

JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
CENDEKIA UTAMA

- Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Terhadap Memori Jangka Pendek Pada Pasien dengan Stroke Iskemik Di RSUD Kudus Tahun 2013**
Renny Wulan Apriliyasari, Andy Sofyan Prasetyo 1
- Perbedaan Kejadian ISPA Pada Anak Usia *Toddler* Yang Diberi Dan Tidak Beri Vitamin A Di Desa Wotan Wilayah Kerja Puskesmas Sukolilo I Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati**
Mimin Faiqotul Muna, Biyanti Dwi Winarsih 7
- Perbandingan Status Gizi Normal Dan Obesitas Pada Wanita Dewasa Awal Terhadap Siklus Menstruasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Glagah Kulon Kecamatan Dawe Kabupaten Kudus**
Ruth Octaviani, Heriyanti Widyaningsih 17
- Analisis Lingkungan Internal Dan Kompetitor Layanan Trauma Center RSI NU Demak**
Teddy Wahyu Nugroho 23
- Pengalaman Perawat Dalam Pengambilan Keputusan *Triage* Di Instalasi Gawat Darurat RSUD RAA Soewondo Pati**
Noor Faidah, Retty Ratnawati, Setyoadi 35
- Perbedaan Penurunan Fungsi Memori Jangka Pendek Antara Berat Badan Lebih Dan Kurang Dari Normal Pada Anak Usia Sekolah (kelas 1-6)**
Nila Putri Purwandari, Sri hartini 45
- Studi Kualitatif Kualitas Profesionalisme Bidan Di Rumah Sakit Keluarga Sehat Pati**
Heni Widiyastuti, Niken Puspitowati 57
- Studi Kualitatif Pengembangan Media Promosi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Di Pabrik Gula Rendeng Kudus**
Asih Wulandari, Eko Prasetyo 65
- Hubungan Kejadian *Tinea Pedis* (kutu Air) Dengan Praktik Personal Hygiene Pada Pemulung Di TPA Tanjungrejo Kudus**
Dwi Miftahurrohmah, Risna Endah Budiati 77
- Hubungan Status Kadarzi Pada Keluarga Balita Dengan Status Gizi Balita (6-23 Bulan) Di Desa Undaan Kidul Kecamatan Undaan Kabupaten Kudus**
Nafrida Ulfah, Sri Wahyuningsih 85

Vol. 1, No. 2
Oktober, 2013

ISSN : 2252-8865

JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT

CENDEKIA UTAMA

JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
CENDEKIA UTAMA

Penanggung Jawab

dr. Parno Widjojo, AF., Sp.FK(K)

Ketua

Abdul Wachid, M.H.

Sekretaris

Annik Megawati, S.Far., M.Sc., Apt.

Editor

Ir. Munir, M.Si.

Susilo Restu Wahyuno, S.Kom.

Ns. Sholihul Huda, S.Kep.

Ns. Andy Sofyan Prasetyo, S.Kep.

Risna Endah Budiati, S.K.M.

Mitra Bestari

Edy Soesanto, S.Kp., M.Kes (UNIMUS)

Sri Rejeki, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat. (UNIMUS)

Edy Wuryanto, S.Kp., M.Kep. (PPNI Jawa Tengah)

Ida Farida, S.K.M., M.Si. (Dinas Kesehatan Kabupaten)

Aeda Ernawati, S.K.M., M.Si. (Kantor Penelitian dan Pengembangan Kab. Pati)

Periklanan dan Distribusi

M. Husni Mubaroq, S.E.

Sutarno, Amd.

Ali Masud

Penerbit

STIKES Cendekia Utama Kudus

Alamat

Jalan Lingkar Raya Kudus - Pati KM.5 Jepang Mejobo Kudus 59381

Telp. (0291) 4248655, 4248656 Fax. (0291) 4248651

Website : www.jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id

Email : jurnal@stikescendekiautamakudus.ac.id

Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat "Cendekia Utama" merupakan Jurnal Ilmiah dalam bidang Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat yang diterbitkan oleh STIKES Cendekia Utama Kudus secara berkala dua kali dalam satu tahun.

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah bahwa Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat CENDEKIA UTAMA edisi kedua volume 1 dapat terbit dalam bulan Oktober 2013 ini. Berbagai hambatan dapat kita atasi, semoga hambatan-hambatan tersebut tidak akan terjadi lagi pada penerbitan-penerbitan selanjutnya.

Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat CENDEKIA UTAMA menerima artikel ilmiah dari hasil penelitian, laporan/studi kasus, kajian/tinjauan pustaka, maupun penyegar ilmu Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat, yang berorientasi pada kemutakhiran ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat, agar dapat menjadi sumber informasi ilmiah yang mampu memberikan kontribusi dalam mengatasi permasalahan keperawatan dan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks.

Redaksi mengundang berbagai ilmuwan dari berbagai lembaga pendidikan tinggi maupun peneliti untuk memberikan sumbangan ilmiahnya, baik berupa hasil penelitian maupun kajian ilmiah mengenai keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Redaksi sangat mengharapkan masukan-masukan dari para pembaca, professional bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat, atau yang terkait dengan penerbitan, demi meningkatnya kualitas jurnal sebagaimana harapan kita bersama.

Redaksi berharap semoga artikel-artikel ilmiah yang termuat dalam Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat CENDEKIA UTAMA bermanfaat bagi para akademisi dan professional yang berkecimpung dalam dunia keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Pimpinan Redaksi

Abdul Wachid, M.H

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Susunan Dewan Redaksi	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Terhadap Memori Jangka Pendek Pada Pasien dengan Stroke Iskemik Di RSUD Kudus Tahun 2013	1
Perbedaan Kejadian ISPA Pada Anak Usia <i>Toddler</i> Yang Diberi Dan Tidak Beri Vitamin A Di Desa Wotan Wilayah Kerja Puskesmas Sukolilo I Kecamatan Sukolilo Kabupaten Pati	7
Perbandingan Status Gizi Normal Dan Obesitas Pada Wanita Dewasa Awal Terhadap Siklus Menstruasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Glagah Kulon Kecamatan Dawe Kabupaten Kudus	17
Analisis Lingkungan Internal Dan Kompetitor Layanan Trauma Center RSI NU Demak	23
Pengalaman Perawat Dalam Pengambilan Keputusan <i>Triage</i> Di Instalasi Gawat Darurat RSUD RAA Soewondo Pati	35
Perbedaan Penurunan Fungsi Memori Jangka Pendek Antara Berat Badan Lebih Dan Kurang Dari Normal Pada Anak Usia Sekolah (Kelas 1-6)	45
Studi Kualitatif Kualitas Profesionalisme Bidan Di Rumah Sakit Keluarga Sehat Pati	57
Studi Kualitatif Pengembangan Media Promosi Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Di Pabrik Gula Rendeng Kudus	65
Hubungan Kejadian <i>Tinea Pedis</i> (Kutu Air) Dengan Praktik Personal Hygiene Pada Pemulung Di TPA Tanjungrejo Kudus	77
Hubungan Status Kadarzi Pada Keluarga Balita Dengan Status Gizi Balita (6-23 Bulan) Di Desa Undaan Kidul Kecamatan Undaan Kabupaten Kudus	85
Lampiran	
Pedoman penulisan naskah jurnal	93

PENGALAMAN PERAWAT DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN *TRIAGE* DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD RAA SOEWONDO PATI

Noor Faidah¹, Retty Ratnawati², Setyoadi³

¹⁻³Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
mamiinung@yahoo.com

ABSTRAK

Pelayanan di ruang gawat darurat memerlukan tindakan yang bersifat cepat dan tepat, serta pemikiran kritis yang tinggi. Perawat gawat darurat harus mengkaji pasien mereka dengan cepat dan merencanakan intervensi sambil berkolaborasi dengan dokter gawat darurat dan departemen penunjang. Peningkatan jumlah pasien di pelayanan rawat darurat yang mengalami berbagai masalah dari cedera ringan sampai kondisi yang mengancam kehidupan, maka dari itu semua pasien yang datang ke layanan gawat darurat perlu dinilai dan diklasifikasikan dengan menggunakan metode *triage* untuk diprioritaskan yang memiliki masalah yang paling mendesak dan memerlukan perawatan segera. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman perawat dalam pengambilan keputusan *triage* di Instalasi Gawat Darurat. Penelitian dilakukan dengan desain fenomenologi pada empat partisipan. Kesimpulan penelitian ini ialah konflik kerjasama dokter-perawat dalam pengambilan keputusan *triage*, yang mana perawat bertugas di area *triage* tersebut sudah menilai dan melakukan pemilahan pasien yang masuk, tetapi ada dokter yang sulit dalam kerjasama, mendominasi serta merasa lebih kompeten, yang menyebabkan tindakan menjadi lambat karena harus menunggu dokter tersebut.

Kata kunci : perawat, fenomenologi, pengambilan keputusan, *triage*

ABSTRACT

Care in the emergency room requires action that is both fast and precise, and high critical thinking. An increasing number of patients in the emergency department experiencing service problems from minor injuries to life-threatening conditions, and therefore all patients who come to the emergency services need to be assessed and classified using the triage method for prioritized with the most pressing issues and needs treatment immediately. The aim of this study is to explore the experience of decision making triage nurse in the emergency room. This study concluded that conflict physician-nurse collaboration in decision-making triage, where nurses who served in the triage area has been assessing and sorting patients who come in, but there is a doctor in cooperation difficult, dominate and feel more competent, which led to action be slow because they have to wait for the doctor. The hospital institution is suggested to create an environment that facilitates the development of decision making skills with the sustainability and regularity triage training or workshops, increased levels of nursing education, and the need for clarity of detailed standard operating procedures of the respective roles and technical guidelines for determination of each severity level that produces more efficient patient care.

Key words : nurse, phenomenology, decision-making, *triage*

PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah sebuah unit yang melayani pasien dalam kondisi gawat darurat berdasarkan *triage* yang ditentukan oleh perawat. Setiap IGD selalu mengupayakan efisiensi dan efektifitas pelayanan. Sedapat mungkin menyelamatkan pasien dalam waktu yang singkat dengan tindakan yang cepat dan tepat. Sumber daya manusia dan sarana-prasarana di IGD sangat menentukan keberhasilan pelayanan kepada pasien. Ruang gawat darurat adalah sebagai pusat pelayanan pertama dari sebuah Rumah Sakit. Kinerja yang tepat dari unit ini dapat menyelamatkan kehidupan banyak orang. Rumah Sakit tidak dapat dianggap sebagai pusat pengobatan yang ideal tanpa aktif dan berfungsinya dengan baik unit gawat darurat (Rahmani, Arab, Akbari, Zeraati, 2006). Di instalasi gawat darurat, hidup dan mati seseorang ditentukan dalam hitungan menit. Pasien yang mengalami kondisi gawat darurat, perlu dievaluasi dan dicatat perkembangannya dari waktu ke waktu secara terus-menerus. Masalah di ruang gawat darurat adalah waktu tanggap yang terlalu lama, kurangnya kemampuan menentukan keadaan darurat medis melalui *triage* dan tidak memadai ruang fisik pada unit gawat darurat (Safae, 2005).

Peningkatan jumlah pasien di pelayanan rawat darurat yang mengalami berbagai masalah dari cedera ringan sampai kondisi yang mengancam kehidupan, maka dari itu semua pasien yang datang ke layanan gawat darurat perlu dinilai dan diklasifikasikan dengan menggunakan metode *triage* untuk diprioritaskan yang memiliki masalah yang paling mendesak dan memerlukan perawatan segera (Qureshi, 2010). *Triage* dikembangkan dan sangat penting dilakukan di IGD untuk memilah pasien yang memerlukan perawatan segera, dan diharapkan perawat bekerja dengan profesional (Grossman, 1999). Pengambilan keputusan *triage* merupakan proses dinamis yang mana pasien harus diprioritaskan sesuai kondisinya dan diharapkan ada kesempatan untuk bertahan hidup pada saat datang di IGD (Gerditz dan Bucknall, 2001, Cooper et al., 2002).

Salah satu peran dan fungsi perawat gawat darurat adalah melakukan *triage*, mengkaji dan menetapkan prioritas dalam spektrum lebih luas terhadap kondisi klinis pada berbagai keadaan yang bersifat mendadak mulai dari ancaman nyawa sampai kondisi kronis *Triage* harus dilakukan oleh dokter atau perawat yang sudah bersertifikat Pelatihan Penanggulangan Gawat Darurat (PPGD) (Depkes RI, 2006). Standart praktik menurut *Emergency Nurses Association* (1999) menyatakan bahwa *triage* yang aman, efektif dan efisien hanya dapat dilaksanakan oleh seorang perawat profesional dan sudah terlatih dalam prinsip-prinsip *triage* dengan pengalaman kerja minimal selama enam bulan di IGD. Dalam melaksanakan tugas sebagai perawat *triage*, sudah pasti mempunyai pengalaman yang dapat dieksplorasi karena yang pertama mengetahui dan menilai pasien adalah perawat.

Tujuan dari penelitian ini mengeksplorasi pengalaman perawat dalam pengambilan keputusan *triage*. Diharapkan dari penelitian ini bisa sebagai bahan masukan dalam pengayaan ilmu keperawatan tentang aspek psikososial perawat dalam pelaksanaan dan pengambilan keputusan *triage* di Instalasi Gawat Darurat.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Lokasi penelitian di IGD RSUD RAA Soewondo Pati. Penelitian dilakukan selama 6 bulan. Jumlah partisipan sebanyak 4 perawat yang bekerja minimal 3 tahun di IGD.

Peneliti melakukan kegiatan pengumpulan data dengan wawancara semi

terstruktur dengan rentang waktu masing-masing partisipan 25-46 menit. Beberapa pertanyaan yang diajukan yaitu apa yang anda lakukan pada saat pasien masuk di IGD? Bagaimana cara menilai pasien tersebut? Bagaimana cara menganalisa masalahnya? Bagaimana anda membuat keputusan dari masalah tersebut? Masalah apa yang anda hadapi pada waktu melakukan kegiatan tersebut? Apa dampak dari permasalahan yang anda hadapi? Hasil wawancara dibuat transkrip dan dianalisis sehingga menghasilkan tema.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menghasilkan empat tema yaitu tindakan perawat dalam proses pengambilan keputusan *triage*, konflik kerjasama dokter-perawat dalam pengambilan keputusan *triage*, kendala pelayanan IGD, dan dilema yang dihadapi perawat. Masing-masing tema dibangun oleh sub tema.

Tindakan Perawat dalam Proses Pengambilan Keputusan Triage.

Tindakan perawat dalam proses pengambilan keputusan *triage* terdiri dari sub tema pengumpulan data dan melakukan klasifikasi pasien. Sub tema pertama yaitu pengumpulan data, secara umum partisipan melakukannya pada setiap pasien yang masuk di IGD dengan melihat kondisi pasien pada waktu pertama datang.

"...Pertama pasti kita lihat dulu pasiennya kayak gimana, datang dengan sesak, atau dengan biasa saja.." "...kondisinya datang dengan sesak (sesak) atau datang dengan tidak sadarkan diri, kita kan bisa melihat secara langsung dulu..." ,kita lihat klinisnya" (P1)

"selain observasi..kita melakukan itu_monitor TTV, tanda-tanda vital " (P2)

"..kalau seseg (sesak) gitu ya..terus ..paling nggak, kalau bisa di EKG ya..kita EKG..." , "...kalau pasienne seseg ya kita langsung pasang oksigen, EKG.." (P3)

Sub tema kedua, melakukan klasifikasi pasien. Perawat dalam melakukan klasifikasi pasien berdasarkan pada tingkat kegawatan dan jenis kasus.

"..sesak nafas biasanya kan langsung ini..butuh penanganan karena ada sangkut pautnya sama jalan nafas, dan itu pasien gawat.." (P2)

Konflik Kerjasama Dokter-Perawat dalam Pengambilan Keputusan Triage.

Sub tema pertama, perasaan perawat dalam menilai masalah pasien. Yang dirasakan perawat ketika menilai pasien adalah merasa yakin kebenarannya dalam menilai karena sudah sesuai kondisi pasien dari hasil pemeriksaan, kadang juga merasa bingung, ada juga yang kesulitan karena riwayatnya tidak diketahui dan keluarga tidak tahu, misalkan pada pasien-pasien tidak sadar, dan ada juga partisipan yang menyatakan ragu-ragu..

Ya..kalau sudah kita periksa, jelas kasusnya kita tinggal laporan, kita sudah merasa yakin benar sesuai keadaan pasien "

"...kadang kalau saya merasa kebingungan , nanti ada dokter, saya serahkan sama dokter, dok.. ini pasien keluhannya ini, yang dirasakan ini.. (P1)

Kita susahny kalau menerima pasien tidak sadar, dan keluarga tidak tahu riwayatnya,ya..terus saya sampaikan dokternya" (P4)

Sub tema kedua, Kurangnya pengakuan dokter terhadap kemampuan perawat.

"Pada pasien tidak sadar, kita periksa fisiknya, terus paling cepet untuk tahu penyebab kita periksa GDS, tapi kadang kendalanya dokternya sih..” ah ndak usah, kadang gitu, susah juga sih..” , mosok(masak) pasien gini nggak di GDS, ya sudah kita GDS sendiri, tanpa sepengetahuan dokternya, ternyata emang hipoglikemia” (P4).

“Pasien datang dengan nyeri dada banget, ini pasiennya gawat, e dokternya bilang, ” ah ndak pasien cuma gastritis, pasien cuma maag kok”. perasaan kita sepertinya nggak cuma gastritis,....., sampai ruangan perawat ruangan mengkomplain, ,karena pasiennya jelek, di ECG hasilnya iskemik” (P1)

Hal senada diungkapkan partisipan yang lain bahwa, perawat sudah menentukan bahwa kondisi pasien gawat, bahkan juga mengusulkan dilakukan tindakan tertentu, tapi dokter menolak dan tidak menerima masukan perawat.

“Menurut kita gawat, kita tentukan gawat, terus kita usulkan apa ndak gini, gini...(ah ndak usah), gitu ya ada dokter yang seperti itu, gamau menerima masukan” (P4)

Sub tema ketiga, dokter merasa superior. Ada dokter yang menginginkan perawat dalam melakukan tindakan di IGD harus mengikuti instruksi dokter, apa yang dilakukan perawat harus menunggu perintah, tidak boleh mendahului dokter dan harus mengikutinya. Ada juga yang tidak mau menerima masukan karena merasa lebih pintar dari perawat.

“nek (kalau) mendahului dokternya , jarene dak elok (katanya tidak baik..) Iyyaa.., merasa dia lebih pintar laaahh, kayak gitu, wong aku sing wis ngerti penyakite”(saya yang lebih tahu penyakitnya) (P1)

Gini buk, ada dokter tertentu , kita gak (tidak) berani mendahului , paling ndak kita amit sewu dulu, ini pasiennya gini, gini, gini..keputusannya apa? (P3)

“Kadang ada sih buk, beberapa dokter yang tidak mau menerima masukan kita..” (P4).

Kendala Pelayanan

Ketenagaan ini menjadikan masalah di IGD, karena IGD yang mestinya hanya melayani pasien-pasien yang semestinya sesuai kriteria kedaruratan, dan yang memerlukan observasi beberapa jam, tetapi disini menerima menampung pasien yang harusnya sudah bisa ditransfer di ruangan.

“..tapi ternyata disini ada titipan dari rawat inap, itu yang mungkin..eee..bisa mempengaruhi kecepatan dalam penanganan pasien, ..terus mungkin nanti kedepannya katanya OK (ruang operasi) ini juga mau dibuka pagi-siang mungkin itu juga mempengaruhi. ”

“itu titipan ..tapi kadang disini pasien sampai dua atau tiga hari masih disini, ... kadang pasiennya sampai duapuluh” (P2)

“...terus masalah itu tenaga juga..kalo ada disini tu kan jaga pagi tu biasanya yang banyak kan delapan, terus ada laparaskopi itu yaa..di dalem terus..ada SC kalo pagi kan disini , terus diluar itu ada observasi .

“..tenaga kita kan nggak..nggak maksude tersedot ke dalam OK terlalu banyak sehingga kita nggak kesulitan untuk menangani, maksude menangani pasien yang bener-bener pasien UGDnya, disini kita itu.. terus terang ..wahhh..tenaga kurang..” (P3).

Pengaturan di ruang IGD sendiri merupakan keluhan bagi perawat karena pasien yang gawat darurat, gawat tidak darurat, tidak gawat tidak darurat tidak dipisahkan penempatan ruangnya.

“..kalo di IGD selama ini yang saya jalani tidak ada kayak RS lain yang ada, hrs ruang khusus triage..maksudnya ruang pemilahan” (P1)

Jumlah pendamping pasien yang masuk IGD terlalu banyak, ini efek dari petugas satpam tidak melaksanakan kerja sebagaimana mestinya, sehingga setiap satu pasien yang masuk diikuti jumlah keluarga yang banyak.

“..terus maksude kalo ada pasien gawat kita mau melakukan tindakan ya sulit aa...otomatis kan memilah-milah itu sulit gitu loo, ..nek otomatis satu-satu yang nunggu, terus kita datang gitu kan enak..” (P3)

‘..kadang ya susah juga emang, keluarganya banyak,pasiennya banyak,sampai kita sendiri bingung...pasiennya yang tadi yang mana semua??sampai bingung kadang nggih..” (P4)

Dilema Yang Dihadapi Perawat

Konflik atau perselisihan dengan keluarga pasien atau pasien, karena semua keluarga atau pasien yang masuk ke IGD selalu berharap datang langsung ditangani dan diberikan pengobatan.

“Kadang ya biasa.. orang inginnya masuk IGD kan semua langsung ditangani, pengen cepet semua, ya kadang bentrok sama pasien, sama keluarganya siih sering juga, ga bisa dipungkiri..” (P1)

Kesalahan perawat yang pernah dilakukan dalam menilai masalah pasien, membuat perasaan bersalah pada diri perawat.

“Saya nilai tidak gawat, ternyata gawat..Saya merasa bersalah sendiri buk, ternyata pasiennya akhirnya masuk ICU” (P4)

“Ya kadang ya dikomplain keluarga, itu tergantung kita dalam memberikan penjelasan” (P2)

Perawat dihadapkan diantara pilihan yang menyulitkan. perawat menerima pasien kecelakaan dengan cidera kepala berat (CKB) yang harus segera diberikan pertolongan, tetapi di rumah sakitnya tidak ada dokter ahlinya, mau dirujuk ke rumah sakit lain yang ada dokter ahlinya, masih nunggu keluarga dulu.

“Pasien dengan CKB, kan perlu tindakan langsung, harus dirujuk, keluarga belum datang, jika tetep di rumah sakit ini tidak ada dokter bedah syaraf, jadi kita malah menunggu pasiennya, sedangkan kita ada pasien yang datang lagi..” (P1)

Kondisi lain yang dihadapi, pasien dalam kondisi gawat, harusnya masuk ICU, tetapi ruang ICU penuh.

“terus pasien gawat, kayak pasien datang dengan chest pain di ECG, ternyata ada AMI, harusnya prioritas dan masuk ICU, eh ICUnya penuh, ya akhirnya bubar triagenya, terus bagaimana?” (P1)

Tindakan Perawat dalam Proses Pengambilan Keputusan Triage

Perawat IGD sebelum menentukan *triage* juga melakukan Pengumpulan data, untuk mengidentifikasi masalah dengan melakukan observasi keadaan umum pasien pada saat datang, pengukuran tanda-tanda vital, anamnesa keluhan dan melakukan pemeriksaan fisik. Whitby et al. (1997), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa perawat triage dalam menentukan urgensi pasien menggunakan data dari hasil pengkajian yang dikumpulkan, penampilan pasien, gejala, dan tanda-tanda fisiologis.

Penelitian yang dilakukan Andersson, Omberg, & Svedlund, (2006) menjelaskan bahwa ketika perawat memutuskan keputusan triage, perawat harus melakukan penilaian terhadap status klinis pasien dengan mengajukan pertanyaan, melihat dan memeriksa. Pemeriksaan fisik juga membantu perawat dalam memprioritaskan dan mengambil keputusan.

Perawat setelah mengetahui kondisi pasien selanjutnya adalah menentukan tingkat kegawatannya. Semua pasien yang mencari pertolongan darurat harus dinilai dan diklasifikasikan untuk menentukan prioritas bagi pasien yang memiliki masalah yang paling mendesak dan memerlukan perawatan segera (Qureshi, 2010). Sistem tingkat kedaruratan *triage* mempunyai arti yang penting karena *triage* merupakan suatu proses mengkomunikasikan kondisi kegawatdaruratan pasien di IGD. Jika data hasil pengkajian *triage* dikumpulkan secara akurat dan konsisten, maka suatu IGD dapat menggunakan keterangan tersebut untuk menilai dan menganalisis, serta menentukan suatu kebijakan, seperti berapa lama pasien dirawat di IGD, berapa hari pasien harus dirawat di rumah sakit jika pasien diharuskan rawat inap dan sebagainya (ENA, 2005).

Konflik Kerjasama Dokter-Perawat dalam Pengambilan Keputusan Triage

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit, Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik. Direktorat Jendral Pelayanan Medik (2006), bahwa Peran dan fungsi perawat gawat darurat salah satunya adalah melakukan *triage*, mengkaji dan menetapkan prioritas dalam spektrum yang lebih luas terhadap kondisi klinis pada berbagai yang bersifat mendadak mulai dari ancaman nyawa sampai kondisi kritis. Dijelaskan bahwa perawat yang dimaksud adalah mereka yang berkompeten, mengikuti pelatihan tentang kegawatdaruratan. Konflik yang terjadi dalam penelitian ini adalah perawat bekerja melakukan *triage*, tetapi hasil penilaian dan keputusan perawat diabaikan, bahkan pada waktu malam hari dokter lebih banyak di kamar dokter, jika istirahat / tidur sulit dibangunkan, kadang juga sampai lama sekali jauh melebihi waktu tunggu (*respon time*) di IGD. Dokter yang berjaga di IGD tiap jadwal dinas hanya satu dan model bekerja dokter yang hanya menerima laporan. Jika IGD dalam kondisi ramai dengan jumlah kunjungan banyak, ini merupakan suatu pertentangan tersendiri. Hal ini merupakan sesuatu yang tidak menyenangkan baik dari sisi kepercayaan kemampuan maupun secara mental.

Berdasarkan masalah yang ditemukan dalam penelitian yang tersebut di atas, protap yang sudah ada, tentang pelayanan di ruang *triage* dengan No. Dokumen 02.02.P.01 halaman 1 terbit Pebruari 2007 perlu dikaji kembali dan direvisi dengan mengatur secara jelas masing-masing peran, tugas, dan kewenangan petugas IGD. Penelitian tentang *triage* di luar negeri, bahwa *triage* dilakukan oleh seorang perawat profesional yang berkompeten. Andersson, A., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006) menyebutkan bahwa perawat *triage* memiliki posisi kunci di departemen gawat darurat, yaitu keputusannya penting bagi keberlanjutan pengobatan dan perawatan. Penelitian tersebut menunjukkan pengakuan tentang peran perawat dalam melakukan *triage*. Konflik yang terjadi tersebut membuat perawat tidak nyaman dan merasa dianggap tidak mampu. Dalam penelitian Bucknall (2003) situasi bagaimana perawat merasa lebih nyaman dan tampak lebih percaya diri membuat keputusan ketika mereka memiliki kesempatan.

Penelitian yang dilakukan Kasmarani (2012), bahwa konflik yang dirasakan perawat akan memberikan efek negatif pada kondisi yang lain, karena bekerja di ruang IGD sendiri sudah memberikan tekanan mental tersendiri pada perawat. Beban kerja mental perawat IGD dapat berupa tekanan waktu dalam membuat keputusan yang tepat dan cepat untuk melakukan tindakan terhadap pasien serta harus menghadapi keluarga. Adanya konflik-konflik yang dialami bisa menyebabkan kesalahan, dengan sejumlah beban mental yang dihadapi menjadikan perawat kadang merasa tegang, tidak bisa mengatasi kesulitan sendiri dan tidak mudah dalam memertimbangkan

suatu hal kaitannya dengan tugasnya sebagai perawat.

Kendala Pelayanan IGD

Beban kerja yang tinggi terkait dengan adanya penitipan pasien di IGD selain pasien observasi IGD itu sendiri, tindakan-tindakan prosedural lain seperti laparaskopi dan operasi. Untuk pasien penitipan tersebut lamanya sampai sehari-hari, sementara adanya kebijakan tersebut tidak diimbangi dengan penambahan tenaga perawat. Hal tersebut sangat mempengaruhi kinerja perawat. Moekijat (2008) menyatakan bahwa prosedur yang sering digunakan untuk menentukan berapa jumlah tenaga kerja yang diperlukan adalah dengan menganalisis pengalaman. Catatan-catatan tentang hasil pekerjaan dapat menunjukkan volume hasil rata-rata yang dicapai oleh setiap tenaga kerja. Rata-rata tersebut selanjutnya dapat digunakan untuk menaksir kebutuhan tenaga kerja. Penentuan jumlah tenaga keperawatan di IGD disesuaikan dengan kondisi atau peran dan fungsi perawat. Jika IGD mempunyai ruang observasi 24-48 jam yang berfungsi sebagai ruang observasi intermediate perlu dipertimbangkan tambahan jumlah perawat seperti di rawat inap (Depkes, 2006).

Kualifikasi tenaga di IGD harus merupakan tenaga profesional pilihan yang mana kemampuan dalam mengkritisi masalah, kecepatan pengambilan keputusan dan tindakan diperlukan, sehingga penempatan tenaga dokter, perawat maupun petugas lainnya adalah orang yang sudah punya pengalaman, bukan sebagai tenaga baru yang akan memberikan kendala bagi pelayanan. Dalam penelitian Cone, K., & Murray, R. (2002) bahwa karakteristik yang dianggap penting ketika bekerja di IGD adalah pengalaman, intuisi yang baik, kemampuan penilaian, berkomunikasi yang baik dan berfikir kritis.

Pengaturan ruang *triage* merupakan bagian dari sistem tingkat kedaruratan *triage*. Pasien yang sudah dipilah berdasarkan tingkat kegawatan, hendaknya masuk ke ruang *triage* sesuai kondisinya, ini memudahkan perawat bekerja, mana pasien yang harus didahulukan atau prioritas dan mana pasien yang penanganannya bisa ditunda. Jika ruangan yang tersedia sesuai tingkat kegawatan pasien tersebut tidak ada, maka hal ini akan mempersulit perawat dalam bekerja atau bertindak cepat dengan mengingat kembali pasien-pasien tersebut, terlebih jika jumlah pasien yang datang banyak dalam waktu yang bersamaan.

Permasalahan kegaduhan ini berawal dari petugas yang tidak menjalankan tugas sesuai perannya, yang mana petugas tersebut hendaknya mengatur situasi yang ada, yaitu dengan mengatur keluarga yang mendampingi pasien, sesuai aturan di IGD, ditentukan jumlah keluarga yang masuk. Komunikasi yang baik antara petugas dengan keluarga akan memberikan pengertian, dan pelayanan yang diberikan petugas tidak terganggu. Seperti dalam penelitian Cone, K., & Murray, R. (2002), bahwa salah satu karakteristik penting yang dilakukan di IGD adalah komunikasi yang baik. Karena keluarga harus diberikan pengertian yang baik maksud dan tujuan dari aturan tersebut.

Dilema Yang Dihadapi Perawat

Interaksi yang paling lama dan sering dengan pasien dan keluarga adalah perawat, sehingga ketidakpuasan, kemarahan, dan berbagai kekesalan pasien dan keluarga sering ditujukan kepada perawat. Termasuk pada pasien atau keluarga yang di IGD masuk pada prioritas rendah merasa diabaikan, perawat lambat menanganinya. Hal tersebut membutuhkan suatu komunikasi dan pendekatan yang baik. Penelitian Cone, K., & Murray, R. (2002) menjelaskan bahwa perawat *triage* penting untuk memiliki karakteristik kemampuan penilaian, berfikir kritis dan berkomunikasi

dengan baik. Komunikasi merupakan cara yang bisa digunakan dalam penyelesaian konflik, dengan memberikan penjelasan dan informasi tentang masalah yang terjadi dan mengapa perawat harus memberikan keputusan yang harus diterima pasien atau keluarga tersebut.

SIMPULAN DAN SARAN

Perawat dalam pengambilan keputusan *triage* di instalasi gawat darurat mengalami suatu konflik kerjasama dalam pengambilan keputusan, yang mana perawat bertugas di area *triage* tersebut sudah menilai dan melakukan pemilahan pasien yang masuk, tetapi ada dokter yang sulit dalam kerjasama, mendominasi serta merasa lebih kompeten, yang menyebabkan tindakan menjadi lambat karena harus menunggu dokter tersebut.

Penelitian lebih lanjut dengan waktu yang lebih lama dan desain penelitian yang berbeda, juga disertai dengan metode observasi pada setiap partisipan pada waktu melakukan *triage*. Perlu adanya revisi Standart Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur secara rinci dan jelas tentang peran tugas dan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan yang ada di ruang IGD, keberlanjutan dan keterampilan peningkatan ketrampilan perawat IGD terus dilakukan dengan pelatihan atau workshop terkait pelayanan IGD. Perlu dipertimbangkan juga pengaturan penempatan pasien dibedakan berdasarkan tingkat kegawatannya, sehingga ketika terjadi peningkatan kunjungan pasien tidak terjadi kesalahan dalam kecepatan tindakan selanjutnya, terutama pada pasien yang gawat darurat. Perlu pengaturan kebijakan beban kerja di IGD disesuaikan dengan jumlah tenaga, sehingga jika ada kebijakan manajemen terkait pelayanan di IGD tidak memberikan efek yang buruk terhadap kinerja petugas yang akan mempengaruhi mutu pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersson, A., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department-a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing In Critical Care*, **11**(3), 136-145.
- Cone, K., & Murray, R. 2002. Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *JEN: Journal Of Emergency Nursing*, **28**(5), 401.
- Depkes RI 2006, Pedoman Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat di Rumah Sakit. Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. Jakarta
- Emergency Nurses Association. 2005. Sheehy's manual of emergency care. Edisi ke-6. Philadelphia:Elsevier Mosby
- Gerdtz, M., & Bucknall, T. 2001. Triage nurses clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal Of Advanced Nursing*, **35**(4), 550-561.
- Grossman, VGA. 1999. *Quick Reference to Triage*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mahmoudi, H. , Mohammadi E., and Ebadi A. 2012. Experience of nurses from the emergency department management:A qualitative study,Iranian Journal of Critical Care Nursing. **5**(1):1-10.
- Moekijat. 2008. Analisis Jabatan. CV. Mandar Maju, Bandung
- Qureshi, N.A. 2010Triage systems: A review of the literature with reference to Saudi Arabia.www.emro.who.int/publications/emhj/1606/article18.htm (Last accessed: November 3 2011.)

- Rahmani H, Arab M, Akbari F, Zeraati H. 2006. Structure, process and functional hospital emergency in Tehran University of Medical Sciences. *Journal of hygiene faculty and research institute*, 4(4):13-22.
- Safaei, H. 2005. Survey of quality of caring in Tabriz hospital emergency ward. *Information and management in health*. 2:43-7.
- Whitby S., Ieraci S., Johnson D. & Mohsin M. 1997. Analysis of the Process of Triage: The Use and Outcome of the National Triage Scale. Liverpool Health Service, Liverpool, NSW.

**PEDOMAN PENULISAN NASKAH
JURNAL KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
“CENDEKIA UTAMA”**

TUJUAN PENULISAN NASKAH

Penerbitan Jurnal Ilmiah “Cendekia Utama” ditujukan untuk memberikan informasi hasil-hasil penelitian dalam bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat.

JENIS NASKAH

Naskah yang diajukan untuk diterbitkan dapat berupa: penelitian, tinjauan kasus, dan tinjauan pustaka/literatur. Naskah merupakan karya ilmiah asli dalam lima tahun terakhir dan belum pernah dipublikasikan sebelumnya. Ditulis dalam bentuk baku (*MS Word*) dan gaya bahasa ilmiah, tidak kurang dari 20 halaman, tulisan *times new roman* ukuran 12 font, ketikan 1 spasi, jarak tepi 3 cm, dan ukuran kertas A4. Naskah menggunakan bahasa Indonesia baku, setiap kata asing diusahakan dicari padanannya dalam bahasa Indonesia baku, kecuali jika tidak ada, tetap dituliskan dalam bahasa aslinya dengan ditulis *italic*. Naskah yang telah diterbitkan menjadi hak milik redaksi dan naskah tidak boleh diterbitkan dalam bentuk apapun tanpa persetujuan redaksi. Pernyataan dalam naskah sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

FORMAT PENULISAN NASKAH

Naskah diserahkan dalam bentuk *softfile* dan *print-out* 2 eksemplar. Naskah disusun sesuai format baku terdiri dari: **Judul Naskah, Nama Penulis, Abstrak, Latar Belakang, Metode, Hasil dan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran, Daftar Pustaka.**

Judul Naskah

Judul ditulis secara jelas dan singkat dalam bahasa Indonesia yang menggambarkan isi pokok/variabel, maksimum 20 kata. Judul diketik dengan huruf *Book Antique*, ukuran font 13, **bold UPPERCASE**, center, jarak 1 spasi.

Nama Penulis

Meliputi nama lengkap penulis utama tanpa gelar dan anggota (jika ada), disertai nama institusi/instansi, alamat institusi/instansi, kode pos, PO Box, *e-mail*penulis, dan no telp. Data Penulis diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11, center, jarak 1 spasi

Abstrak

Ditulis dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia, dibatasi 250-300 kata dalam satu paragraf, bersifat utuh dan mandiri. Tidak boleh ada referensi. Abstrak terdiri dari: latar belakang, tujuan, metode, hasil analisa statistik, dan kesimpulan. Disertai kata kunci/*keywords*.

Abstrak dalam Bahasa Indonesia diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11, jarak 1 spasi. Abstrak Bahasa Inggris diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran font 11, *italic*, jarak 1 spasi.

Latar Belakang

Berisi informasi secara sistematis/urut tentang: masalah penelitian, skala masalah, kronologis masalah, dan konsep solusi yang disajikan secara ringkas dan jelas.

Bahan dan Metode Penelitian

Berisi tentang: jenis penelitian, desain, populasi, jumlah sampel, teknik *sampling*, karakteristik responden, waktu dan tempat penelitian, instrumen yang digunakan, serta uji analisis statistik yang digunakan disajikan dengan jelas.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian hendaknya disajikan secara berkesinambungan dari mulai hasil penelitian utama hingga hasil penunjang yang dilengkapi dengan pembahasan. Hasil dan pembahasan dapat dibuat dalam suatu bagian yang sama atau terpisah. Jika ada penemuan baru, hendaknya tegas dikemukakan dalam pembahasan. Nama tabel/diagram/gambar/skema, isi beserta keterangannya ditulis dalam bahasa Indonesia dan diberi nomor sesuai dengan urutan penyebutan teks. Satuan pengukuran yang digunakan dalam naskah hendaknya mengikuti sistem internasional yang berlaku.

Simpulan dan Saran

Kesimpulan hasil penelitian dikemukakan secara jelas. Saran dicantumkan setelah kesimpulan yang disajikan secara teoritis dan secara praktis yang dapat dimanfaatkan langsung oleh masyarakat.

Ucapan Terima Kasih (apabila ada)

Apabila penelitian ini disponsori oleh pihak penyandang dana tertentu, misalnya hasil penelitian yang disponsori oleh DP2M DIKTI, DINKES, dsb.

Daftar Pustaka

Sumber pustaka yang dikutip meliputi: jurnal ilmiah, skripsi, tesis, disertasi, dan sumber pustaka lain yang harus dicantumkan dalam daftar pustaka. Sumber pustaka disusun berdasarkan sistem *Harvard*. Jumlah acuan minimal 10 pustaka (diutamakan sumber pustaka dari jurnal ilmiah yang *uptodate* 10 tahun sebelumnya). Nama pengarang diawali dengan nama belakang dan diikuti dengan singkatan nama di depannya. Tanda “&” dapat digunakan dalam menuliskan nama-nama pengarang, selama penggunaannya bersifat konsisten. Cantumkan semua penulis bila tidak lebih dari 6 orang. Bila lebih dari 6 orang, tulis nama 6 penulis pertama dan selanjutnya dkk.

Daftar Pustaka diketik dengan huruf *Times New Roman*, ukuran *font* 12, jarak 1 spasi.

TATA CARA PENULISAN NASKAH

Anak Judul : Jenis huruf *Times New Roman*, ukuran *font* 12, ***Bold UPPERCASE***

Sub Judul : Jenis huruf *Times New Roman*, ukuran *font* 12, ***Bold, Italic***

Kutipan : Jenis huruf *Times New Roman*, ukuran *font* 10, ***italic***

Tabel : Setiap tabel harus diketik dengan spasi 1, font 11 atau disesuaikan. Nomor tabel diurutkan sesuai dengan urutan penyebutan dalam teks (penulisan nomor tidak memakai tanda baca titik “.”). Tabel diberi judul dan subjudul secara singkat. Judul tabel ditulis diatas tabel. Judul tabel ditulis dengan huruf *Times New Roman* dengan *font* 11, ***bold*** (awal kalimat huruf besar) dengan jarak 1 spasi, center. Antara judul tabel dan tabel diberi jarak 1 spasi. Bila terdapat keterangan tabel, ditulis dengan *font* 10, spasi 1, dengan jarak antara tabel dan keterangan tabel 1 spasi. Kolom didalam tabel tanpa garis *vertical*. Penjelasan semua singkatan tidak baku pada tabel ditempatkan pada catatan kaki.

Gambar : Judul gambar diletakkan di bawah gambar. Gambar harus diberi nomor urut sesuai dengan pemunculan dalam teks. Grafik maupun diagram dianggap sebagai gambar. Latar belakang grafik maupun diagram polos. Gambar ditampilkan dalam bentuk 2 dimensi. Judul gambar ditulis dengan huruf *Times New Roman* dengan *font* 11, ***bold*** (pada tulisan “gambar 1”), awal kalimat huruf besar, dengan jarak 1 spasi, center. Bila terdapat keterangan gambar, dituliskan setelah judul gambar.

Rumus : ditulis menggunakan *Mathematical Equation*, center

Perujukan : pada teks menggunakan aturan (penulis, tahun)

Contoh Penulisan Daftar Pustaka :

1. Bersumber dari buku atau monograf lainnya

- i.* *Penulisan Pustaka Jika ada Satu penulis, dua penulis atau lebih :*
 - Sciortino, R. (2007) Menuju Kesehatan Madani. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
 - Shortell, S. M. & Kaluzny A. D. (1997) Essential of health care management. New York: Delmar Publishers.
 - Cheek, J., Doskatsch, I., Hill, P. & Walsh, L. (1995) Finding out: information literacy for the 21st century. South Melbourne: MacMillan Education Australia.
- i i.* *Editor atau penyusun sebagai penulis:*
 - Spence, B. Ed. (1993) Secondary school management in the 1990s: challenge and change. Aspects of education series, 48. London: Independent Publishers.
 - Robinson, W.F.&Huxtable,C.R.R. eds.(1998) Clinicopathologic principles for veterinary medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
- i ii.* *Penulis dan editor:*

- Breedlove, G.K.&Schorfeide, A.M.(2001)Adolescent pregnancy.2nded. Wiccrozek, R.R.ed.White Plains (NY): March of Dimes Education Services.
- i v. Institusi, perusahaan, atau organisasi sebagai penulis:*
- Depkes Republik Indonesia (2004) Sistem kesehatan nasional. Jakarta: Depkes.
2. ***Salah satu tulisan yang dikutip berada dalam buku yang berisi kumpulan berbagai tulisan.***
Porter, M.A. (1993) The modification of method in researching postgraduate education. In: Burgess, R.G.ed. The research process in educational settings: ten case studies. London: Falmer Press, pp.35-47.
 3. ***Referensi kedua yaitu buku yang dikutip atau disitasi berada di dalam buku yang lain***
Confederation of British Industry (1989) Towards a skills revolution: a youth charter. London: CBI. Quoted in: Bluck, R., Hilton, A., & Noon, P. (1994) Information skills in academic libraries: a teaching and learning role i higher education. SEDA Paper 82. Birmingham: Staff and Educational Development Association, p.39.
 4. ***Prosiding Seminar atau Pertemuan***
ERGOB Conference on Sugar Substitutes, 1978. Geneva, (1979). Health and Sugar Substitutes: proceedings of the ERGOB conference on sugar substitutes, Guggenheim, B. Ed. London: Basel.
 5. ***Laporan Ilmiah atau Laporan Teknis***
Yen, G.G (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). (2002, Feb). Health monitoring on vibration signatures. Final Report. Arlington (VA): Air Force Office of AFRLSRBLTR020123. Contract No.: F496209810049
 6. ***Karya Ilmiah, Skripsi, Thesis, atau Desertasi***
Martoni (2007) Fungsi Manajemen Puskesmas dan Partisipasi Masyarakat Dalam Kegiatan Posyandu di Kota Jambi. Tesis, Universitas Gadjah Mada.
 7. ***Artikel jurnal***
 - a. ***Artikel jurnal standard***
Sopacua, E. & Handayani,L.(2008) Potret Pelaksanaan Revitalisasi Puskesmas. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 11: 27-31.
 - b. ***Artikel yang tidak ada nama penulis***
How dangerous is obesity? (1977) British Medical Journal, No. 6069, 28 April, p. 1115.
 - c. ***Organisasi sebagai penulis***
Diabetes Prevention Program Research Group. (2002) Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension, 40 (5), pp. 679-86
 - d. ***Artikel Koran***
Sadli,M.(2005) Akan timbul krisis atau resesi?. Kompas, 9 November, hal. 6.
 8. ***Naskah yang tidak di publikasi***
Tian,D.,Araki,H., Stahl, E., Bergelson, J., & Kreitman, M. (2002) Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. In Press.
 9. ***Buku-buku elektronik (e-book)***
Dronke, P. (1968) Medieval Latin and the rise of European love- lyric [Internet].Oxford: Oxford University Press. Available from: netLibraryhttp://www.netlibrary.com/urlapi.asp?action=summary &v=1&bookid=22981 [Accessed 6 March 2001]
 10. ***Artikel jurnal elektronik***
Cotter, J. (1999) Asset revelations and debt contracting. Abacus [Internet], October, 35 (5) pp. 268-285. Available from: http://www.ingenta.com [Accessed 19 November 2001].
 11. ***Web pages***
Rowett, S.(1998)Higher Education for capability: automous learning for life and work[Internet],Higher Education for capability.Available from:http://www.lle.

mdx.ac.uk [Accessed 10 September 2001]

1 2. Web sites

Program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM. (2005) Program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM [Internet]. Yogyakarta: S2 IKM UGM. Tersedia dalam: <http://ph-ugm.org> [Accessed 16 September 2009].

1 3. Email

Brack, E.V. (1996) Computing and short courses. LIS-LINK 2 May 1996 [Internet discussion list]. Available from mailbase@mailbase.ac.uk [Accessed 15 April 1997].

UCAPAN TERIMA KASIH DAN PENGHARGAAN

Kepada Yang Terhormat :

Edy Soesanto, S.Kp., M.Kes

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang
Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang

Sri Rejeki, S.Kp., M.Kep., Sp. Mat.

Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang

Edy Wuryanto, S.Kp., M.Kep

Ketua PPNI Provinsi Jawa Tengah

Ida Farida, S.K.M., M.Si

Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus

Aeda Ernawati, S.K.M., M.Si

Kantor Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kabupaten Pati

Selaku penelaah (Mitra Bestari) dari
Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat
CENDEKIA UTAMA
STIKES Cendekia Utama Kudus