merupakan periode krusial yang menentukan *outcome* pasien, termasuk risiko perburukan kondisi, kebutuhan perawatan intensif, dan kematian.

Keberhasilan pelayanan di IGD tidak hanya diukur dari angka keselamatan pasien, tetapi juga dari kemampuan tenaga kesehatan dalam mencegah terjadinya komplikasi lanjut yang dapat memperburuk kondisi pasien. Menurut Guyton dan Hall (2021), komplikasi lanjut merupakan keadaan perburukan kondisi fisiologis yang terjadi akibat progresivitas penyakit atau kegagalan penanganan yang adekuat sehingga dapat menyebabkan gangguan fungsi organ, kecacatan, bahkan kematian. Penelitian Vincent dan De Backer pada tahun 2023 mengenai perkembangan kondisi kritis pada pasien di unit gawat darurat dan perawatan

intensif, juga menjelaskan bahwa keterlambatan identifikasi dan penanganan kondisi akut dapat meningkatkan risiko komplikasi lanjut berupa syok, gagal napas, sepsis, dan kegagalan organ multipel. Oleh karena itu, kualitas pelayanan di IGD menjadi faktor penting dalam mencegah terjadinya komplikasi lanjut dan meningkatkan *outcome* pasien.

Terjadinya komplikasi lanjut pada pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor determinan. Menurut Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan dapat dievaluasi melalui tiga komponen utama, yaitu struktur (*structure*), proses (*process*), dan luaran (*outcome*). Struktur mencakup sumber daya manusia, fasilitas, dan organisasi pelayanan, proses mencakup seluruh tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan, sedangkan *outcome* merupakan hasil pelayanan yang diterima pasien berupa kesembuhan, komplikasi, kepuasan, maupun kematian.

Hal ini sejalan dengan penelitian Liu et al. pada tahun 2011 yang menjelaskan bahwa dalam pelayanan kegawatdaruratan, faktor proses merupakan komponen yang paling langsung memengaruhi *outcome* pasien karena berkaitan dengan ketepatan observasi, kecepatan diagnosis, pemberian terapi, pemantauan kondisi pasien, serta koordinasi pelayanan selama pasien berada di IGD. Kelemahan dalam proses pelayanan dapat menyebabkan keterlambatan penanganan dan meningkatkan risiko komplikasi maupun luaran klinis yang buruk.

Penelitian Moore et al. pada tahun 2015 tentang sistem trauma terintegrasi di Kanada menunjukkan bahwa kualitas struktur pelayanan berhubungan dengan kualitas proses klinis, dan kualitas proses yang baik

berpengaruh terhadap penurunan mortalitas, komplikasi, lama rawat, serta angka readmisi pasien. Oleh karena itu, faktor pelayanan atau proses merupakan determinan penting dalam menentukan *outcome* pasien.

Faktor pelayanan (proses) berkaitan dengan kualitas dan ketepatan tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di IGD. Beberapa indikator penting dalam faktor ini meliputi *response time* tenaga kesehatan, ketepatan pelaksanaan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), serta kompetensi tenaga kesehatan dalam melakukan penanganan awal. *Response time* yang cepat sangat menentukan keberhasilan penanganan pasien, terutama pada kondisi kritis. Hal ini sejalan dengan penelitian Rachma et al. pada tahun 2023 di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah terhadap 35 perawat yang menunjukkan bahwa keterlambatan *response time* tenaga kesehatan berhubungan signifikan dengan peningkatan risiko kematian pada pasien di IGD. Selain itu, waktu tanggap pelayanan merupakan indikator utama dalam mutu pelayanan di IGD yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2020).

Ketidaktepatan dalam pelaksanaan triase dapat menyebabkan keterlambatan penanganan pada pasien yang membutuhkan prioritas tinggi. Penelitian oleh Devita et al. pada tahun 2010 di RSUD Bengkalis Riau terhadap 3.000 pasien menunjukkan bahwa kesalahan dalam sistem triase dapat menyebabkan *undertriage* pada pasien kritis sehingga meningkatkan risiko keterlambatan intervensi dan kematian. Sejalan dengan itu, sistem triase yang tidak optimal merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan keterlambatan penanganan pada pelayanan di IGD di berbagai negara (WHO, 2019).

Rendahnya kepatuhan terhadap SOP serta kurangnya kompetensi tenaga kesehatan dalam penanganan di IGD juga dapat meningkatkan risiko kesalahan tindakan dan memperburuk kondisi pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Purwacaraka et al. pada tahun 2024 yang dilakukan di RSUD Tulungagung Jawa Timur mengenai studi analitik korelasional terhadap perawat yang bekerja di IGD dan melibatkan 52 perawat IGD menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara ketepatan pelaksanaan triase yang mencerminkan kepatuhan terhadap SOP dan kompetensi tenaga kesehatan dengan keberhasilan penatalaksanaan tindakan kegawatdaruratan pada pasien di IGD.

Tingginya beban kerja tenaga kesehatan di IGD berpotensi menurunkan kualitas pelayanan, termasuk ketepatan tindakan dan kepatuhan terhadap prosedur (Sunarti, 2022). Dengan demikian, faktor pelayanan yang meliputi *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP, serta kompetensi tenaga kesehatan merupakan determinan penting dalam menentukan *outcome* pasien, termasuk risiko komplikasi lanjut bahkan terjadinya kematian di IGD.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap data register pasien IGD RSUD dr. Slamet Garut periode Januari–Mei 2026 ditemukan sejumlah pasien yang mengalami komplikasi lanjut berupa syok hipovolemik, syok sepsis, syok kardiogenik, *respiratory failure*, meningitis, peritonitis, ensefalopati metabolik, serta komplikasi kritis lainnya. Data menunjukkan terdapat sekitar 30–40 kasus komplikasi lanjut berat yang tercatat secara eksplisit dalam register pasien. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa komplikasi lanjut masih menjadi masalah yang sering ditemukan pada pasien di IGD dan memerlukan pelayanan yang cepat, tepat, serta

sesuai standar untuk mencegah perburukan kondisi pasien. Karakteristik komplikasi lanjut terbanyak pada pasien di IGD RSUD dr. Slamet Garut adalah gagal organ sebanyak 18 kasus (54,5%), yang meliputi gagal napas, gagal organ neurologis, gagal organ jantung, gagal ginjal akut (AKI), dan gagal organ multipel. Selanjutnya, terdapat syok sebanyak 7 kasus (21,2%), sepsis sebanyak 3 kasus (9,1%), Sindrom Koroner Akut (ACS/NSTEMI) sebanyak 2 kasus (6,1%), serta ketoasidosis diabetik (KAD), perdarahan saluran cerna akut, dan meningitis masing-masing sebanyak 1 kasus (3,0%).

Pasien dengan syok, *respiratory failure*, meningitis, dan stroke berat ditempatkan pada kategori IGD Merah yang menunjukkan kondisi kritis dan membutuhkan penanganan segera. Hal ini menunjukkan bahwa kecepatan respons tenaga kesehatan menjadi faktor yang sangat penting. Pada kondisi syok dan gagal napas, keterlambatan penanganan dapat menyebabkan hipoksia jaringan, gangguan perfusi organ, hingga kegagalan organ multipel.

Pasien dengan kondisi syok hipovolemik, syok sepsis, *respiratory failure*, meningitis, peritonitis perforasi, stroke dengan penurunan kesadaran umumnya ditempatkan pada kategori prioritas tinggi (IGD Merah atau ICU). Ketepatan triase sangat menentukan kecepatan pemberian tindakan. Kesalahan triase dapat menyebabkan keterlambatan penanganan dan meningkatkan risiko komplikasi lebih lanjut.

Pasien dengan kasus *respiratory failure* disertai syok hemoragik dan aki, syok sepsis dengan kemungkinan sumber infeksi intraabdomen, peritonitis dengan perforasi usus dan pre-syok sepsis, memerlukan penerapan SOP

kegawatdaruratan secara cepat dan tepat, meliputi resusitasi cairan, oksigenasi, stabilisasi hemodinamik, pemberian antibiotik dini, dan monitoring ketat.

Banyaknya variasi kasus kritis yang masuk ke IGD menunjukkan bahwa tenaga kesehatan harus memiliki kompetensi dalam penatalaksanaan syok, resusitasi jantung paru, manajemen *airway* dan *breathing*, interpretasi triase kegawatdaruratan, penanganan sepsis dan *respiratory failure*. Kasus-kasus tersebut memerlukan kemampuan klinis yang tinggi agar komplikasi tidak semakin berat.

RSUD dr. Slamet Garut merupakan salah satu rumah sakit rujukan utama di Kabupaten Garut yang melayani berbagai kasus kegawatdaruratan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan antar wilayah, sehingga memiliki karakteristik pasien yang beragam dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Hal ini menjadikan IGD RSUD dr. Slamet Garut sebagai lokasi yang representatif untuk mengkaji permasalahan terkait komplikasi lanjut pada pasien IGD.

Berbagai penelitian telah mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi *outcome* pasien di IGD, namun penelitian yang secara khusus menggambarkan faktor determinan pelayanan yang berkontribusi terhadap terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD RSUD dr. Slamet Garut masih sangat terbatas. Oleh karena itu, diperlukan penelitian untuk memperoleh gambaran mengenai faktor determinan pelayanan yang meliputi *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP, dan kompetensi tenaga kesehatan terhadap terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD RSUD dr. Slamet Garut.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Gambaran Faktor Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan *response time* tenaga kesehatan dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr. Slamet Garut.
2. Menggambarkan ketepatan pelaksanaan triase pada pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr. Slamet Garut.
3. Menggambarkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut.

4. Menggambarkan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan pada pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan gawat darurat, khususnya mengenai faktor determinan pelayanan dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan dapat menjadi sumber informasi dan referensi ilmiah mengenai gambaran *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), serta kompetensi tenaga kesehatan dalam pelayanan kegawatdaruratan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi rumah sakit, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi manajemen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan IGD, khususnya dalam optimalisasi penanganan pasien komplikasi lanjut melalui peningkatan *response time*, ketepatan pelaksanaan triase, kepatuhan terhadap SOP, serta kompetensi tenaga kesehatan.
2. Bagi tenaga kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pelaksanaan pelayanan pada pasien komplikasi

lanjut sehingga dapat menjadi bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan keterampilan, ketepatan tindakan, dan kualitas pelayanan kegawatdaruratan.

3. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat menjadi data dasar terkait faktor determinan yang dapat dikembangkan dalam penelitian analitik lebih lanjut, landasan untuk merancang penelitian intervensi, dan referensi untuk melakukan studi komparatif antar rumah sakit.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Konsep Dasar Faktor Determinan

1. Definisi

Menurut *World Health Organization* (2021), determinan adalah berbagai faktor personal, sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi status kesehatan individu maupun populasi. Faktor-faktor tersebut berperan dalam menentukan terjadinya suatu kondisi kesehatan dan luaran pelayanan kesehatan.

Sejalan dengan hal tersebut, Solar dan Irwin (2010) menjelaskan bahwa faktor determinan merupakan faktor-faktor yang secara langsung maupun tidak langsung memengaruhi terjadinya suatu kejadian atau outcome kesehatan melalui pengaruh terhadap kondisi biologis, perilaku, sosial, dan sistem pelayanan kesehatan.

Marmot et al. (2008) menyatakan bahwa faktor determinan merupakan faktor penentu yang dapat menjelaskan perbedaan risiko, kejadian penyakit, maupun outcome kesehatan pada individu atau kelompok masyarakat sehingga dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab dan memprediksi suatu kondisi kesehatan.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut, faktor determinan merupakan faktor-faktor yang berperan sebagai penentu atau yang memengaruhi terjadinya suatu kondisi, kejadian, atau outcome tertentu, baik yang berasal dari karakteristik individu, kondisi klinis, lingkungan, maupun sistem pelayanan kesehatan. Dalam penelitian keperawatan, faktor determinan digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan suatu outcome kesehatan, seperti angka kematian pasien, lama rawat, atau keberhasilan pelayanan.

2. Faktor Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut Pada Pasien Di IGD

Menurut Asplin et al. (2003), komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dipengaruhi oleh faktor pasien, faktor pelayanan, dan faktor sistem. Berbagai penelitian dan literatur menyatakan bahwa keterlambatan penanganan, tingginya tingkat kegawatan, serta hambatan dalam alur pelayanan merupakan determinan utama terjadinya komplikasi.

Sejalan dengan hal tersebut, Burgess et al. (2022) melaporkan bahwa faktor pelayanan, seperti *respon time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP dan kompetensi tenaga kesehatan sangat berhubungan dengan meningkatnya risiko perburukan kondisi yang mengakibatkan kematian pada pasien. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kualitas dan ketepatan pelayanan di IGD

merupakan determinan penting dalam mencegah terjadinya komplikasi lanjut pada pasien.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini difokuskan pada faktor pelayanan sebagai determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD. Faktor pelayanan seperti *respon time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP dan kompetensi tenaga kesehatan yang berpotensi memengaruhi luaran klinis pasien.

Faktor pelayanan pada pasien di IGD meliputi:

a. *Response Time*

Response time merupakan waktu yang dibutuhkan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan pertama sejak pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat. Menurut Sari et al. (2015), *response time* merupakan salah satu indikator mutu pelayanan gawat darurat yang sangat penting karena berhubungan langsung dengan keselamatan pasien. Pasien yang mendapatkan penanganan lebih cepat memiliki peluang lebih besar untuk terhindar dari komplikasi maupun kematian dibandingkan pasien yang mengalami keterlambatan pelayanan. Oleh karena itu, kecepatan respons tenaga kesehatan menjadi faktor penting dalam menentukan *outcome* pasien di IGD.

b. Ketepatan Triase

Ketepatan triase merupakan kemampuan petugas dalam mengidentifikasi tingkat kegawatan pasien dan

menempatkannya pada kategori prioritas yang sesuai. Menurut Mirhaghi et al. (2019), triase yang akurat sangat penting dalam pelayanan kegawatdaruratan karena menentukan urutan prioritas pelayanan pasien. Kesalahan dalam penentuan kategori triase dapat menyebabkan pasien kritis tidak segera memperoleh tindakan yang diperlukan sehingga meningkatkan risiko komplikasi dan kematian.

c. Kepatuhan terhadap SOP

Kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) menunjukkan sejauh mana tenaga kesehatan melaksanakan pelayanan sesuai pedoman yang telah ditetapkan. Menurut Donabedian (dalam Robby et al., 2025), kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai dari proses pelayanan yang dilakukan, termasuk kepatuhan terhadap standar dan prosedur yang berlaku. Pelaksanaan SOP secara konsisten dapat meningkatkan keselamatan pasien, mengurangi kesalahan medis, dan menghasilkan pelayanan yang lebih efektif.

d. Kompetensi Tenaga Kesehatan

Kompetensi tenaga kesehatan merupakan kombinasi pengetahuan, keterampilan, pengalaman, dan kemampuan profesional dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan. Menurut Considine et al. (2022), kompetensi tenaga kesehatan menjadi salah satu faktor utama yang memengaruhi kualitas

pelayanan di IGD. Tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi tinggi akan lebih mampu mengenali kondisi kritis, mengambil keputusan klinis yang tepat, dan memberikan tindakan penyelamatan jiwa secara efektif.

Tabel 2.1 Indikator Faktor Pelayanan

No.	Indikator	Kategori
1	<i>Response Time</i>	≤ 5 menit (Cepat) > 5 menit (Lambat)
2	Ketepatan Triase	Tepat (Kategori triase sesuai kondisi pasien) Tidak tepat (Terjadi under-triage atau over-triage)
3	Kepatuhan terhadap SOP	Patuh (≥ 80% komponen SOP terlaksana) Tidak patuh (< 80% komponen SOP terlaksana)
4	Kompetensi Tenaga Kesehatan	Kompeten (Memiliki sertifikasi kegawatdaruratan (BTCLS, ACLS, ATLS, PPGD) dan pengalaman kerja sesuai standar) Tidak kompeten (Tidak memiliki sertifikasi atau kompetensi belum memenuhi standar)

Sumber: Liu et al. (2021)

2.1.2 Konsep Dasar Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Definisi

Menurut Kemenkes RI Tahun 2025, Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit paling krusial dalam sistem pelayanan rumah sakit, berperan sebagai pintu masuk utama bagi pasien dengan kondisi medis akut dan gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera. Kualitas layanan di IGD mencerminkan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan menyeluruh. Pelayanan yang tidak tertangani

dengan baik di IGD dapat memperburuk kondisi pasien, meningkatkan risiko komplikasi, bahkan kematian.

Seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit kritis dan kecelakaan, baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan, jenis dan tingkat keparahan kasus yang ditangani di IGD juga menjadi semakin kompleks. Kasus seperti kecelakaan lalu lintas, serangan jantung, stroke akut, cedera otak, trauma berat, hingga bencana massal menuntut rumah sakit memiliki sistem layanan darurat yang tanggap, terstruktur, dan terintegrasi. Hal ini harus ditunjang oleh tenaga kesehatan yang terlatih, fasilitas yang memadai, serta pedoman operasional yang jelas dan sesuai standar.

2. Tujuan Pelayanan IGD

Kemenkes RI Tahun 2025 menjelaskan tujuan pelayanan IGD sebagai berikut.

a. Tujuan Umum

Mewujudkan penyelenggaraan pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang bermutu tinggi, profesional, dan terintegrasi, dengan mengutamakan keselamatan pasien serta efektivitas penanganan pada situasi medis yang kritis atau mengancam jiwa.

b. Tujuan Khusus

- 1) Memberikan acuan yang jelas bagi tenaga medis dan manajemen rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan IGD secara terstandar.

- 2) Menjamin bahwa pelayanan IGD dilakukan secara cepat, tepat, aman, dan responsif terhadap kebutuhan pasien.
- 3) Mempermudah pelaksanaan tindakan medis berdasarkan prioritas kondisi pasien dan klasifikasi kegawatan.
- 4) Meningkatkan efisiensi sistem triase, koordinasi tim medis, serta sistem rujukan dalam situasi darurat.
- 5) Menyelaraskan praktik pelayanan IGD dengan regulasi dan kebijakan rumah sakit.

3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) mencakup berbagai aspek penanganan kondisi medis yang bersifat kritis dan membutuhkan intervensi segera. Tujuan utama pelayanan ini adalah untuk menilai, menstabilkan, dan menangani pasien dengan tingkat kegawatan yang beragam. Berikut adalah ruang lingkup pelayanan IGD yang berlaku di rumah sakit (Kemenkes RI (2025)):

a. Penanganan Kegawatdaruratan

Pelayanan terhadap pasien dengan kondisi medis akut yang mengancam nyawa atau berpotensi menimbulkan kecacatan permanen. Termasuk di dalamnya:

- 1) Kegawatdaruratan medis dan bedah.
- 2) Kasus trauma (kecelakaan lalu lintas, kerja, rumah tangga).
- 3) Kasus kritis seperti henti jantung, stroke akut, kejang, gagal napas, syok.

b. Penerimaan Pasien Rujukan

Pasien yang dirujuk dari fasilitas kesehatan primer atau rumah sakit lain dalam kondisi darurat. Penanganan awal dan koordinasi dengan layanan penunjang serta ruang rawat.

c. Tindakan Stabilisasi Awal

Penatalaksanaan awal untuk menstabilkan kondisi pasien sebelum diputuskan untuk:

- 1) Alih rawat ke ruang perawatan.
- 2) Pulang ke rumah dengan atau tanpa kontrol lanjutan.
- 3) Rujuk keluar ke fasilitas yang lebih mampu.

d. Klasifikasi Pasien Berdasarkan Kegawatan

Menurut Kemenkes RI (2025), pelayanan IGD dikategorikan berdasarkan tingkat kegawatan pasien, sebagai berikut:

1) Resusitasi

Pasien dengan kondisi sangat kritis yang mengancam nyawa dan membutuhkan tindakan resusitasi segera tanpa penundaan.

2) *Emergent*

Pasien dengan kondisi darurat yang berisiko menyebabkan kerusakan organ permanen, dan harus mendapat intervensi dalam waktu maksimal 10 menit.

3) *Urgent*

Pasien dengan kondisi serius namun tidak mengancam jiwa secara langsung, namun tetap memerlukan penanganan dalam waktu tidak lebih dari 30 menit.

4) *Less Urgent*

Pasien dengan keluhan ringan hingga sedang, namun memiliki riwayat penyakit serius atau potensi perburukan kondisi, dan sebaiknya ditangani dalam waktu maksimal 60 menit.

5) *False Emergency*

Pasien yang datang tanpa kondisi gawat atau darurat. Penanganan tidak memerlukan tindakan segera dan pasien dapat diarahkan ke layanan rawat jalan atau non-emergensi lainnya.

6) *Death On Arrival (DOA)*

Pasien yang tiba di IGD dalam keadaan tidak bernyawa, dan telah dinyatakan meninggal secara klinis oleh dokter jaga.

4. Alur Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Alur pelayanan di IGD harus mengedepankan prinsip respon cepat, penanganan tepat, dan kesinambungan pelayanan sejak pasien masuk hingga diputuskan untuk rawat inap, pulang, atau dirujuk ke fasilitas lain. Alur ini melibatkan proses triase, penilaian

kondisi, stabilisasi, penegakan diagnosis awal, hingga pengambilan keputusan klinis secara terintegrasi (Kemenkes RI, 2025).

a. Tahapan Alur Pelayanan

1) Kedatangan dan Penerimaan Pasien

- a) Pasien datang sendiri, diantar keluarga, atau melalui evakuasi medik.
- b) Petugas IGD segera menyambut pasien tanpa menunda karena alasan administrasi.
- c) Tidak diperbolehkan meminta uang muka (*emergency without delay*).

2) Triase

- a) Dilakukan oleh perawat terlatih segera setelah pasien masuk.
- b) Bertujuan untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan.
- c) Menggunakan sistem klasifikasi triase 3–5 level (misalnya ESI atau CTAS) berdasarkan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*).

3) Penanganan Awal dan Resusitasi

- a) Pasien prioritas 1 harus mendapatkan tindakan dalam waktu ≤ 5 menit.

- b) Resusitasi dan stabilisasi dilakukan sesuai kebutuhan klinis, dengan dukungan alat dan obat emergensi yang tersedia.

4) Pemeriksaan dan Penegakan Diagnosis Awal

- a) Setelah kondisi stabil, dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi) bila diperlukan.
- b) Diagnosis awal ditegakkan oleh dokter jaga, atau dikonsultasikan ke dokter spesialis terkait.

5) Keputusan Lanjut

Pasien dapat:

- a) Pulang bila sudah stabil dan tidak memerlukan rawat inap, dengan edukasi dan jadwal kontrol.
- b) Alih rawat ke ruang rawat inap bila membutuhkan perawatan lanjutan.
- c) Rujuk ke fasilitas lain bila tidak dapat ditangani di rumah sakit tersebut karena keterbatasan fasilitas/kompetensi.

6) Pencatatan dan Dokumentasi

- a) Semua proses dan keputusan harus terdokumentasi dalam rekam medis.
- b) Rujukan keluar harus disertai dengan resume medis, surat rujukan, dan komunikasi terlebih dahulu dengan fasilitas penerima.

b. Prinsip-prinsip Pelayanan dalam Alur IGD

- 1) Pelayanan 24 jam non-stop.
- 2) Semua pasien gawat darurat ditangani tanpa diskriminasi, sesuai UU dan peraturan yang berlaku.
- 3) Kolaborasi multiprofesi dalam penanganan pasien (dokter umum, dokter spesialis, perawat, radiografer, analis, dan apoteker).
- 4) Alur masuk dan keluar pasien di IGD harus mencegah “*cross infection*”.
- 5) Tersedia ruang isolasi dan dekontaminasi untuk kasus infeksius atau bencana kimia/biologis.

5. Standar Operasional Pelayanan

Pelayanan IGD harus dijalankan berdasarkan standar operasional yang baku untuk menjamin kesetaraan, keselamatan pasien, dan akuntabilitas profesional (Kemenkes RI, 2025).

a. Waktu Tanggap

- 1) Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal 5 menit setelah kedatangan.
- 2) Triase dilakukan segera oleh perawat terlatih menggunakan pendekatan ABCDE.
- 3) Keputusan alih rawat atau rujukan ditentukan dalam waktu yang tidak menunda keselamatan pasien.

b. Pelayanan 24 Jam

- 1) IGD wajib buka dan beroperasi 24 jam sehari, 7 hari seminggu.
- 2) Tim harus selalu siap siaga menangani kasus kapan pun tanpa menunggu waktu kerja reguler.

c. Pelayanan Tanpa Uang Muka

Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang muka kepada pasien gawat darurat sebelum tindakan penyelamatan jiwa dilakukan, sesuai amanat Undang-Undang Rumah Sakit dan peraturan menteri kesehatan.

6. Fokus Utama dalam Implementasi Layanan

Pelaksanaan layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang efektif dan bermutu tinggi membutuhkan fokus khusus pada aspek-aspek kritikal berikut:

a. Implementasi Sistem Triase Modern Berbasis Prioritas Kegawatan

- 1) Menggunakan sistem triase 5-level seperti *Emergency Severity Index* (ESI) dengan tenaga perawat yang telah mendapatkan pelatihan sertifikasi triase.
- 2) Melakukan penilaian cepat berbasis pendekatan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) untuk menentukan prioritas penanganan pasien.

- 3) Menyediakan jalur *fast track* bagi pasien dengan kondisi non-kritis untuk mempercepat pelayanan tanpa mengganggu jalur kegawatdaruratan berat.
- b. Optimalisasi Komunikasi Proaktif kepada Pasien dan Keluarga
- 1) Setiap pasien dan keluarga harus mendapatkan penjelasan singkat saat kedatangan mengenai alur pelayanan dan estimasi waktu tunggu.
 - 2) Petugas wajib memperkenalkan diri, menyampaikan peran, serta meminta maaf secara terbuka jika terjadi keterlambatan pelayanan.
 - 3) Area tunggu pasien harus dalam kondisi bersih, nyaman, informatif, dengan papan digital atau informasi manual tentang status antrian atau update pelayanan.
- c. Penilaian dan Penatalaksanaan Nyeri Sejak Triase
- 1) Penilaian skala nyeri dilakukan bersamaan dengan proses triase.
 - 2) Pasien dengan nyeri berat harus menerima analgesik dalam waktu maksimal 30 menit setelah dinilai.
 - 3) Protokol *Pain Management Pathway* diterapkan untuk menjamin pelayanan berbasis *patient-centered care* dan mempercepat pemberian terapi nyeri.

- d. Penerapan Alur Klinis untuk Kasus Emergensi Tinggi
 - 1) Aktivasi jalur cepat berbasis protokol untuk kondisi emergensi seperti:
 - a) Sepsis Alert: Bundle sepsis 1 jam (pengambilan kultur, pemberian antibiotik awal, pemberian cairan resusitasi).
 - b) Code Stroke: Pengenalan stroke dengan onset < 4,5 jam dan rujukan cepat untuk CT-scan serta pertimbangan trombolisis.
 - c) Code Stemi: Deteksi dini infark miokard akut dengan pemeriksaan EKG 10 menit pertama dan aktivasi tim PCI jika tersedia.
 - 2) Setiap staf IGD harus familiar dengan bundle emergensi ini dan mendapat pelatihan rutin.
- e. Monitoring dan Evaluasi Waktu Tunggu serta *Outcome* Pasien
 - 1) Waktu tunggu triase ke tindakan, waktu tunggu untuk dokter, dan waktu ke pemberian terapi awal harus dimonitor harian.
 - 2) Audit waktu tanggap IGD dilakukan berkala untuk mengevaluasi *bottleneck* dan mengidentifikasi area perbaikan.
 - 3) *Outcome* pasien IGD seperti tingkat keberhasilan resusitasi, kepuasan pasien, dan angka rujukan keluar dipantau untuk peningkatan mutu layanan.

- f. Penguatan Koordinasi Internal dan Eksternal
 - 1) Meningkatkan efektivitas koordinasi antara IGD dengan unit rawat inap, ICU, kamar operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, serta pelayanan ambulans.
 - 2) Komunikasi rujukan ke fasilitas lain dilakukan dengan prinsip *handover* klinis dan dokumentasi terstandar.
- g. Pelaksanaan Prinsip *Zero Delay* untuk Kasus Gawat Darurat
 - 1) Tidak ada penundaan tindakan medis emergensi dengan alasan administratif (termasuk masalah pembayaran, data BPJS, atau administrasi lainnya).
 - 2) Prinsip *Emergency First* harus ditegakkan: keselamatan pasien selalu diutamakan di atas prosedur administratif.
- h. Pencegahan Infeksi Nosokomial di IGD
 - 1) Setiap pasien berisiko infeksi harus langsung diarahkan ke ruang isolasi yang tersedia di IGD.
 - 2) Prosedur dekontaminasi alat dilakukan setelah setiap tindakan kritis.
 - 3) Monitoring harian kepatuhan *Hand Hygiene* di IGD dilakukan oleh supervisor jaga.

2.1.3 Komplikasi Lanjut Pada Pasien Di IGD

1. Definisi

Komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan kondisi perburukan klinis atau kejadian yang tidak

diharapkan (*adverse events*) yang terjadi selama pasien menerima pelayanan kegawatdaruratan. Komplikasi ini dapat berupa perburukan penyakit, gangguan fungsi organ, infeksi, syok, hingga kematian.

Menurut WHO (2021), kejadian tidak diharapkan dalam pelayanan kesehatan adalah insiden yang mengakibatkan kerugian pada pasien, termasuk kecacatan, perpanjangan masa rawat, atau kematian. Dalam konteks IGD, kejadian ini sering terjadi pada kondisi pasien dengan kegawatan tinggi yang memerlukan penanganan cepat dan tepat.

Menurut Newman-Toker et al. (2022), komplikasi pada pasien IGD sering berkaitan dengan keterlambatan diagnosis dan terapi, yang dapat berujung pada adverse outcomes seperti perburukan kondisi klinis, disabilitas, bahkan kematian.

Dengan demikian, komplikasi lanjut pada pasien IGD dapat dipahami sebagai indikator penting dalam menilai keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kegawatdaruratan.

2. Konsep Komplikasi Pada Pasien

Komplikasi pada pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan kondisi klinis yang terjadi sebagai akibat dari perjalanan penyakit utama maupun sebagai konsekuensi dari proses pelayanan kesehatan selama pasien mendapatkan penanganan di IGD. Komplikasi tersebut dapat disebabkan oleh keterlambatan diagnosis,

kesalahan penatalaksanaan, maupun ketidaktepatan tindakan medis, dan dapat muncul baik saat pasien masih berada di IGD maupun setelah dilakukan tindakan awal dan pasien dipindahkan ke ruang perawatan lanjutan.

Menurut Forster et al. (2007), komplikasi dalam pelayanan kesehatan dikenal sebagai *adverse event*, yaitu cedera pada pasien yang disebabkan oleh proses pelayanan medis itu sendiri, bukan oleh penyakit dasar yang diderita pasien. Hal ini menunjukkan bahwa komplikasi tidak hanya berkaitan dengan kondisi klinis pasien, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh kualitas dan keamanan sistem pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini dapat terjadi pada pasien selama maupun setelah kunjungan di IGD, termasuk setelah pasien dipulangkan atau dirawat di ruang rawat inap. Kondisi tersebut dapat berupa perburukan klinis, kebutuhan perawatan ulang, hingga kejadian yang lebih serius seperti kecacatan atau kematian.

Dalam konteks kegawatdaruratan, komplikasi pada pasien IGD sering berkaitan dengan kondisi klinis yang memburuk seperti syok, gangguan pernapasan, kegagalan organ, hingga adverse outcome berupa kematian. Oleh karena itu, IGD dipandang sebagai area pelayanan kesehatan dengan risiko tinggi terhadap terjadinya komplikasi karena harus menangani pasien dengan kondisi akut, kompleks, dan membutuhkan keputusan cepat.

3. Komplikasi Klinis Lanjut

Komplikasi klinis lanjut merupakan kondisi perburukan yang terjadi sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari proses pelayanan di IGD. Menurut WHO (2021) dan Stang et al. (2013), komplikasi ini mencakup:

- a. Syok, yaitu kegagalan sistem sirkulasi yang dapat mengancam nyawa pasien.
- b. Gagal organ, yaitu penurunan fungsi satu atau lebih organ vital akibat kondisi penyakit yang tidak tertangani dengan optimal.
- c. Kematian, sebagai luaran paling berat dari komplikasi yang terjadi di IGD.

Komplikasi ini menunjukkan tingkat keparahan tertinggi dari *adverse event* yang dapat terjadi pada pasien kegawatdaruratan.

4. Faktor Penyebab Komplikasi Lanjut di IGD

Komplikasi lanjut pada pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor yang memengaruhi proses pelayanan kesehatan, baik yang berasal dari kondisi pasien maupun dari sistem kerja di IGD. Faktor-faktor tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya perburukan kondisi klinis, keterlambatan penanganan, hingga luaran klinis yang tidak diharapkan.

Menurut Hendrie et al. (2007), faktor penyebab komplikasi di IGD dapat dikelompokkan menjadi empat komponen utama, yaitu

kompleksitas pasien, keterlambatan diagnosis, kesalahan pengobatan, dan sistem pelayanan yang tidak optimal.

a. Kompleksitas Pasien

Kompleksitas pasien menjadi salah satu faktor utama yang memengaruhi terjadinya komplikasi di IGD. Menurut Hendrie et al. (2007), pasien yang datang ke IGD umumnya berada dalam kondisi akut dengan tingkat keparahan yang bervariasi serta sering disertai penyakit penyerta (*comorbidity*). Kondisi ini dapat menyulitkan proses pengkajian awal karena gejala yang tidak spesifik dan kondisi klinis yang cepat berubah. Semakin kompleks kondisi pasien, semakin tinggi pula risiko terjadinya kesalahan penilaian dan keterlambatan penanganan yang dapat berujung pada komplikasi lanjut.

b. Keterlambatan Diagnosis

Keterlambatan diagnosis juga merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap komplikasi di IGD. Menurut Hendrie et al. (2007), keterlambatan dalam menegakkan diagnosis dapat menyebabkan penundaan pemberian terapi yang seharusnya segera dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan. Hal ini dapat mengakibatkan progresivitas penyakit menjadi lebih berat, seperti terjadinya syok, gagal organ, atau kondisi kritis lainnya yang sebenarnya dapat dicegah apabila diagnosis ditegakkan lebih cepat.

c. Kesalahan Pengobatan

Kesalahan pengobatan (*medication error*) merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan komplikasi pada pasien IGD. Menurut Hendrie et al. (2007), kesalahan ini dapat berupa kesalahan pemilihan obat, dosis yang tidak tepat, maupun kesalahan dalam cara pemberian terapi. Dalam situasi IGD yang menuntut keputusan cepat dan kondisi pasien yang sering tidak stabil, risiko terjadinya kesalahan pengobatan menjadi lebih tinggi. Kesalahan ini dapat memperburuk kondisi pasien atau menimbulkan komplikasi baru yang tidak berkaitan dengan penyakit awal.

d. Sistem Pelayanan yang Tidak Optimal

Sistem pelayanan yang tidak optimal juga menjadi faktor penting dalam terjadinya komplikasi di IGD. Menurut Hendrie et al. (2007), hal ini mencakup keterbatasan sumber daya, alur pelayanan yang tidak efektif, serta kurangnya koordinasi antar tenaga kesehatan. Sistem yang tidak berjalan dengan baik dapat menyebabkan keterlambatan tindakan, kurangnya monitoring pasien, serta penurunan kualitas pelayanan secara keseluruhan.

5. Dampak Komplikasi Lanjut Pada Pasien IGD

Komplikasi lanjut pada pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) dapat menimbulkan berbagai dampak serius, baik terhadap kondisi klinis pasien maupun terhadap sistem pelayanan kesehatan secara

keseluruhan. Dampak tersebut tidak hanya memengaruhi perjalanan penyakit pasien, tetapi juga dapat meningkatkan risiko luaran klinis yang buruk hingga kematian.

Menurut Forster et al. (2007) dan Calder et al. (2010), komplikasi yang terjadi pada pasien IGD dapat memberikan beberapa dampak utama, yaitu peningkatan angka rawat inap, peningkatan kunjungan ulang ke IGD dan peningkatan mortalitas.

a. Peningkatan Angka Rawat Inap

Komplikasi lanjut di IGD sering menyebabkan kondisi pasien tidak stabil sehingga membutuhkan perawatan lebih lanjut di ruang rawat inap. Menurut Calder et al. (2010), pasien yang mengalami *adverse event* memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk dirawat di rumah sakit dibandingkan pasien tanpa komplikasi. Hal ini menunjukkan bahwa komplikasi meningkatkan kebutuhan layanan kesehatan lanjutan yang lebih intensif.

b. Peningkatan Kunjungan Ulang IGD

Komplikasi yang tidak tertangani dengan optimal dapat menyebabkan pasien kembali datang ke IGD dalam waktu singkat. Menurut Forster et al. (2007), sebagian pasien yang mengalami *adverse event* setelah kunjungan awal membutuhkan evaluasi ulang karena kondisi yang memburuk atau tidak

membaik sesuai harapan klinis. Kondisi ini mencerminkan adanya ketidakefektifan dalam penanganan awal di IGD.

c. Peningkatan Mortalitas (Kematian)

Dampak paling serius dari komplikasi lanjut di IGD adalah peningkatan angka kematian (*mortality*). Menurut Forster et al. (2007), sebagian *adverse event* dapat berkembang menjadi kondisi yang mengancam nyawa, terutama jika terjadi keterlambatan diagnosis atau kesalahan penanganan. Demikian pula Calder et al. (2010) menyatakan bahwa komplikasi yang tidak tertangani secara tepat dapat berkontribusi terhadap peningkatan risiko kematian pada pasien IGD, terutama pada kasus gawat darurat dengan kondisi kritis.

2.2 Kerangka Pemikiran

Pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat untuk mencegah perburukan kondisi bahkan kematian. Kualitas pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh faktor pelayanan yang diberikan perawat. Faktor pelayanan dalam penelitian ini terdiri dari *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP, dan kompetensi tenaga kesehatan.

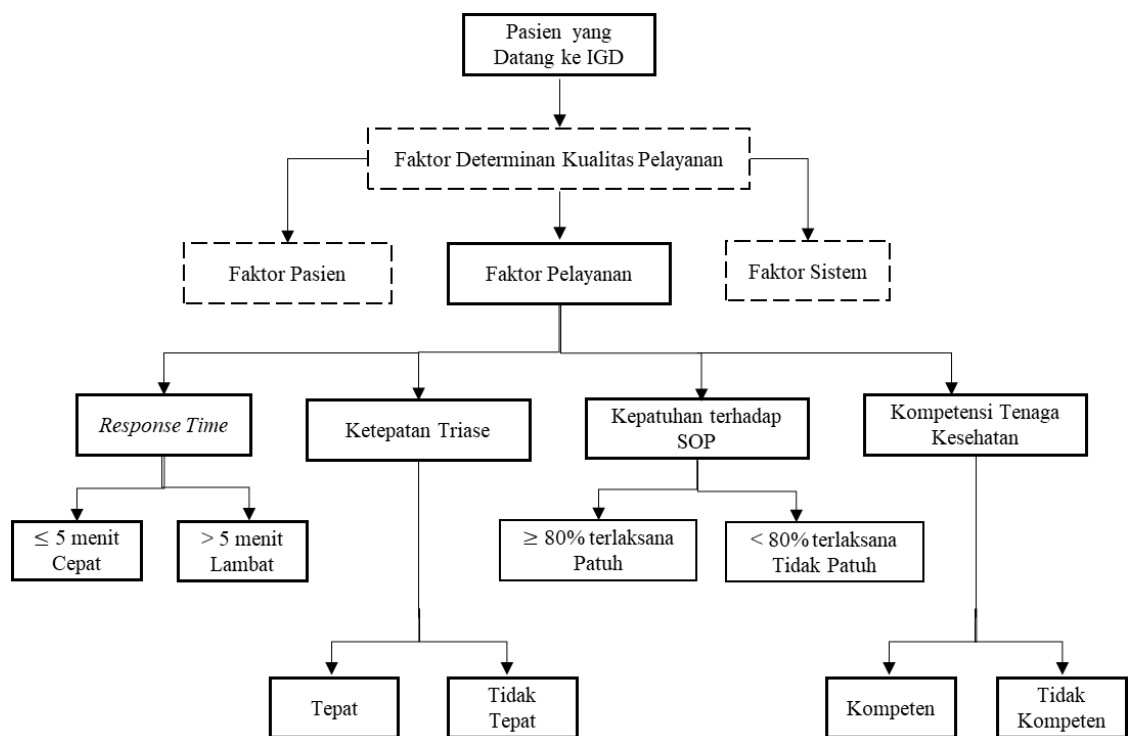
Response time yaitu waktu tanggap perawat sejak pasien diterima hingga tindakan pertama diberikan. *Output* variabelnya cepat jika ≤ 5 menit dan lambat jika > 5 menit. Ketepatan triase yaitu kesesuaian penentuan prioritas pasien berdasarkan kondisi klinis. *Output* variabelnya tepat jika

kategori triase sesuai kondisi pasien, dan tidak tepat jika terjadi *undertriage* atau *overtriage*. Kepatuhan terhadap SOP yaitu tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai standar/prosedur. *Output* variabelnya patuh jika $\geq 80\%$ komponen SOP terlaksana, dan tidak patuh jika $< 80\%$ komponen SOP terlaksana. Kompetensi tenaga kesehatan, yaitu kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional. *Output* variabelnya kompeten jika tenaga kesehatan memiliki sertifikasi kegawatdaruratan (BTCLS, ACLS, ATLS, PPGD) dan pengalaman kerja sesuai standar, dan tidak kompeten jika tenaga kesehatan tidak memiliki sertifikasi atau kompetensi belum memenuhi standar.

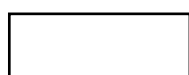
Keempat faktor pelayanan tersebut secara bersama-sama akan memengaruhi kualitas pelayanan keperawatan pada pasien. Pelayanan yang berkualitas akan berdampak pada keselamatan pasien, pencegahan komplikasi, serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

Bagan 2.1 Kerangka Pemikiran

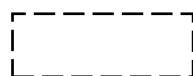
Gambaran Faktor Pelayanan pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr Slamet Garut



Keterangan:



= Diukur



= Tidak Diukur



= Alur Penelitian

Sumber: Modifikasi Dari Model Donabedian (1988); Permenkes RI No.47 Tahun 2018

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif univariat, yaitu bentuk penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan suatu variabel atau fenomena apa adanya berdasarkan data numerik, tanpa mencari hubungan antar variabel maupun sebab akibat (Sugiyono, 2023)

3.2 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini hanya terdiri dari satu variabel, yaitu faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD	Faktor yang berkaitan dengan kualitas pelayanan tenaga kesehatan dalam penanganan pasien komplikasi lanjut sejak pasien datang ke IGD hingga mendapatkan tindakan awal sesuai standar pelayanan kegawatdaruratan.	<i>Response time</i>	Diukur dalam menit dari data jam masuk RM dan jam pemeriksaan	<i>Checklist</i> Observasi, Rekam Medis ,SOP IGD	1.Sesuai standar: ≤ 5 menit untuk triase merah 2.Tidak sesuai standar: > 5 menit untuk merah	Ordinal
		Ketepatan triase	Diukur berdasarkan hasil penetapan kategori triase oleh perawat	<i>Checklist</i> Observasi,	1.Tepat: Kategori Triase sesuai kondisi pasien 2.Tidak tepat: kategori triase	Ordinal

	dengan kondisi klinis pasien berdasarkan ESI v5	tidak sesuai kondisi pasien		
Kepatuhan terhadap SOP	Diukur dengan Sop IGD yang berlaku	SOP IGD, <i>Checklist</i> observasi, Rekam Medis	1.Patuh: Melaksanakan $\geq 80\%$ langkah SOP 2. Tidak Patuh: melaksanakan $< 80\%$ langkah SOP	Ordinal
Kompetensi tenaga kesehatan	Diukur berdasarkan pelatihan yang dimiliki dan hasil observasi langsung	<i>Checklist</i> Observasi	1.Kompeten: Skor observasi ≥ 80 2.Tidak Kompeten: Skor observasi < 80	Ordinal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Menurut Sugiyono (2022), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan hasil triase label merah (resusitasi/emergensi) selama bulan Juli 2026, serta memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

3.4.2 Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang diambil untuk mewakili populasi penelitian. Menurut Notoatmodjo (2018), sampel adalah sebagian objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Jumlah

sampel ditentukan menggunakan rumus *Lamshow* untuk populasi yang tidak diketahui:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Dengan tingkat kepercayaan 95% ($Z = 1,96$), proporsi ($p = 0,5$), $q = 0,5$, dan tingkat kesalahan $d = 0,10$, diperoleh:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,10)^2}$$

$$n = 96,04$$

Berdasarkan perhitungan menggunakan rumus *Lamshow* diperoleh jumlah sampel minimal yaitu 96 responden. Namun, pada pelaksanaan penelitian jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi hanya sebanyak 33 perawat. Kondisi tersebut disebabkan karena tidak seluruh perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut memenuhi kriteria penelitian, seperti tidak secara langsung menangani pasien dengan komplikasi lanjut selama periode pengambilan data. Selain itu, proses observasi secara langsung hanya dilakukan oleh peneliti pada satu *shift* pelayanan, sedangkan pelayanan pada *shift* berikutnya dilaksanakan oleh perawat yang bertugas sesuai jadwal dinas. Data pelayanan pada *shift* selanjutnya diperoleh melalui dokumentasi dan lembar observasi yang diisi oleh perawat sesuai indikator penelitian.

3.4.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *accidental sampling*. Menurut Sugiyono (2023), *accidental sampling* adalah teknik penentuan

sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel apabila dipandang cocok sebagai sumber data.

1. Kriteria Inklusi

- a. Perawat yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Slamet Garut selama periode penelitian.
- b. Perawat yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien dengan komplikasi lanjut di IGD.
- c. Perawat yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku.
- d. Perawat yang telah bekerja di Instalasi Gawat Darurat minimal 6 bulan sehingga telah memahami alur pelayanan, triase, dan Standar Operasional Prosedur (SOP) di IGD.
- e. Perawat yang bersedia menjadi responden penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (informed consent).

2. Kriteria Eksklusi

- a. Perawat yang sedang cuti, izin, sakit, atau tidak bertugas selama periode pengambilan data.
- b. Perawat yang sedang menjalani orientasi, magang, atau praktik profesi (*preceptorship*) di Instalasi Gawat Darurat.
- c. Perawat yang tidak memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien dengan komplikasi lanjut selama periode penelitian.

- d. Perawat yang bertugas di unit lain atau diperbantukan di luar Instalasi Gawat Darurat selama periode penelitian.
- e. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden atau mengundurkan diri selama proses penelitian berlangsung.

3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian

Teknik pengumpulan data merupakan langkah penting dalam penelitian untuk memperoleh data yang dibutuhkan. Menurut Arikunto (2019), teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan peneliti untuk memperoleh data penelitian. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi langsung dan studi dokumentasi. Peneliti melakukan pengamatan langsung terhadap proses pelayanan yang diberikan kepada pasien sejak pasien datang hingga mendapatkan penanganan awal di IGD. Data kemudian dilengkapi melalui penelaahan rekam medis pasien, buku register IGD, hasil triase, lembar observasi pasien, serta dokumen pendukung lainnya menggunakan lembar *checklist* penelitian.

3.6 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

3.6.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrumen mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Menurut Sugiyono (2022), instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data benar-benar valid.

Instrumen dalam penelitian ini berupa lembar *checklist* observasi gambaran faktor determinan (faktor pelayanan) yang terdiri dari 16 butir pernyataan. Setiap butir pernyataan mewakili indikator faktor pelayanan yaitu

response time, ketepatan triase, kepatuhan terhadap SOP dan kompetensi tenaga kesehatan. Untuk dapat mengetahui tingkat keabsahan butir pernyataan, maka dilakukan uji validitas menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan berbantuan *software SPSS Versi 20*.

Berdasarkan hasil uji validitas terhadap seluruh butir pernyataan, diperoleh nilai r_{tabel} sebesar 0,444 pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$. Hasil pengujian menunjukkan bahwa seluruh butir pernyataan memiliki nilai $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$, sehingga seluruh butir dinyatakan valid dan mampu mengukur variabel faktor pelayanan. Dengan demikian, instrumen layak digunakan sebagai alat pengumpulan data pada penelitian ini.

3.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat konsistensi instrumen penelitian. Menurut Polit dan Beck (2021), reliabilitas menunjukkan kemampuan instrumen dalam menghasilkan hasil pengukuran yang konsisten ketika digunakan berulang kali pada kondisi yang sama. Pada penelitian ini, dalam melakukan uji reliabilitas instrumen observasi dilakukan dengan menghitung nilai koefisien reliabilitas menggunakan uji nilai *Cronbach's Alpha* menggunakan *software SPSS versi 20*. Menurut Ghazali (2011), suatu instrumen dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,700.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas, diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,952 untuk seluruh butir pernyataan instrumen penelitian. Nilai tersebut lebih besar dari batas minimal yang ditetapkan, yaitu 0,700, sehingga instrumen penelitian dinyatakan sangat reliabel.

3.7 Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian

3.7.1 Pengolahan Data

1. *Editing* (Penyuntingan Data)

Peneliti memeriksa kembali kelengkapan, kejelasan, dan konsistensi data yang diperoleh dari rekam medis pasien, buku register IGD, lembar triase, SOP IGD, *checklist* observasi, dan dokumen pendukung lainnya.

2. *Coding* (Pemberian Kode)

Peneliti memberikan kode pada setiap variabel untuk memudahkan proses pengolahan data.

3. *Entry* (Pemasukan Data)

Data yang telah diberi kode dimasukkan ke dalam program komputer, seperti *Microsoft Excel* atau *IBM SPSS Statistics*.

4. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Peneliti melakukan pengecekan ulang terhadap data yang telah dimasukkan untuk memastikan tidak terdapat kesalahan penginputan, data ganda, maupun data yang tidak lengkap.

3.7.2 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, yaitu analisis yang bertujuan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian secara terpisah. Menurut Hastono (2020), analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan distribusi data dari setiap variabel penelitian melalui ukuran frekuensi dan persentase.

Data dianalisis menggunakan:

1. Distribusi frekuensi

Distribusi frekuensi digunakan untuk mengetahui jumlah responden atau kasus pada setiap kategori variabel penelitian. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel frekuensi untuk menggambarkan karakteristik faktor pelayanan pada pasien komplikasi lanjut di IGD.

Rumus distribusi frekuensi:

$$f = \text{jumlah data pada setiap kategori}$$

keterangan:

f = Frekuensi

2. Persentase Kategori dan Interpretasi Frekuensi

Menurut Swarjana, 2024 mengungkapkan bahwa hasil pengelompokan kategori dianalisis secara deskriptif untuk melihat sebaran frekuensi data responden. Presentase frekuensi dihitung dengan rumus:

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

Keterangan:

P = Persentase Kategori

f = Frekuensi Kategori

n = Jumlah Responden

100% = konstanta presentasi

Data yang telah di presentasikan sesuai rumus diatas, kemudian di interpretasikan menggunakan skala berikut:

Tabel 3.2 Kriteria Interpretasi Persentase (%)

Persentase (%)	Interpretasi
0	Tidak ada satupun
1–25	Sebagian kecil
26–49	Hampir setengahnya
50	Setengahnya
51–75	Sebagian besar
76–99	Hampir seluruhnya
100	Seluruhnya

3.8 Langkah-langkah Penelitian

Menurut Nursalam (2020), langkah penelitian terdiri dari tahap persiapan, pelaksanaan, dan tahap akhir.

3.8.1 Tahap Persiapan

1. Mengidentifikasi masalah penelitian berdasarkan pentingnya faktor pelayanan dalam penanganan pasien IGD.
2. Melakukan studi pendahuluan di IGD rumah sakit untuk memperoleh gambaran awal mengenai faktor pelayanan pada pasien dengan label merah di IGD.
3. Melakukan telaah pustaka (*literature review*) dari buku, jurnal, dan peraturan terkait faktor pelayanan pada pasien di IGD.
4. Menyusun proposal penelitian yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kajian teori, dan metodologi penelitian.
5. Melakukan seminar proposal dan revisi sesuai masukan pembimbing serta penguji.
6. Mengurus perizinan penelitian dari institusi pendidikan dan rumah sakit tempat penelitian.

7. Menyusun instrumen penelitian berupa lembar observasi atau *checklist* pengumpulan data berdasarkan variabel penelitian.
8. Melakukan uji validitas
9. Menyiapkan format pengumpulan data dari rekam medis, lembar triase, SOP IGD, *checklist* kompetensi tenaga kesehatan, dan dokumen pendukung lainnya.

3.8.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melaksanakan pengumpulan data sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

1. Mengajukan surat izin penelitian kepada pihak rumah sakit.
2. Berkoordinasi dengan kepala IGD dan petugas rekam medis terkait pelaksanaan penelitian.
3. Menentukan sampel penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
4. Mengidentifikasi data pasien yang mengalami komplikasi lanjut di IGD selama periode penelitian.
5. Mengumpulkan data faktor pelayanan yang meliputi *response time* tenaga kesehatan, ketepatan pelaksanaan triase, kepatuhan terhadap SOP pelayanan IGD dan kompetensi tenaga kesehatan.

3.8.3 Tahap Akhir

1. Melakukan *editing* data untuk memeriksa kelengkapan dan konsistensi data.
2. Melakukan *coding* data dengan memberikan kode pada setiap variabel penelitian.

3. Melakukan *entry* data ke dalam program pengolahan data, seperti *Microsoft Excel* atau *IBM SPSS Statistics*.
4. Melakukan *cleaning* data untuk menghindari kesalahan input.
5. Melakukan analisis data secara deskriptif menggunakan distribusi frekuensi dan persentase.
6. Menyajikan hasil penelitian dalam bentuk tabel dan narasi.
7. Menginterpretasikan hasil penelitian berdasarkan teori dan penelitian terdahulu.
8. Menyusun laporan hasil penelitian (BAB IV dan BAB V).
9. Melakukan konsultasi hasil penelitian dengan dosen pembimbing.
10. Melaksanakan sidang skripsi dan melakukan revisi akhir sesuai saran penguji.
11. Menyelesaikan dan menyerahkan laporan skripsi yang telah disahkan.

3.9 Tempat dan Waktu Penelitian

3.9.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr Slamet Garut.

3.9.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 10 hari mulai dari tanggal 1 - 10 Juli 2026.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Slamet Garut selama 10 hari, yaitu pada tanggal 1 sampai dengan 10 Juli 2026. RSUD dr Slamet Garut merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Garut dan berperan sebagai rumah sakit rujukan dalam memberikan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kegawatdaruratan. Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Slamet Garut menyelenggarakan pelayanan selama 24 jam dengan menangani berbagai kasus kegawatdaruratan, baik kasus medis, bedah, trauma, maupun kasus rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit lainnya.

4.1.2 Karakteristik Komplikasi Lanjut Pada Pasien di IGD RSUD dr Slamet Garut

Karakteristik kasus pasien pada penelitian ini disajikan berdasarkan kategori komplikasi lanjut yang dialami pasien selama mendapatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr Slamet Garut. Distribusi frekuensi karakteristik kasus pasien berdasarkan kategori komplikasi lanjut dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	26	78,8
	Perempuan	7	21,2
Umur	20–29 tahun	21	63,6
	30–39 tahun	8	24,2
	40–49 tahun	4	12,1
Pendidikan	Profesi Ners	19	57,6
	Sarjana Keperawatan	9	27,3
	Diploma III	5	15,2
Lama Kerja	3 tahun	21	63,6
	4 tahun	1	3,0
	7 tahun	5	15,2
	8 tahun	2	6,1
	15 tahun	1	3,0
	20 tahun	3	9,1
Total		33	100

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa, karakteristik responden perawat dalam penelitian ini berjumlah 33 orang. Berdasarkan jenis kelamin, hampir seluruh perawat (78,8%) laki-laki, dan sebagian kecil perawat (21,2%) perempuan. Berdasarkan umur, sebagian besar perawat (63,6%) berada pada kelompok umur 20–29 tahun, dan sebagian kecil perawat (12,1%) berada pada kelompok umur 40-49 tahun. Berdasarkan pendidikan, sebagian besar pendidikan perawat (57,6%) Profesi Ners dan sebagian kecil Pendidikan perawat (15,2%) Diploma III. Berdasarkan lama kerja, sebagian besar perawat (63,6%) bekerja selama 3 Tahun, dan sebagian kecil perawat (3,0) bekerja selama 15 tahun.

4.1.3 Gambaran Faktor Pelayanan

1. *Response Time*

Gambaran hasil observasi *response time* perawat dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi *Response Time*

<i>Response Time</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Cepat (< 5 menit)	30	90,9
Lambat (> 5 menit)	3	9,1
Total	33	100

Berdasarkan Tabel 4.2 diketahui bahwa, hampir seluruh *response time* perawat dalam menangani pasien komplikasi lanjut di IGD (90,9%) dilakukan dengan cepat yaitu sekitar 1 sampai 4 menit 50 detik sejak tiba di IGD dan sebagian kecil *response time* perawat dalam menangani pasien komplikasi lanjut di IGD (9,1%) dilakukan dengan lambat yaitu sekitar 5 menit 20 detik.

2. Ketepatan Triase

Gambaran hasil observasi ketepatan triase dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Ketepatan Triase

Ketepatan Triase	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tepat	23	69,7
Tidak Tepat	10	30,3
Total	33	100

Berdasarkan Tabel 4.3 diketahui bahwa, sebagian besar pasien (69,7%) dilakukan triase yang tepat oleh perawat, dan hampir setengahnya pasien (30,3%) dilakukan triase yang tidak tepat oleh perawat.

3. Kepatuhan terhadap SOP

Gambaran hasil observasi kepatuhan terhadap SOP dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kepatuhan terhadap SOP

Kepatuhan SOP	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Patuh	24	72,7
Tidak Patuh	9	27,3
Total	33	100

Berdasarkan Tabel 4.4 diketahui bahwa, sebagian besar pasien (72,7%) mendapatkan pelayanan oleh perawat yang patuh terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dan hampir setengahnya pasien (27,3%) mendapatkan pelayanan oleh tenaga kesehatan yang tidak patuh terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP)

4. Kompetensi Perawat

Gambaran hasil observasi kompetensi perawat dalam penanganan pasien komplikasi lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kompetensi Perawat

Kompetensi Tenaga Kesehatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kompeten	28	84,8
Tidak Kompeten	5	15,2
Total	33	100

Berdasarkan Tabel 4.5 diketahui bahwa, hampir seluruhnya perawat (84,8%) kompeten dan sebagian kecil (15,2%) tidak kompeten.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gambaran *Response Time* pada Pasien Komplikasi Lanjut di IGD

RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 4.2, hampir seluruh *response time* perawat dalam menangani pasien komplikasi lanjut di IGD (90,9%) dilakukan dengan cepat yaitu sekitar 1 sampai 4 menit 50 detik sejak tiba di IGD dan sebagian kecil *response time* perawat dalam menangani pasien komplikasi lanjut di IGD (9,1%) dilakukan dengan lambat yaitu sekitar 5 menit 20 detik. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pelayanan awal di IGD RSUD dr. Slamet Garut telah memenuhi standar waktu tanggap pelayanan kegawatdaruratan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa koordinasi antara petugas triase, perawat, dokter jaga, dan tenaga kesehatan lainnya telah berjalan dengan baik sehingga pasien dapat segera memperoleh tindakan sesuai tingkat kegawatannya. Meskipun demikian, masih terdapat sebagian kecil pasien yang mengalami keterlambatan penanganan, yang berdasarkan hasil observasi peneliti umumnya terjadi pada saat *overcrowding*, meningkatnya jumlah pasien rujukan, keterbatasan ruang observasi, serta tingginya beban kerja tenaga kesehatan pada jam-jam tertentu. Berdasarkan karakteristik responden, mayoritas perawat berada pada usia 20–29 tahun, berpendidikan Profesi Ners, dan memiliki lama kerja 3 tahun. Karakteristik tersebut secara deskriptif menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berada pada usia produktif dengan latar belakang pendidikan profesional dan pengalaman kerja di IGD yang dapat mendukung pelaksanaan pelayanan yang cepat dan tepat.

Menurut Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen utama, yaitu *structure*, *process*, dan *outcome*. *Response time* termasuk ke dalam komponen *process* karena mencerminkan kecepatan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Semakin baik proses pelayanan yang diberikan, maka semakin besar peluang tercapainya *outcome* berupa penurunan komplikasi lanjut, peningkatan keselamatan pasien, serta luaran klinis yang lebih baik. Devita et al. (2010) mengungkapkan bahwa keterlambatan *response time* di Instalasi Gawat Darurat umumnya dipengaruhi oleh *overcrowding*, tingginya jumlah kunjungan pasien, keterbatasan ruang observasi, serta jumlah tenaga kesehatan yang tidak sebanding dengan beban pelayanan. Kondisi tersebut dapat menghambat pemberian tindakan awal sehingga berpotensi menyebabkan perburukan kondisi pasien.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, yang menyatakan bahwa setiap pasien gawat darurat harus memperoleh pelayanan secara cepat sesuai tingkat kegawatannya, dengan target *response time* maksimal 5 menit pada kasus yang mengancam jiwa. Ketentuan tersebut menjadi salah satu indikator mutu pelayanan kegawatdaruratan yang harus dipenuhi oleh setiap rumah sakit. Hal ini diperkuat oleh WHO (2021) yang mengungkapkan bahwa, pelayanan kegawatdaruratan harus mampu memberikan asesmen, stabilisasi, dan terapi secara cepat pada *golden period*, yaitu periode kritis ketika keberhasilan

penanganan sangat ditentukan oleh kecepatan tindakan medis. Pelayanan yang diberikan pada periode ini berperan penting dalam mencegah terjadinya komplikasi lanjut, kecacatan, maupun kematian. Pendapat tersebut diperkuat oleh Habib dan Sudaryo (2023) yang mengungkapkan bahwa *response time* merupakan salah satu indikator utama mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat. Semakin cepat tenaga kesehatan memberikan pelayanan awal kepada pasien, maka semakin baik kualitas pelayanan kegawatdaruratan yang diberikan dan semakin besar peluang pasien untuk memperoleh luaran klinis yang optimal.

Berdasarkan fakta di lapangan, tingginya persentase *response time* yang memenuhi standar (90,9%) menunjukkan bahwa pelayanan kegawatdaruratan di IGD RSUD dr. Slamet Garut telah berjalan dengan baik dan mampu memberikan penanganan awal secara cepat kepada sebagian besar pasien. Hal tersebut mencerminkan kesiapan sumber daya manusia, pelaksanaan sistem triase yang efektif, serta koordinasi antarprofesi yang mendukung terciptanya pelayanan kegawatdaruratan yang optimal. Namun demikian, masih ditemukannya 9,1% pasien dengan *response time* lebih dari lima menit menunjukkan bahwa rumah sakit tetap perlu melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Peneliti berpendapat bahwa upaya seperti penambahan tenaga kesehatan pada jam-jam sibuk, penguatan sistem manajemen *overcrowding*, optimalisasi ruang observasi, peningkatan koordinasi antarunit, serta pemanfaatan sistem informasi rumah sakit perlu terus dikembangkan. Dengan demikian, seluruh pasien dapat memperoleh

pelayanan sesuai standar waktu tanggap sehingga risiko terjadinya komplikasi lanjut akibat keterlambatan penanganan dapat diminimalkan dan mutu pelayanan kegawatdaruratan di IGD RSUD dr. Slamet Garut semakin meningkat.

4.2.2 Gambaran Ketepatan Triase pada Pasien Komplikasi Lanjut di IGD RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 4.3, sebagian besar pasien (69,7%) dilakukan triase yang tepat oleh perawat, dan hampir setengahnya pasien (30,3%) dilakukan triase yang tidak tepat oleh perawat. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar proses triase di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut telah dilakukan sesuai dengan kondisi klinis pasien. Berdasarkan hasil observasi, proses triase dilakukan segera setelah pasien tiba di IGD melalui pengkajian cepat terhadap *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability* (ABCD), serta kondisi umum pasien untuk menentukan prioritas pelayanan. Pasien dengan kondisi mengancam jiwa langsung diarahkan ke ruang resusitasi, sedangkan pasien dengan kondisi yang lebih stabil ditempatkan sesuai tingkat prioritasnya. Meskipun demikian, masih ditemukannya ketidaktepatan triase sebesar 30,3% menunjukkan bahwa proses triase belum sepenuhnya optimal. Berdasarkan hasil pengamatan, kondisi tersebut lebih sering terjadi ketika terjadi *overcrowding*, meningkatnya jumlah pasien rujukan, keterbatasan waktu pengkajian, serta adanya pasien dengan gejala yang belum spesifik atau kondisi klinis yang cepat berubah sehingga memerlukan *re-triage*. Selain itu, pasien usia lanjut dan pasien dengan penyakit

penyerta (komorbid) memerlukan pengkajian yang lebih komprehensif untuk mencegah terjadinya *undertriage* maupun *overtriage*. Berdasarkan karakteristik responden, mayoritas perawat berusia 20–29 tahun, berpendidikan Profesi Ners, dan memiliki lama kerja 3 tahun. Pendidikan dan pengalaman kerja memberikan dasar dalam melakukan pengkajian serta menentukan prioritas pasien.

Menurut Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen utama, yaitu *structure*, *process*, dan *outcome*. Ketepatan triase merupakan bagian dari komponen *process* karena mencerminkan ketepatan tenaga kesehatan dalam melakukan pengkajian awal dan menentukan prioritas pelayanan sesuai kondisi klinis pasien. Proses pelayanan yang dilakukan secara tepat akan menghasilkan *outcome* yang lebih baik, seperti menurunnya angka komplikasi dan meningkatnya keselamatan pasien. Teori Beveridge (2000) mengungkapkan bahwa triase merupakan proses pengkajian cepat untuk menentukan prioritas pelayanan sehingga pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa memperoleh penanganan terlebih dahulu. Pelaksanaan triase yang tepat memungkinkan sumber daya yang tersedia dimanfaatkan secara efektif sehingga pasien dengan tingkat kegawatan tertinggi segera memperoleh tindakan.

Menurut *Emergency Severity Index* (ESI) Version 5, ketepatan triase ditentukan berdasarkan tingkat kegawatan pasien, kondisi fisiologis, kebutuhan sumber daya, serta risiko perburukan klinis sehingga pasien dapat dikelompokkan ke dalam lima tingkat prioritas pelayanan. Sistem ini

membantu tenaga kesehatan dalam menentukan prioritas pelayanan secara objektif dan konsisten sesuai kondisi klinis pasien. Menurut teori WHO 2021, sistem triase merupakan komponen utama pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan meningkatkan keselamatan pasien melalui penggunaan sumber daya secara efektif. Kesalahan dalam triase, baik berupa *undertriage* maupun *overtriage*, dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis, keterlambatan terapi, meningkatnya risiko komplikasi, hingga kematian.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Putri et al. (2025) yang mengungkapkan bahwa rumah sakit dengan tingkat ketepatan triase yang tinggi memiliki waktu tunggu yang lebih singkat, pelayanan yang lebih efektif, serta angka komplikasi yang lebih rendah. Hal tersebut menunjukkan bahwa ketepatan triase merupakan salah satu indikator penting dalam mewujudkan mutu pelayanan kegawatdaruratan yang optimal.

Berdasarkan fakta di lapangan, persentase ketepatan triase sebesar 69,7% menunjukkan bahwa pelayanan triase di IGD RSUD dr. Slamet Garut telah berjalan cukup baik karena sebagian besar tenaga kesehatan mampu melakukan pengkajian awal dan menentukan prioritas pelayanan sesuai kondisi klinis pasien. Namun, masih ditemukannya ketidaktepatan triase sebesar 30,3% menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan triase masih terdapat kondisi yang dapat memengaruhi akurasi penentuan kategori pasien. Kondisi tersebut dapat terjadi karena adanya perubahan kondisi klinis pasien yang berlangsung cepat, gejala awal yang belum spesifik, serta kompleksitas kasus pada pasien usia lanjut maupun pasien dengan penyakit penyerta (komorbid).

Selain itu, situasi pelayanan seperti *overcrowding*, tingginya jumlah pasien yang datang secara bersamaan, dan keterbatasan waktu dalam melakukan pengkajian awal juga dapat memengaruhi ketepatan proses triase dalam menentukan prioritas pelayanan.

4.2.3 Gambaran Kepatuhan terhadap SOP pada Pasien Komplikasi Lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 4.4, sebagian besar pasien (72,7%) mendapatkan pelayanan oleh perawat yang patuh terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dan hampir setengahnya pasien (27,3%) mendapatkan pelayanan oleh tenaga kesehatan yang tidak patuh terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP). Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut telah melaksanakan pelayanan sesuai prosedur yang ditetapkan rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi selama penelitian, kepatuhan terhadap SOP terlihat dari pelaksanaan pengkajian awal menggunakan pendekatan **ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)**, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemasangan identitas pasien, pemberian terapi sesuai instruksi medis, dokumentasi tindakan keperawatan, serta pemantauan kondisi pasien secara berkala. Namun demikian, masih ditemukan pelayanan yang belum sepenuhnya sesuai SOP, yang umumnya terjadi pada kondisi **overcrowding**, meningkatnya jumlah pasien rujukan, keterbatasan tenaga kesehatan pada jam-jam tertentu, tingginya kompleksitas kasus, serta proses *boarding* pasien ke ruang rawat inap. Pada situasi tersebut, tenaga kesehatan lebih

memprioritaskan tindakan penyelamatan jiwa sehingga beberapa tahapan administratif dan dokumentasi belum dapat diselesaikan secara optimal pada waktu yang bersamaan. Berdasarkan karakteristik responden, mayoritas perawat berusia 20–29 tahun, berpendidikan Profesi Ners, dan memiliki lama kerja 3 tahun. Karakteristik pendidikan dan pengalaman kerja tersebut dapat menjadi gambaran pendukung dalam pelaksanaan pelayanan sesuai SOP.

Menurut Donabedian (1988), kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan bagian dari komponen *process* dalam mutu pelayanan kesehatan. Proses pelayanan yang dilaksanakan sesuai standar akan menghasilkan *outcome* yang lebih baik, seperti meningkatnya keselamatan pasien, menurunnya angka komplikasi, dan meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit. Teori Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan menyatakan bahwa pelayanan di Instalasi Gawat Darurat harus dilaksanakan berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang meliputi proses triase, asesmen awal, stabilisasi pasien, pemberian terapi, rujukan, serta dokumentasi pelayanan. Hal ini sejalan dengan teori WHO 2021, yang mengungkapkan bahwa, kepatuhan terhadap standar pelayanan merupakan salah satu komponen utama dalam sistem *patient safety* karena mampu mengurangi kejadian tidak diharapkan (*adverse events*), meningkatkan koordinasi antarprofesi, serta menjamin pelayanan yang aman dan bermutu.

Menurut WHO (2021), kepatuhan terhadap standar pelayanan merupakan bagian penting dari sistem *patient safety* karena dapat mengurangi

kejadian yang tidak diharapkan (*adverse events*) dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Wiegmann et al. (2022), yang mengungkapkan bahwa, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP) merupakan salah satu bentuk pengendalian yang dapat mengurangi terjadinya kesalahan pelayanan dan meningkatkan keselamatan pasien

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Robby et al. (2025) yang menyatakan bahwa kepatuhan terhadap SOP berperan dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Selain itu, penelitian tersebut menjelaskan bahwa kepatuhan terhadap SOP dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain kompetensi tenaga kesehatan, pengalaman kerja, supervisi, budaya keselamatan pasien, ketersediaan sarana dan prasarana, serta beban kerja di Instalasi Gawat Darurat.

Berdasarkan fakta di lapangan, tingginya persentase kepatuhan terhadap SOP sebesar 72,7% menunjukkan bahwa tenaga kesehatan di IGD RSUD dr. Slamet Garut telah memiliki komitmen yang baik dalam memberikan pelayanan sesuai standar yang berlaku. Kepatuhan tersebut menjadi salah satu faktor penting dalam menjaga mutu pelayanan kegawatdaruratan dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi lanjut pada pasien. Namun, masih ditemukannya 27,3% pelayanan yang belum sepenuhnya sesuai SOP menunjukkan bahwa peningkatan mutu pelayanan perlu terus dilakukan. Peneliti berpendapat bahwa ketidakpatuhan terhadap SOP tidak selalu disebabkan oleh rendahnya kompetensi tenaga kesehatan, tetapi lebih dipengaruhi oleh faktor sistem seperti *overcrowding*, tingginya

beban kerja, keterbatasan sumber daya manusia, serta kompleksitas kasus yang ditangani secara bersamaan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan audit kepatuhan SOP secara berkala, supervisi oleh kepala ruangan, pelatihan dan penyegaran SOP kegawatdaruratan, penguatan budaya keselamatan pasien, penyesuaian jumlah tenaga kesehatan dengan beban kerja, serta optimalisasi sistem informasi dan alur pelayanan. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terhadap SOP sehingga mutu pelayanan di IGD RSUD dr. Slamet Garut semakin baik dan risiko terjadinya komplikasi lanjut pada pasien dapat diminimalkan.

4.2.4 Gambaran Kompetensi Perawat Yang Menangani Pasien Komplikasi Lanjut di IGD RSUD dr Slamet Garut

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 4.5, hampir seluruhnya perawat (84,8%) kompeten dan sebagian kecil (15,2%) tidak kompeten. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kompetensi perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut secara umum berada pada kategori baik. Berdasarkan hasil observasi, sebagian besar perawat mampu melakukan pengkajian awal pasien secara sistematis menggunakan pendekatan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, mengenali perubahan kondisi pasien, melaksanakan tindakan kegawatdaruratan sesuai kewenangan, berkolaborasi dengan dokter, serta mendokumentasikan pelayanan secara lengkap. Selain itu, komunikasi antarperawat maupun dengan dokter jaga berjalan dengan baik, terutama pada proses *handover*, pelaporan perubahan kondisi pasien, dan koordinasi tindakan

medis. Berdasarkan karakteristik responden, mayoritas perawat berusia 20–29 tahun, berpendidikan Profesi Ners, dan memiliki lama kerja 3 tahun. Latar belakang pendidikan profesional dan pengalaman kerja memberikan dasar bagi pelaksanaan kompetensi keperawatan di IGD. Hal ini secara deskriptif sejalan dengan tingginya proporsi perawat yang kompeten.

Masih ditemukan 15,2% perawat yang belum memenuhi seluruh indikator kompetensi. Berdasarkan hasil pengamatan, kondisi tersebut dipengaruhi oleh variasi pengalaman kerja, tingginya beban kerja saat terjadi *overcrowding*, kompleksitas kasus pasien, serta belum meratanya kesempatan mengikuti pelatihan kegawatdaruratan sehingga dapat memengaruhi ketepatan pengambilan keputusan klinis dan efektivitas tindakan.

Menurut Donabedian (1988), kompetensi tenaga kesehatan merupakan bagian dari komponen *structure* dalam mutu pelayanan kesehatan. Komponen *structure* mencakup sumber daya manusia, fasilitas, serta organisasi pelayanan yang mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan yang berkualitas. Struktur yang baik akan mendukung proses pelayanan (*process*) yang optimal sehingga menghasilkan *outcome* berupa meningkatnya keselamatan pasien, menurunnya angka komplikasi, dan meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yang menjelaskan bahwa setiap perawat wajib memiliki kompetensi profesional sesuai standar praktik keperawatan yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, serta pengembangan kemampuan secara berkelanjutan. Kompetensi tersebut menjadi dasar bagi

perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, bertanggung jawab, dan sesuai dengan kewenangannya. Ketentuan tersebut diperkuat oleh Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa setiap tenaga kesehatan harus memiliki kompetensi yang dibuktikan melalui pendidikan, registrasi, serta pengembangan profesional berkelanjutan (*Continuing Professional Development/CPD*) agar mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Menurut WHO 2021, tenaga kesehatan yang kompeten merupakan salah satu komponen utama dalam sistem pelayanan kegawatdaruratan yang efektif. Kompetensi tenaga kesehatan berperan dalam meningkatkan kualitas pelayanan melalui kemampuan melakukan asesmen cepat, stabilisasi pasien, pengambilan keputusan klinis yang tepat, komunikasi yang efektif, serta mengurangi terjadinya kesalahan medis sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Habibi Soola et al. (2022) yang mengungkapkan bahwa, kompetensi perawat berupa kemampuan melakukan asesmen, pengambilan keputusan klinis, komunikasi, dan kolaborasi dalam menentukan prioritas pelayanan pasien gawat darurat. Kompetensi tersebut berpengaruh terhadap kualitas keputusan klinis selama proses triase

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Coggan et al. (2025) yang menyatakan bahwa kompetensi tenaga kesehatan berperan penting dalam kemampuan melakukan asesmen cepat, stabilisasi pasien, kolaborasi antarprofesi, pengambilan keputusan klinis, serta menurunkan risiko kesalahan

tindakan pada pasien gawat darurat. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kompetensi tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor penting dalam mendukung mutu pelayanan kegawatdaruratan.

Berdasarkan fakta di lapangan, tingginya persentase perawat yang kompeten sebesar 84,8% menunjukkan bahwa kualitas sumber daya manusia di IGD RSUD dr. Slamet Garut telah mendukung terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang profesional dan berorientasi pada keselamatan pasien. Kompetensi tersebut didukung oleh latar belakang pendidikan, pengalaman bekerja di IGD, serta kepemilikan sertifikat pelatihan kegawatdaruratan seperti *Basic Life Support* (BLS), *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS), *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), Pelatihan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD), dan pelatihan triase. Namun demikian, masih ditemukannya 15,2% perawat yang belum memenuhi seluruh indikator kompetensi menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas sumber daya manusia perlu dilakukan secara berkelanjutan. Peneliti berpendapat bahwa rumah sakit perlu memberikan kesempatan yang merata bagi seluruh perawat untuk mengikuti pelatihan dan sertifikasi kegawatdaruratan, simulasi kasus (*simulation drill*), *clinical conference*, program *mentoring* bagi perawat baru, serta evaluasi kompetensi melalui *credentialing* dan *recredentialing* secara berkala. Selain peningkatan keterampilan teknis, pengembangan kompetensi juga perlu difokuskan pada kemampuan berpikir kritis, komunikasi efektif, kepemimpinan klinis, dan kerja sama tim agar pelayanan di IGD RSUD dr. Slamet Garut semakin optimal,

aman, dan mampu meminimalkan risiko terjadinya komplikasi lanjut pada pasien.

4.2.5 Gambaran Faktor Pelayanan sebagai Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa secara keseluruhan faktor pelayanan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut berada pada kategori baik. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya proporsi *response time* yang sesuai standar sebesar 90,9%, ketepatan triase sebesar 69,7%, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) sebesar 72,7%, dan kompetensi perawat sebesar 84,8%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pelayanan kegawatdaruratan telah dilaksanakan sesuai standar sehingga mampu mendukung penanganan pasien secara cepat, tepat, aman, dan efektif. Berdasarkan hasil observasi, pelayanan di IGD dilaksanakan secara sistematis mulai dari penerimaan pasien, pelaksanaan triase, pengkajian awal menggunakan pendekatan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), pemberian tindakan kegawatdaruratan, observasi, hingga proses rujukan ke ruang perawatan lanjutan.

Masih ditemukan beberapa indikator yang belum optimal, yaitu 9,1% pasien mengalami *response time* lebih dari lima menit, 30,3% mengalami ketidaktepatan triase, 27,3% pelayanan belum sepenuhnya sesuai SOP, dan 15,2% pelayanan diberikan oleh perawat yang belum memenuhi seluruh indikator kompetensi. Berdasarkan fakta di lapangan, kondisi tersebut umumnya terjadi ketika terjadi overcrowding, meningkatnya jumlah pasien

rujukan, keterbatasan tenaga kesehatan, proses boarding akibat keterbatasan tempat tidur rawat inap, serta tingginya kompleksitas kasus yang harus ditangani secara bersamaan.

Menurut Avedis Donabedian (1988), mutu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen utama, yaitu *structure*, *process*, dan *outcome*. Struktur meliputi ketersediaan sumber daya manusia, sarana-prasarana, serta sistem organisasi pelayanan. Proses mencakup pelaksanaan pelayanan seperti response time, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), dan kompetensi perawat. Adapun outcome merupakan hasil pelayanan yang tercermin dari keselamatan pasien, keberhasilan terapi, kepuasan pasien, serta menurunnya komplikasi dan angka kematian. Donabedian menegaskan bahwa semakin baik kualitas struktur dan proses pelayanan, maka semakin baik pula luaran yang diterima pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Institute of Medicine (IOM) (2001) yang mengungkapkan bahwa, konsep mutu pelayanan ada enam dimensi utama, yaitu *safe*, *effective*, *patient-centered*, *timely*, *efficient*, dan *equitable*. Pada pelayanan gawat darurat, dimensi *timely* memiliki peranan yang sangat penting karena kecepatan pelayanan menentukan keberhasilan penanganan pasien dalam kondisi kritis. Pelayanan yang cepat, tepat, dan aman akan meningkatkan peluang keselamatan pasien sekaligus menurunkan risiko komplikasi lanjut.

Hasil penelitian ini dipertegas oleh R. Adams Cowley yang mengungkapkan bahwa, satu jam pertama setelah terjadinya kondisi kegawatdaruratan merupakan periode paling menentukan dalam penyelamatan

pasien. Penanganan yang cepat pada periode ini mampu mencegah hipoksia, syok, kegagalan organ, maupun kematian sehingga menjadi dasar penting dalam pelayanan di Instalasi Gawat Darurat. Menurut Christ dkk. (2010) mengungkapkan bahwa, sistem triase yang akurat berperan penting dalam menentukan prioritas pelayanan sehingga pasien dengan kondisi mengancam jiwa memperoleh tindakan lebih cepat. Hal ini sejalan dengan penelitian Devita dkk. (2010) yang mengungkapkan bahwa, ketidaktepatan triase berupa *undertriage* maupun *overtriage*, dapat meningkatkan risiko keterlambatan terapi, *adverse event*, serta mortalitas pasien.

Menurut Morley dkk. (2018) mengungkapkan bahwa kondisi *overcrowding* di Instalasi Gawat Darurat menyebabkan meningkatnya waktu tunggu pasien, keterlambatan terapi definitif, proses boarding yang lebih lama, serta meningkatnya risiko komplikasi dan kematian. Hal tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan tidak hanya dipengaruhi oleh kompetensi tenaga kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh kapasitas sistem pelayanan rumah sakit. Hal ini diperkuat oleh penelitian Considine dkk. (2019) yang mengungkapkan bahwa kompetensi klinis perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan kecepatan pengambilan keputusan, ketepatan tindakan, serta keberhasilan penanganan pasien gawat darurat. Perawat yang memiliki kompetensi tinggi mampu mengenali kondisi kritis lebih dini sehingga risiko komplikasi dapat diminimalkan. Hal ini sejalan dengan teori World Health Organization (2021) yang menegaskan bahwa, pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas harus mampu memberikan identifikasi dini, stabilisasi pasien, intervensi segera, serta

sistem rujukan yang efektif. WHO menyatakan bahwa keterlambatan pelayanan pada fase awal merupakan salah satu penyebab utama meningkatnya komplikasi dan kematian pada pasien gawat darurat.

Menurut teori International Council of Nurses (2021) menjelaskan bahwa, kompetensi perawat meliputi pengetahuan, keterampilan klinis, kemampuan berpikir kritis, komunikasi efektif, pengambilan keputusan, serta kemampuan melakukan tindakan kegawatdaruratan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan. Kompetensi tersebut harus dipertahankan melalui pendidikan berkelanjutan dan pelatihan kegawatdaruratan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) menegaskan bahwa Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan pedoman baku yang bertujuan menjamin keselamatan pasien, mengurangi variasi tindakan, mencegah kesalahan pelayanan, serta meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Hasil penelitian tersebut diperkuat oleh penelitian Putri dkk. (2022) yang mengungkapkan bahwa, kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP berhubungan dengan menurunnya insiden keselamatan pasien dan meningkatnya kualitas pelayanan di Instalasi Gawat Darurat. Menurut penelitian Siregar dkk. (2023) mengungkapkan bahwa, response time yang cepat berhubungan dengan meningkatnya keberhasilan resusitasi serta menurunnya risiko komplikasi pada pasien kritis. Hasil tersebut didukung oleh penelitian Habib dan Sudaryo (2023) yang menyatakan bahwa keterlambatan response time meningkatkan kemungkinan terjadinya perburukan kondisi klinis selama pasien berada di Instalasi Gawat Darurat. American College of

Emergency Physicians (ACEP) (2023) mengungkapkan bahwa overcrowding berkontribusi terhadap meningkatnya waktu tunggu, medical error, penurunan kualitas pelayanan, dan meningkatnya risiko komplikasi pada pasien.

Berdasarkan fakta dilapangan faktor pelayanan memiliki peran penting sebagai determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar indikator pelayanan berada pada kategori baik mengindikasikan bahwa proses pelayanan telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dijelaskan oleh Donabedian, yaitu melalui pelaksanaan pelayanan yang cepat, tepat, sesuai standar, dan didukung oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Kondisi tersebut memungkinkan pasien memperoleh penanganan secara dini sehingga dapat mempertahankan stabilitas kondisi klinis dan meminimalkan risiko terjadinya komplikasi lanjut.

Masih ditemukannya indikator pelayanan yang belum optimal menunjukkan bahwa, setiap komponen pelayanan, yaitu *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), dan kompetensi perawat, merupakan bagian yang saling berkaitan dalam menentukan kualitas penanganan pasien gawat darurat. Ketidaksesuaian pada salah satu komponen tersebut berpotensi menyebabkan keterlambatan identifikasi, penentuan prioritas, maupun pemberian tindakan kegawatdaruratan, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya perburukan kondisi klinis yang berlanjut menjadi komplikasi.

Penelitian ini memberikan gambaran bahwa faktor pelayanan bukan hanya mencerminkan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat, tetapi juga merupakan determinan yang berperan dalam terjadinya komplikasi lanjut pada pasien. Semakin optimal pelaksanaan pelayanan sesuai standar, semakin besar peluang mencegah terjadinya komplikasi lanjut, sedangkan penurunan mutu pada salah satu indikator pelayanan berpotensi meningkatkan risiko komplikasi selama proses penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat

4.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan sesuai dengan prosedur penelitian yang telah ditetapkan. Namun demikian, terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menginterpretasikan hasil penelitian.

1. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif sehingga hasil penelitian hanya menggambarkan faktor-faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Slamet Garut berdasarkan variabel yang diteliti, tanpa menganalisis hubungan sebab akibat antarvariabel.
2. Selama proses pengumpulan data, peneliti menghadapi beberapa hambatan, di antaranya tingginya aktivitas pelayanan di IGD, kondisi *overcrowding*, serta beban kerja perawat yang tinggi, sehingga waktu untuk melakukan observasi dan pengisian instrumen penelitian harus disesuaikan dengan kondisi pelayanan agar tidak mengganggu proses pemberian asuhan kepada pasien.

3. Jumlah sampel perawat yang diperoleh selama periode penelitian belum mencapai jumlah sampel yang direncanakan pada tahap awal. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh sistem penjadwalan dinas (*shift*) perawat, serta penerapan kriteria inklusi yang mengharuskan hanya perawat yang secara langsung memberikan pelayanan kepada pasien komplikasi lanjut yang dapat dijadikan responden. Meskipun demikian, seluruh perawat yang menjadi responden telah memenuhi kriteria penelitian sehingga data yang diperoleh tetap mampu memberikan gambaran mengenai faktor-faktor determinan terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di IGD RSUD dr. Slamet Garut.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran *response time* pada pasien komplikasi lanjut di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut menunjukkan bahwa hampir seluruh pasien memperoleh *response time* yang sesuai dengan standar pelayanan kegawatdaruratan.
2. Gambaran ketepatan triase pada pasien komplikasi lanjut di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien telah memperoleh penentuan triase yang sesuai dengan kondisi klinisnya.
3. Gambaran kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) pada pasien komplikasi lanjut di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut menunjukkan bahwa sebagian besar pelayanan telah dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku.
4. Gambaran kompetensi perawat yang menangani pasien komplikasi lanjut di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut menunjukkan bahwa hampir seluruh perawat memiliki kompetensi yang memadai dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan.
5. Gambaran faktor determinan (faktor pelayanan) terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut secara

umum berada dalam kategori baik, yang ditunjukkan oleh pelaksanaan *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), dan kompetensi perawat yang sebagian besar telah sesuai dengan standar pelayanan kegawatdaruratan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit RSUD dr. Slamet Garut

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen RSUD dr. Slamet Garut dalam meningkatkan mutu pelayanan kegawatdaruratan. Rumah sakit diharapkan melakukan upaya peningkatan dan pemantauan secara berkelanjutan terhadap *response time*, ketepatan triase, kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP), dan kompetensi perawat dengan target pencapaian 100% sesuai standar pelayanan yang ditetapkan. Peningkatan tersebut dapat dilakukan melalui supervisi dan evaluasi berkala, penguatan penerapan SOP, serta monitoring kepatuhan perawat dalam setiap pelayanan kegawatdaruratan. Selain itu, rumah sakit diharapkan memberikan pelatihan kegawatdaruratan secara berkelanjutan, seperti BTCLS, BLS, ACLS, PPGD, pelatihan triase, dan simulasi kegawatdaruratan, serta memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengikuti studi lanjut sesuai kebutuhan pelayanan dan pengembangan kompetensi. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan profesionalisme perawat, mempertahankan kualitas pelayanan,

meningkatkan keselamatan pasien, dan meminimalkan risiko terjadinya komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat..

2. Bagi Perawat

Perawat dan tenaga kesehatan diharapkan terus meningkatkan kompetensi profesional melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan kegawatdaruratan, pembaruan sertifikasi, serta penerapan pelayanan sesuai Standar Operasional Prosedur. Peningkatan kompetensi tersebut diharapkan mampu mempertahankan mutu pelayanan, meningkatkan keselamatan pasien, serta mengurangi risiko terjadinya komplikasi lanjut pada pasien yang mendapatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar (*baseline*) bagi penelitian selanjutnya. Peneliti berikutnya disarankan menggunakan desain analitik, seperti *cross sectional*, *case control*, atau *cohort*, sehingga dapat menganalisis hubungan maupun pengaruh faktor pelayanan terhadap kejadian komplikasi lanjut pada pasien di Instalasi Gawat Darurat. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat menambahkan variabel lain, seperti faktor pasien (usia, komorbiditas, tingkat keparahan penyakit), faktor sistem pelayanan, beban kerja tenaga kesehatan, ketersediaan sarana prasarana, serta *overcrowding* untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai determinan terjadinya komplikasi lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2019). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A., Jr. (2003). *A conceptual model of emergency department crowding*. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173–180. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
- Burgess, L., Ray-Barruel, G., & Kynoch, K. (2022). *Association between emergency department length of stay and patient outcomes: A systematic review*. *Research in Nursing & Health*, 45(1), 59–93. <https://doi.org/10.1002/nur.22201>
- Calder, L. A., Forster, A. J., Nelson, M., Leclair, J., Perry, J. J., Vaillancourt, C., Hébert, G., Cwinn, A. A., Wells, G., & Stiell, I. G. (2010). *Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: A prospective cohort study*. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 12(5), 421–430. <https://doi.org/10.1017/S1481803500012574>
- Considine, J., Curtis, K., Shaban, R. Z., & Fry, M. (2022). Emergency Nurses' Competence In Recognizing And Responding To Patient Deterioration. *Australasian Emergency Care*, 25(3), 145–152.
- Devita, Y., Pertiwi, M., Wardah., & Gasril, P. (2023). Faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase Modern Canadian Acquity System (CTAS). *Photon: Jurnal Sains dan Kesehatan*, 13(2). DOI: <https://doi.org/10.37859/jp.v13i2.4321>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Forster, A. J., Rose, N. G. W., van Walraven, C., & Stiell, I. (2007). *Adverse events following an emergency department visit*. *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 17–22. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.017384>
- Hall, J. E., & Hall, M. E. (2021). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (14th ed.). Elsevier.
- Hastono, S. P. (2020). *Analisis Data pada Bidang Kesehatan*.

Hendrie, J., Sammartino, L., Silvapulle, M. J., & Braitberg, G. (2007). *Experience in adverse events detection in an emergency department: Nature of events*. *Emergency Medicine Australasia*, 19(1), 9–15.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2006.00897.x>

- Kemenkes RI. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*.
- Kemenkes RI. (2020). *Kamus Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2025). *Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Bidang Pelayanan Medik*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Leggett, E., Haan, S., Mendoza, A., Pourmand, A., Sommerkamp, S., Chasm, R., Adler, J., Bond, M. C., & Tran, Q. K. (2025). Are There Benefits to Observation Units in the Emergency Departments: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14, 4333. <https://doi.org/10.3390/jcm14124333>.
- Liu, S. W., Singer, S. J., Sun, B. C., & Camargo, C. A. (2011). A Conceptual Model for Assessing Quality of Care for Patients Boarding in the Emergency Department: Structure-ProcessOutcome. *Acad Emerg Med*, 18(4), 430-435. Doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01033.x.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing The Gap In A Generation: Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Mirhaghi, A., Kooshari, H., Esmaeili, H., & Ebrahimi, M. (2019). The Reliability Of Emergency Severity Index: Meta-Analysis. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(4), e46.
- Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G., Lapointe, J., et al. (2015). *Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system*. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78(6), 1168–1175. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000663>
- Newman-Toker, D. E., Peterson, S. M., Badihian, S., Hassoon, A., Nassery, N., Parizadeh, D., Wilson, L. M., Jia, Y., Omron, R., Tharmarajah, S., Guerin, L., Bastani, P. B., Fracica, E. A., Kotwal, S., & Robinson, K. A. (2022). *Diagnostic Errors in the Emergency Department: A Systematic Review*. Comparative Effectiveness Review No. 258. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER258>
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.
- Purwacaraka, M., Erwansyah, R. A., Hidayat, S. A., & Farida. (2024). Hubungan Ketepatan Triase Dengan Keberhasilan Penatalaksanaan Tindakan Keperawatan Kegawatdaruratan Ruang IGD Di Rumah Sakit Daerah Tulungagung. *Professional Health Journal*, 5(2), 597–605. DOI: 10.54832/phj.v5i2.681.
- Rachma, S., Hidayat, E., & Situmorang, B. H. L. (2023). Efektivitas Penerapan ESI (Emergency Severity Index) terhadap Response Time Triage di Instalasi Gawat Darurat RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(3). DOI: 10.31004/jkt.v4i3.19038.
- Robby, K. N. A., Nurjazuli, N., Izzah, L., Tallapessy, A., & Astuti, I. S. W. (2025). From Structure to Outcome: The Role of the Donabedian Model in Global Health Service Management Research (1987–2024). *E3S Web of Conferences*, 650, 02025. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202565002025>.
- Sari, N., Haryanto, J., & Nursalam. (2015). Hubungan Response Time Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan*, 6(1), 45–52.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Stang, A. S., Wingert, A. S., Hartling, L., & Plint, A. C. (2013). *Adverse events related to emergency department care: A systematic review*. PLOS ONE, 8(9), e74214. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074214>
- Sugiyono. (2023). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sunarti, D. (2022). Beban Kerja Perawat Berhubungan dengan Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di IGD RSUD Kota Bogor Tahun 2022. *Indonesian Scholar Journal of Nursing and Midwifery Science*, 2(5). <https://doi.org/10.54402/isjnm.v2i05.295>.
- Vincent, J. L., & De Backer, D. (2013). *Circulatory shock*. New England Journal of Medicine, 369(18), 1726–1734.
- WHO. (2019). *72nd World Health Assembly adopts resolution on emergency and trauma care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). *Emergency and Trauma Care: Report by the Director-General*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2019). *Emergency Care Systems for Universal Health Coverage: Ensuring Timely Care for The Acutely Ill and Injured (WHA72.16)*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2019). *Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Health Organization.
WHO. (2021). *Emergency Care Systems Framework*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). *Social Determinants Of Health*. Geneva: World Health Organization

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informed Consent

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut:

Nama : Rita Rahmawati Remsis

NIM : KHGC22035

Bermaksud melaksanakan penelitian dengan judul “Gambaran Faktor Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr Slamet Garut” untuk terlaksananya kegiatan tersebut saya mohon kesediaan saudara/i untuk berpartisipasi dengan cara menjawab pertanyaan wawancara yang telah saya buat. Jawaban saudara/i akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila saudara/I berkenan mengisi kuesioner yang terlampir, mohon kiranya saudara/I menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Demikian permohonan saya, atas perhatian serta kerjasama saudara/I dalam penelitian ini.

Penulis,

Rita Rahmawati Remsis

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Informan

LEMBAR PERSETUJUAN INFORMAN

Dengan hormat,

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia untuk menjadi informan pada penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Rita Rahmawati Remsis (KHGC22035), mahasiswi Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang berjudul “Gambaran Faktor Determinan Terjadinya Komplikasi Lanjut Pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr Slamet Garut.”

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Garut, Juni 2026

(.....)

*Lampiran 3 Lembar Checklist Observasi Faktor Pelayanan pada Pasien
Komplikasi Lanjut di IGD*

LEMBAR CHECKLIST OBSERVASI

Judul Penelitian:

Gambaran Faktor Determinan (Faktor Pelayanan) Terjadinya Komplikasi Lanjut pada Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Slamet Garut

No. Responden :

Tanggal Observasi :

Diagnosis :

Observer :

Petunjuk Pengisian

Beri tanda (✓) pada kolom Sesuai (1) apabila kondisi sesuai hasil observasi dan Tidak Sesuai (0) apabila tidak sesuai.

No	Pernyataan	1	0
A. RESPONSE TIME			
RT1	Pasien triase merah mendapatkan penilaian awal (<i>primary survey</i>) ≤ 5 menit sejak tiba di IGD.	☐	☐
RT2	Tenaga kesehatan memberikan tindakan awal kegawatdaruratan ≤ 5 menit setelah pasien triase merah diterima.	☐	☐
RT3	Dokumentasi waktu kedatangan dan waktu tindakan awal dicatat secara lengkap pada rekam medis.	☐	☐
RT4	Seluruh proses pelayanan awal pasien triase merah berlangsung sesuai standar <i>response time</i> IGD.	☐	☐

Catatan waktu:

Waktu pasien datang: WIB

Waktu mendapatkan respons awal: WIB

Response time: menit detik

B. KETEPATAN TRIASE

KT1	Kategori triase yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis pasien berdasarkan hasil observasi.	☐	☐
KT2	Penentuan prioritas pelayanan sesuai dengan tingkat kegawatan pasien.	☐	☐
KT3	Pasien tidak mengalami <i>overtriage</i> maupun <i>undertriage</i> berdasarkan evaluasi kondisi klinis.	☐	☐
KT4	Keputusan triase didokumentasikan sesuai dengan pedoman triase yang berlaku.	☐	☐

C. KEPATUHAN SOP

SOP1	Petugas melakukan primary survey (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) sesuai SOP.	☐	☐
SOP2	Petugas melaksanakan tindakan stabilisasi awal sesuai prosedur pelayanan IGD.	☐	☐
SOP3	Monitoring tanda-tanda vital dilakukan sesuai standar operasional prosedur.	☐	☐
SOP4	Seluruh tindakan pelayanan terdokumentasi lengkap sesuai SOP pelayanan IGD.	☐	☐

D. KOMPETENSI PERAWAT

KP1	Tenaga kesehatan mampu melakukan pengkajian awal pasien kegawatdaruratan secara sistematis.	☐	☐
KP2	Tenaga kesehatan mampu menentukan prioritas tindakan sesuai kondisi pasien.	☐	☐
KP3	Tenaga kesehatan mampu melaksanakan tindakan emergensi sesuai kompetensinya.	☐	☐
KP4	Tenaga kesehatan mampu berkomunikasi dan berkolaborasi dengan tim selama penanganan pasien.	☐	☐

Cara Penilaian

A. Response Time

Jumlah skor = RT1 + RT2 + RT3 + RT4

Kategori	Kriteria
Sesuai Standar	Seluruh indikator menunjukkan pelayanan ≤ 5 menit pada pasien triase merah (skor 4)
Tidak Sesuai Standar	Terdapat satu atau lebih indikator yang menunjukkan pelayanan > 5 menit (skor < 4)

B. Ketepatan Triase

Jumlah skor = KT1 + KT2 + KT3 + KT4

Kategori	Kriteria
Tepat	Semua indikator terpenuhi (skor 4) sehingga kategori triase sesuai kondisi pasien.
Tidak Tepat	Terdapat satu atau lebih indikator tidak terpenuhi (skor < 4).

C. Kepatuhan SOP

Jumlah skor = SOP1 + SOP2 + SOP3 + SOP4

Persentase Kepatuhan

$$\frac{\text{Jumlah Skor}}{4} \times 100\%$$

Kategori	Kriteria
Patuh	$\geq 80\%$ (skor 4)
Tidak Patuh	$< 80\%$ (skor 0–3)

D. Kompetensi Tenaga Kesehatan

Jumlah skor = KTK1 + KTK2 + KTK3 + KTK4

Persentase

$$\frac{\text{Jumlah Skor}}{4} \times 100\%$$

Kategori	Kriteria
Kompeten	$\geq 80\%$ (skor 4)
Tidak Kompeten	$< 80\%$ (skor 0–3)

Rekapitulasi Hasil Observasi

Variabel	Skor	Persentase	Kategori
<i>Response Time</i>			
Ketepatan Triase			
Kepatuhan SOP			
Kompetensi Tenaga Kesehatan			

Keterangan Kode

- 1 = Sesuai
- 0 = Tidak Sesuai

Lampiran 4 Karakteristik Responden Hasil Uji Validitas

No	Karakteristik Responden						Response Time				Skor	Ketepatan Triase				Skor	Kepatuhan SOP				Skor	Kompetensi Perawat				Skor	Hasil	
	Tgl	Nama	JK	Pendidikan	Lama Kerja	Komplikasi Lanjut yang Ditangani	RT1	RT2	RT3	RT4		KT1	KT2	KT3	KT4		SOP1	SOP2	SOP3	SOP4		KTK1	KTK2	KTK3	KTK4		Total	Interpretasi
1	01/07/2026	P1	L	Profesi Ners	3 Tahun	Syok Hipovolemik (akibat kehilangan cairan/dehidrasi)	1	1	0	0	2	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1	0	1	1	3	9	Cukup
2	01/07/2026	P2	L	Profesi Ners	20 Tahun	Gagal Organ (Gagal Napas)	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	1	1	1	1	4	15	Baik
3	01/07/2026	P3	P	Profesi Ners	3 Tahun	Gagal Organ (krisis hiperglikemia dapat menyebabkan disfungsi multi organ)	1	1	0	1	3	0	1	1	0	2	0	1	0	1	2	1	0	0	1	2	9	Cukup
4	01/07/2026	P4	L	Profesi Ners	20 Tahun	Syok Hipovolemik	1	1	1	0	3	1	1	0	1	3	1	1	1	0	3	1	1	1	1	4	13	Baik
5	01/07/2026	P5	L	Profesi Ners	3 Tahun	Syok (Dengue Shock Syndrome)	1	0	1	1	3	0	0	1	1	2	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	9	Cukup
6	02/07/2026	P6	L	Profesi Ners	15 Tahun	Lainnya (Sepsis) bila infeksi meluas	1	1	1	1	4	1	1	0	1	3	0	1	0	1	2	1	1	1	1	4	13	Baik
7	02/07/2026	P7	L	Profesi Ners	7 Tahun	Gagal Organ (Jantung)	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	16	Baik
8	02/07/2026	P8	P	Profesi Ners	20 Tahun	Gagal Organ (Neurologis)	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	16	Baik
9	02/07/2026	P9	L	Profesi Ners	7 Tahun	Gagal Organ (Neurologis)	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	15	Baik
10	03/07/2026	P10	L	Sarjana Keperawatan	7 Tahun	Gagal Organ Multipel	1	1	1	0	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	14	Baik
11	03/07/2026	P11	P	Profesi Ners	3 Tahun	Gagal Organ (Neurologis)	1	1	0	1	3	1	1	1	0	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	13	Baik
12	03/07/2026	P12	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Syok Hipovolemik	1	1	1	0	3	1	0	0	1	2	0	1	0	1	2	1	1	1	0	3	10	Cukup
13	03/07/2026	P13	L	Diploma III	3 Tahun	Gagal Organ (Gagal Napas)	0	1	1	1	3	1	0	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	14	Baik
14	03/07/2026	P14	L	Diploma III	3 Tahun	Gagal Organ Multipel	0	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	1	1	1	1	4	14	Baik
15	03/07/2026	P15	L	Diploma III	3 Tahun	Syok Hipovolemik	1	0	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	15	Baik
16	04/07/2026	P16	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal Organ Multipel	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	15	Baik
17	04/07/2026	P17	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal Organ (Neurologis)	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	0	0	1	2	1	1	1	1	4	14	Baik
18	05/07/2026	P18	L	Sarjana Keperawatan	8 Tahun	Meningitis	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	1	0	0	1	2	1	1	1	1	4	13	Baik
19	05/07/2026	P19	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal Organ (Neurologis)	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	14	Baik
20	05/07/2026	P20	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal Organ Multipel	0	1	1	0	2	0	1	0	1	2	1	1	0	1	3	1	1	0	1	3	10	Cukup
21	06/07/2026	P21	L	Diploma III	3 Tahun	Gagal Organ (Jantung)	1	1	1	0	3	0	0	1	1	2	1	0	1	1	3	0	1	0	1	2	10	Cukup
22	06/07/2026	P22	L	Profesi Ners	7 Tahun	Gagal Organ (Gagal Napas)	1	1	1	1	4	1	0	1	1	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	14	Baik
23	07/07/2026	P23	P	Profesi Ners	3 Tahun	Syok Hipovolemik	1	1	0	1	3	0	1	1	1	3	0	1	1	1	3	1	0	1	1	3	12	Cukup
24	07/07/2026	P24	L	Profesi Ners	7 Tahun	Perdarahan Sakuran Cerna Akut	1	0	1	1	3	1	0	1	1	3	1	1	1	0	3	1	1	1	1	4	13	Baik
25	07/07/2026	P25	L	Profesi Ners	3 Tahun	Ketoasidosis Diabetik (KAD)	1	1	1	0	3	0	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	0	1	1	2	9	Cukup
26	08/07/2026	P26	P	Profesi Ners	7 Tahun	Syok Kardiogenik	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	0	1	1	3	1	1	1	1	4	15	Baik
27	08/07/2026	P27	L	Diploma III	3 Tahun	Sindrom Koroner Akut (ACS)	0	1	1	1	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	14	Baik
28	09/07/2026	P28	L	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal Organ (Acute Kidney Injury/AKI)	1	0	1	1	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	14	Baik
29	09/07/2026	P29	L	Profesi Ners	4 Tahun	Gagal Organ (Gagal Napas)	1	0	1	1	3	0	1	1	1	3	0	1	1	1	3	1	1	1	1	4	13	Baik
30	09/07/2026	P30	P	Sarjana Keperawatan	3 Tahun	Gagal organ (gagal napas/CHF)	1	1	1	0	3	1	0	0	1	2	1	1	1	0	3	1	0	1	0	2	10	Cukup
31	09/07/2026	P31	P	Profesi Ners	8 Tahun	Sindrom koroner akut (NSTEMI)	1	0	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	15	Baik
32	10/07/2026	P32	L	Profesi Ners	3 Tahun	Anemia gravis + ESRD	0	1	1	1	3	0	0	1	1	2	1	0	0	1	2	0	1	1	1	3	10	Cukup
33	10/07/2026	P33	L	Profesi Ners	3 Tahun	Gagal napas (CAP + PPOK)	0	1	0	1	2	0	1	0	1	2	1	1	1	0	3	1	0	1	1	3	10	Cukup

Lampiran 5 Tabel Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Lembar Checklist Observasi

Hasil Uji Validitas Instrumen Lembar *Checklist* Observasi

No.	r_{hitung}	r_{tabel} ($\alpha = 0,050$)	Kesimpulan
1	0,907	0,444	Valid
2	0,747		Valid
3	0,927		Valid
4	0,887		Valid
5	0,645		Valid
6	0,527		Valid
7	0,887		Valid
8	0,985		Valid
9	0,482		Valid
10	0,843		Valid
11	0,985		Valid
12	0,985		Valid
13	0,576		Valid
14	0,645		Valid
15	0,512		Valid
16	0,480		Valid

Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Lembar *Checklist* Observasi

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Batas Minimal	Keterangan
Faktor Determinan (Faktor Pelayanan) Terjadinya Komplikasi Lanjut pada Pasien di IGD	0,952	0,700	Sangat Reliabel

Lampiran 6 Hasil Uji Validitas Olahan SPSS

Correlations																		
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	JUMLAH
P1	Pearson Correlation	1	.780**	.780**	.787**	.545*	.341	.787**	.892**	.419	.787**	.892**	.892**	.454*	.572**	.454*	.454*	.907**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.013	.142	.000	.000	.066	.000	.000	.000	.044	.008	.044	.044	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P2	Pearson Correlation	.780**	1	.780**	.545*	.545*	.341	.545*	.663**	.157	.545*	.663**	.663**	.454*	.572**	.454*	.105	.747**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.013	.013	.142	.013	.001	.508	.013	.001	.001	.044	.008	.044	.660	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P3	Pearson Correlation	.780**	.780**	1	.787**	.545*	.560*	.787**	.892**	.419	.787**	.892**	.892**	.454*	.572**	.454*	.454*	.927**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.013	.010	.000	.000	.066	.000	.000	.000	.044	.008	.044	.044	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P4	Pearson Correlation	.787**	.545*	.787**	1	.467*	.545*	.733**	.882**	.289	.733**	.882**	.882**	.577**	.404	.577**	.577**	.887**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.000		.038	.013	.000	.000	.217	.000	.000	.000	.008	.077	.008	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P5	Pearson Correlation	.545*	.545*	.545*	.467*	1	.061	.467*	.630**	.577**	.467*	.630**	.630**	.577**	.404	.577**	-.192	.645**
	Sig. (2-tailed)	.013	.013	.013	.038		.800	.038	.003	.008	.038	.003	.003	.008	.077	.008	.416	.002
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P6	Pearson Correlation	.341	.341	.560*	.545*	.061	1	.545*	.435	.157	.303	.435	.435	.454*	.279	.105	.454*	.527**
	Sig. (2-tailed)	.142	.142	.010	.013	.800		.013	.055	.508	.195	.055	.055	.044	.234	.660	.044	.017
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P7	Pearson Correlation	.787**	.545*	.787**	.733**	.467*	.545*	1	.882**	.577**	.733**	.882**	.882**	.577**	.728**	.192	.577**	.887**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.000	.000	.038	.013		.000	.008	.000	.000	.000	.008	.000	.416	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P8	Pearson Correlation	.892**	.663**	.892**	.882**	.630**	.435	.882**	1	.491*	.882**	1.000**	1.000**	.509	.642**	.509	.509	.985**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.003	.055	.000		.028	.000	.000	.000	.022	.002	.022	.022	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P9	Pearson Correlation	.419	.157	.419	.289	.577**	.157	.577**	.491*	1	.289	.491*	.491*	.250	.490	-.167	.250	.482*
	Sig. (2-tailed)	.066	.508	.066	.217	.008	.508	.008	.028		.217	.028	.028	.288	.028	.482	.288	.031
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P10	Pearson Correlation	.787**	.545*	.787**	.733**	.467*	.303	.733**	.882**	.289	1	.882**	.882**	.192	.404	.577**	.577**	.843**
	Sig. (2-tailed)	.000	.013	.000	.000	.038	.195	.000	.000	.217		.000	.000	.416	.077	.008	.008	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P11	Pearson Correlation	.892**	.663**	.892**	.882**	.630**	.435	.882**	1.000**	.491*	.882**	1	1.000**	.509	.642**	.509	.509	.985**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.003	.055	.000	.000	.028	.000		.000	.022	.002	.022	.022	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P12	Pearson Correlation	.892**	.663**	.892**	.882**	.630**	.435	.882**	1.000**	.491*	.882**	1.000**	1	.509	.642**	.509	.509	.985**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000	.003	.055	.000	.000	.028	.000	.000		.022	.002	.022	.022	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P13	Pearson Correlation	.454*	.454*	.454*	.577**	.577**	.454*	.577**	.509	.250	.192	.509	.509	1	.327	.444*	-.111	.576**
	Sig. (2-tailed)	.044	.044	.044	.008	.008	.044	.008	.022	.288	.416	.022	.022		.160	.050	.641	.008
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P14	Pearson Correlation	.572**	.572**	.572**	.404	.404	.279	.728**	.642**	.490	.404	.642**	.642**	.327	1	-.140	.327	.645**
	Sig. (2-tailed)	.008	.008	.008	.077	.077	.234	.000	.002	.028	.077	.002	.002	.160		.556	.160	.002
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P15	Pearson Correlation	.454*	.454*	.454*	.577**	.577**	.105	.192	.509	-.167	.577**	.509	.509	.444*	-.140	1	-.111	.512*
	Sig. (2-tailed)	.044	.044	.044	.008	.008	.660	.416	.022	.482	.008	.022	.022	.050	.556		.641	.021
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
P16	Pearson Correlation	.454*	.105	.454*	.577**	-.192	.454*	.577**	.509	.250	.577**	.509	.509	-.111	.327	-.111	1	.480*
	Sig. (2-tailed)	.044	.660	.044	.008	.416	.044	.008	.022	.288	.008	.022	.022	.641	.160	.641		.032
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
JUMLAH	Pearson Correlation	.907**	.747**	.927**	.887**	.645**	.527	.887**	.985**	.482	.843**	.985**	.985**	.576**	.645**	.512*	.480*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.002	.017	.000	.000	.031	.000	.000	.000	.008	.002	.021	.032	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

*Lampiran 7 Hasil Uji Reliabilitas Olahan SPSS***Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	16

Lampiran 8 Formulir Usulan Penelitian

Lampiran 9 Permohonan Izin Studi Pendahuluan Bankesbanpol

Lampiran 10 Surat Balasan RSUD dr Slamet Garut

Lampiran 11 Surat Permohonan Izin Penelitian Dari Kampus

Lampiran 12

Lampiran 13 Surat Balasan Izin Penelitian Dari Bankesbanpol

Lampiran 14 Surat Balasan Izin Penelitian dari RSUD dr Slamet Garut

Lampiran 15 Kode Etik

Lampiran 16 Lembar Bimbingan

No	Tanggal		Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
9	16/07/26	16/07/26	1. BAB IV 2. BAB V	1. Perbaiki teknik penyajian tabel dan interpretase persentase kategori hasil penelitian. 2. Tambahkan penjelasan teori yang mendasari judul penelitian. 3. Tambahkan kajian teori yang mendasari hasil penelitian. 4. Tambahkan hasil penelitian yang berhubungan dengan judul. 5. Pembahasan harus mengandung pola FTO. 6. Perbaiki simpulan dan saran.	
10	29/07/26	29/07/26	1. BAB IV 2. BAB V	1. Tambahkan teori yang melandasi hasil penelitian. 2. Tambahkan hasil penelitian yang relevan dengan judul untuk memperkuat narasi hasil penelitian. 3. Tambahkan keterbatasan penelitian. 4. Perbaiki simpulan penelitian (harus mengacu pada tujuan) 5. Susun abstrak. 6. Susun draf skripsi	

No	Tanggal		Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
8	14/07/26	14/07/26	1. BAB IV 2. BAB V	1. Perbanyak hasil penelitian yang berhubungan dengan judul. 2. Perbaiki daftar pustaka	
9	20/07/26	20/07/26	1. BAB IV 2. BAB V 3. Daftar Pustaka	1. Bab VI, V, dan daftar pustaka ACC	

Lampiran Dokumentasi





RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Rita Rahmawati Remsis
Nomor Induk Mahasiswa : KHGC22035
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 18 Agustus 2004
Alamat : Kp. Cikedokan, RT/RW 01/04, Desa Sukasenang,
Kecamatan Bayongbong, Kabupaten Garut, Provinsi
Jawa Barat
Email : ritaaskep3@gmail.com
Pendidikan : 1. RA Miftahul Barokah (2008-2010)
2. SDN Sukasenang 2 (2010-2016)
3. SMPN 1 Bayongbong (2016-2019)
4. SMK Bhakti Kencana Garut (2019-2022)
5. S1 – Keperawatan Institut Kesehatan Karsa
Husada Garut (2022-2026)