

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN
MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA
DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister**



Oleh :

Serly Sani Mahoklory

166070300111029

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN GAWAT DARURAT**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG
2018**



TESIS

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN
MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA
DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG**

Oleh:

Serly Sani Mahoklory
NIM. 166070300111029

Dipertahankan di Depan Penguji
pada Tanggal: 31 Mei 2018
dan Dinyatakan Memenuhi Syarat

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

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

Ns. Mukhamad Fathoni, S.Kep., MNS
NIP. 1979802202005011002

Komisi Penguji

Ketua

Anggota

Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P. W. M.Kes., SpR(K)
NIP. 196810311996012001

Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 19770226200312001

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya

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

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

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

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

Malang,

Mahasiswa, 31 Mei 2018



Nama : Serly Sani Mahoklory
NIM : 166070300111029
PS : Magister Keperawatan
Prog : Pascasarjana
Fak : Kedokteran UB

IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS

JUDUL TESIS:

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN
MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI
GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG**

Nama Mahasiswa : Serly Sani Mahoklory

NIM : 166070300111029

Program Studi : Magister Keperawatan

Minat : Keperawatan Gawat Darurat

KOMISI PEMBIMBING:

Ketua : Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes

Anggota : Ns. Mukhamad Fathoni, S.Kep, MNS

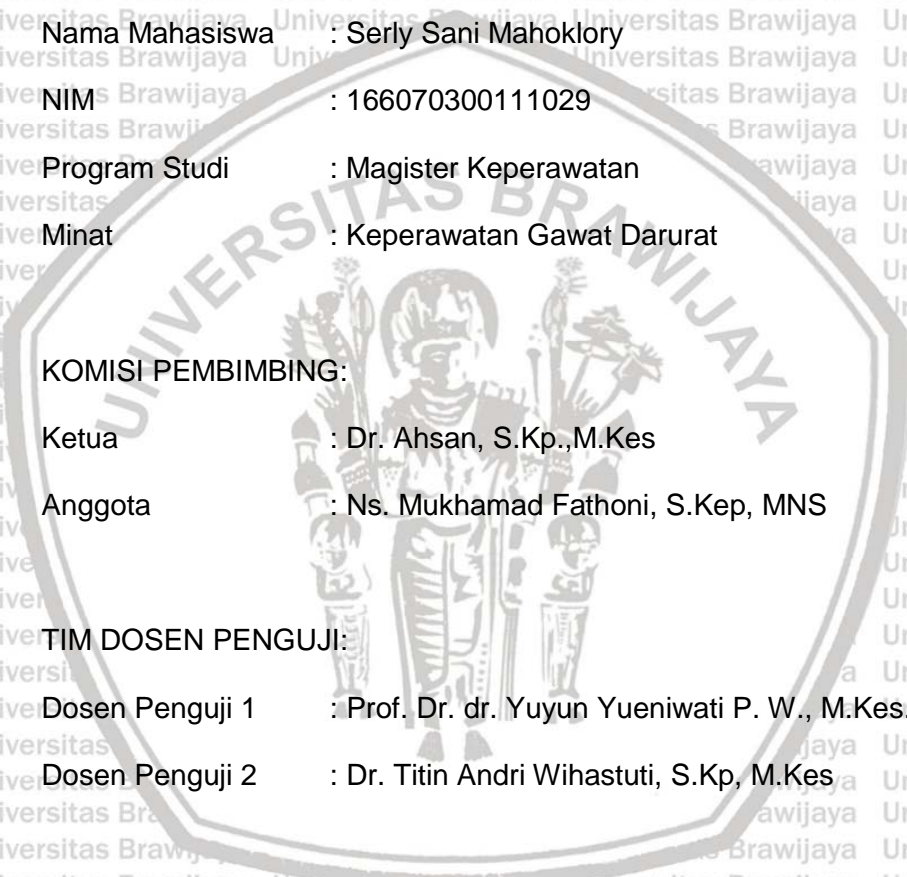
TIM DOSEN PENGUJI:

Dosen Penguji 1 : Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P. W., M.Kes., Sp.Rad (K)

Dosen Penguji 2 : Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes

Tanggal ujian : 31 Mei 2018

SK Penguji :



Karya ilmiah ini saya persembahkan kepada

Ayah, Ibu dan kedua kakak saya atas doa, cinta kasih dan dukungannya,

Sege nap keluarga yang telah memberikan dorongan, doa dan semangat,

Serta sahabat-sahabat dan rekan seperjuangan PSMK FK UB 2016

Atas dukungan dan bantuannya.



Segala perkara dapat kutanggung di dalam Dia

Yang memberi kekuatan kepadaku (Filipi 4:3)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan YME atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kota Kupang”

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

1. Dr. dr. Sri Andarini, M. Kes sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan magister di Program Studi Magister Keperawatan FKUB;
2. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FKUB sekaligus sebagai penguji kedua yang telah banyak memberikan masukan dan koreksi dalam penyelesaian tesis ini.;
3. Dr. Ahsan S.Kp, M.Kes sebagai dosen pembimbing pertama yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini;
4. Ns. Mukhamad Fathoni, S.Kep, MNS sebagai dosen pembimbing kedua yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini.
5. Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati P. W., M.Kes., Sp.Rad (K) Sebagai penguji pertama yang telah banyak memberikan saran dan koreksi dalam penyelesaian tesis ini
6. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uilly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang yang telah berkenan memberikan ijin dalam pengumpulan data penelitian.
7. Seluruh perawat IGD RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti

Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang yang telah berkenan menjadi subyek penelitian.

8. Orangtua, keluarga, dan sahabat di Kupang yang telah memberikan dukungan dalam proses penyelesaian tesis ini.
9. Rekan-rekan Program Studi Magister Keperawatan (PSMK) 2016 yang telah memberikan dukungan dalam penyelesaian tesis ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan tesis ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Sangat disadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, untuk itu peneliti mengharapkan saran dari semua pihak baik berupa kritik maupun informasi baru yang berguna untuk perbaikan pada penelitian selanjutnya.

Malang, 31 Mei 2018

Penulis



RINGKASAN

Serly Sani Mahoklory, NIM. 166070300111029. Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, 9 Mei 2018. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Komisi Pembimbing Ketua: Ahsan, Anggota: Mukhamad Fathoni.

Cedera kepala merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Di Amerika Serikat kematian yang disebabkan oleh cedera kepala telah mencapai 18,4% per 100.000 orang dengan rata-rata 53.014 kasus pertahun. Peningkatan angka cedera nasional di Indonesia yakni pada tahun 2007 sebanyak 7,5% dan tahun 2013 sebesar 8,2 % kasus. Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) ditemukan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Sebagian besar kasus cedera kepala di Provinsi NTT merupakan dampak dari kecelakaan lalu lintas (34,2%) dan jatuh (55,5%). Hal ini disebabkan mayoritas mata pencarian penduduk asli NTT adalah pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan mereka memanjat pohon setinggi 15-30 meter. Selain itu, kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm (58,4%), akan sangat berbahaya dan mengancam nyawa apabila terjadi kecelakaan lalu lintas.

Manajemen cedera kepala yang baik dan tepat akan mempengaruhi kualitas perawatan dan *outcome* pasien. Perawat IGD memiliki peran penting dalam penanganan awal dan pengambilan keputusan independen dalam kondisi gawat darurat. Kurangnya pelaksanaan manajemen *care bundle* sebagai penanganan awal perawat pada pasien dengan cedera kepala, yang secara teknik merupakan tindakan mandiri dari keperawatan gawat darurat dapat menyebabkan beragam perawatan dan menempatkan pasien pada resiko terjadinya peningkatan tekanan intrakranial serta cedera otak sistemik. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD wilayah Kota Kupang. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan dan pengelolaan pasien cedera kepala untuk mencegah prognosa buruk, mengurangi angka kecacatan dan kematian.

Metode penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan dengan teknik *purposive sampling* yang melibatkan 114 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner dan lembar observasi perawat untuk pelaksanaan manajemen *care bundle*. Data dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana yang menunjukkan bahwa *p value* faktor pengetahuan perawat sebesar $0,003 < \alpha = 0,05$, faktor ketrampilan perawat $p = 0,017 < \alpha = 0,05$, faktor sumber daya perawat $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, dan faktor kerjasama tim $p = 0,011 < \alpha = 0,05$ yang berarti H_0 ditolak atau ada pengaruh antara pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang. Faktor pengetahuan perawat

merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* dengan nilai R sebesar 7,6%.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah Terdapat pengaruh yang bermakna faktor pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, sumber daya perawat dan kerjasama tim perawat dimana pengetahuan merupakan faktor prediktor yang paling mempengaruhi pelaksanaan manajemen *care bundle*. Penelitian ini dilakukan di seluruh IGD rumah sakit pemerintah wilayah Kupang dengan lokasi penelitian yang berbeda-beda sehingga dalam pengisian kuesioner peneliti tidak dapat mengawasi secara penuh pengisian kuesioner yang diisi responden.



SUMMARY

Serly Sani Mahoklory, Student registration number. 166070300111029. Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, Brawijaya University, Malang, May 9, 2018. The Analysis Of Factors Influencing Nurses In Conducting Care Bundle Management Of Head Injured Patients In The Emergency Department In Kupang. Supervisor Chairman: Ahsan, Member: Mukhamad Fathoni.

Head injury was the main cause of death and disability around the globe. In the United States the deaths caused by head obesity have reached 18.4% per 100,000 people with an average of 53.014 cases per year. The increasing number of injury in Indonesia is 7.5% case in 2007 and 8.2% case in 2013. The major cause of injury was fell (40.9%) found in East Nusa Tenggara Province (NTT). Mostly, head injury case in NTT Province caused by traffic accident (34,2%) and fall (55,5%). That happens due to the fact that the livelihood of majority native NTT is Palmyra Palm Tree (*Borassus flabellifer*) slicer which demands them to climb 15 to 30 meters tree. Moreover, 58.4% of native NTT does not wear helmet in riding their bike which was dangerous and life threatening if traffic accident occurred.

Good and proper head injury management will affect the quality of care and patient outcome. Nurses in emergency department (ER) have important role in initial treatment and independent decision making during emergency condition. Lack of care bundle management implementation as initial nurse handling in patients with head injury, which was technically an independent action of emergency nursing can lead to various treatments and put the patient at increased risk of intracranial pressure and systemic brain injury. The purpose of this study was to analyze the factors that affect the nurses in performing care bundle management in head injury patients in IGD Kupang City area. The results of this study are expected to improve the service and management of head injured patients to prevent poor prognosis, reducing the number of disability and death.

The method used in this study is quantitative with cross sectional approach which involved 114 respondents. Data collection was done by distributing questionnaires and nurses' observation sheet for the implementation of care bundle management. The obtained data which were analyzed using simple linear regression analysis shows that p value of nurses' knowledge factor is $0.003 < \alpha = 0.05$, nurses' skill factor was $p = 0.017 < \alpha = 0.05$, nurses' resources factor $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, and team work factor is $0.011 < \alpha = 0.05$. It can be concluded that H_0 is rejected or there was influence among nurses' knowledge, skill, resources, and team work on conducting care bundle management. Nurses' knowledge was the most influential factor on conducting care bundle management in emergency department in Kupang with R value of 7.6%.

The conclusion of this research was positive influence from nurses' knowledge, skill, resources, and team work on care bundle management where nurses' knowledge has the most influence on it. This study was conducted in all regional hospital IGD Kupang with different research sites so that in the filling questionnaires researchers can not supervise the full filling questionnaires filled in respondents.



ABSTRAK

Mahoklory, Sani Serly. 2018. **Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang**. Tugas Akhir, Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dr. Ahsan S.Kp, M.Kes (2) Ns. Mukhamad Fathoni, S.Kep, MNS

Peningkatan angka kejadian cedera kepala di Nusa Tenggara Timur (NTT) sebagian besar disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas dan jatuh. Hal ini dikarenakan mayoritas mata pencarian penduduk asli NTT adalah pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan mereka memanjat pohon setinggi 15-30 meter. Selain itu, kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm (58,4%) akan sangat berbahaya dan mengancam nyawa apabila terjadi kecelakaan lalu lintas. Perawat instalasi gawat darurat (IGD) memiliki peran penting dalam merawat pasien dengan cedera kepala. Namun kenyataannya pelaksanaan manajemen *care bundle* sebagai tindakan awal keperawatan tidak terlaksana dengan baik sehingga mempengaruhi kualitas perawatan yang diterima pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yang melibatkan 114 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana yang menunjukkan bahwa *p value* faktor pengetahuan perawat sebesar $0,003 < \alpha = 0,05$, faktor ketrampilan perawat $p = 0,017 < \alpha = 0,05$, faktor sumber daya perawat $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, dan faktor kerjasama tim $p = 0,011 < \alpha = 0,05$ yang berarti H_0 ditolak atau ada pengaruh antara pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle*. Faktor pengetahuan perawat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang dengan nilai R sebesar 7,6%. Oleh karena itu perlunya pengembangan kualitas perawat melalui pendidikan dan ketrampilan kegawatdaruratan.

Kata Kunci : Pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, sumber daya perawat, kerjasama tim perawat, manajemen *care bundle*, cedera kepala

ABSTRACT

Mahoklory, Sani Serly. 2018. *The Analysis Of Factors Influencing Nurses In Conducting Care Bundle Management Of Head Injured Patients In The Emergency Departement In Kupang. Final Project, Master of Nursing, Faculty of Medicine Universitas Brawijaya. Preceptor: (1) Dr. Ahsan S.Kp, M.Kes (2) Ns. Mukhamad Fathoni, S.Kep, MNS*

The increasing number of head injury in East Nusa Tenggara (NTT) was mostly caused by traffic accident and fall. That happens due to the fact that the livelihood of majority native NTT is Palmyra Palm Tree (*Borassus flabellifer*) slicer which demands them to climb 15 to 30 meters tree. Moreover, 58.4% of native NTT does not wear helmet in riding their bike which was dangerous and life threatening if traffic accident occurred. Nurses in emergency room have important role in taking care head injured patients. However, the first aid which is care bundle management does not conducted well. Automatically, it influenced the quality of care received by patients. Thus, the objective of this study was to analyze factors influencing nurses in conducting care bundle management of head injured patients in emergency department in Kupang. The method used in this study was quantitative with cross sectional approach which involved 114 respondents. The technique used in taking the sample was purposive sampling. The obtained data which were analyzed using simple linear regression analysis shows that p value of nurses' knowledge factor is $0.003 < \alpha = 0.05$, nurses' skill factor was $p = 0.017 < \alpha = 0.05$, nurses' resources factor $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, and team work factor is $0.011 < \alpha = 0.05$. It can be concluded that H_0 is rejected or there was influence among nurses' knowledge, skill, resources, and team work on conducting care bundle management. Nurses' knowledge was the most influential factor on conducting care bundle management in emergency department in Kupang with R value of 7.6%. Therefore the need for nurse quality development through education and emergency skills.

Key words: nurses' knowledge, nurses' skill, nurses' resources, nurses' team work, care bundle management, head injury

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS	iii
IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS	iv
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Cedera Kepala	9
2.1.1 Pengertian Cedera Kepala	9
2.1.2 Epidemiologi Cedera Kepala	9
2.1.3 Etiologi Cedera Kepala	10
2.1.4 Pemeriksaan Penunjang Cedera Kepala	11
2.1.5 Penatalaksanaan Cedera Kepala	12
2.2 Konsep Manajemen <i>Care Bundle</i>	18
2.2.1 Pengertian Manajemen <i>Care Bundle</i>	18
2.2.2 Alasan Pelaksanaan Manajemen <i>Care Bundle</i>	18
2.2.3 Langkah-langkah Manajemen <i>Care Bundle</i>	19
2.2.4 Pelaksanaan Manajemen <i>Care Bundle</i>	20
2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Manajemen <i>Care Bundle</i>	26
2.2.5.1 Pengetahuan	26
2.2.5.2 Ketrampilan	29
2.2.5.3 Sumber Daya Perawat	30
2.2.5.4 Kerja Sama Tim	34
2.3 Kerangka Teori Penelitian	40



BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian 41
 3.2 Hipotesis Penelitian 43

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian 44
 4.2 Tempat dan Waktu Penelitian 44
 4.3 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling Penelitian 45
 4.4 Variabel Penelitian 46
 4.5 Defenisi Operasional 47
 4.6 Instrumen Penelitian 50
 4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas 52
 4.8 Prosedur Pegumpulan Data 52
 4.9 Kerangka Kerja 54
 4.10 Pengolahan dan Analisa Data 55
 4.11 Etika Penelitian 60

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Karakteristik Lokasi Penelitian 62
 5.2 Analisis Univariat 67
 5.3 Analisis Bivariat 71
 5.4 Analisis Multivariat 77

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh faktor pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan MCB.... 100
 6.2 Pengaruh faktor ketrampilan perawat terhadap pelaksanaan MCB..... 102
 6.3 Pengaruh faktor sumber daya perawat terhadap pelaksanaan MCB 104
 6.4 Pengaruh faktor kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan MCB... 106
 6.5 Faktor dominan pelaksanaan MCB di IGD Wilayah Kupang 108
 6.6 Implikasi Keperawatan 110
 6.7 Keterbatasan Penelitian 111

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan 112
 7.2 Saran 113

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	<i>Glasgow Coma Scale</i>	21
Tabel 4.1	Definisi Operasional Penelitian	48
Tabel 4.2	Kisi-kisi Instrumen Penelitian	51
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	67
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	67
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	68
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Masa Kerja	68
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Ketrampilan Klinis	68
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Perawat.....	69
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Ketrampilan Perawat.....	69
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Daya Perawat	69
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Kerjasama Tim Perawat.....	70
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan MCB	70
Tabel 5.11	Uji Normalitas Variabel Pengetahuan Perawat	71
Tabel 5.12	Uji Normalitas Variabel Ketrampilan Perawat	71
Tabel 5.13	Uji Normalitas Variabel Sumber Daya Perawat.....	72
Tabel 5.14	Uji Normalitas Variabel Kerjasama Tim Perawat.....	72
Tabel 5.15	Uji Normalitas Variabel Pelaksanaan MCB	73
Tabel 5.16	Interpretasi Koefisien Korelasi	73
Tabel 5.17	Korelasi Pengetahuan Perawat dengan MCB	74
Tabel 5.18	Korelasi Ketrampilan Perawat dengan MCB	74
Tabel 5.19	Korelasi Sumber Daya Perawat dengan MCB	75
Tabel 5.20	Korelasi Kerjasama Tim Perawat dengan MCB	76
Tabel 5.21	Regresi Pengetahuan Perawat terhadap MCB	77
Tabel 5.22	Regresi Ketrampilan Perawat terhadap MCB	79
Tabel 5.23	Regresi Kerjasama Tim Perawat terhadap MCB.....	81
Tabel 5.24	Regresi Sumber Daya Perawat terhadap MCB.....	83
Tabel 5.25	Regresi Faktor Yang Paling Berpengaruh terhadap MCB.....	85
Tabel 5.26	Test Kolmogorov - Smirnov	87
Tabel 5.27	Model Summary 1	89
Tabel 5.28	Coefficient 1	90



Tabel 5.29 Model Summary 2	91
Tabel 5.30 Coefficient 2	92
Tabel 5.31 Hasil Uji F	94
Tabel 5.32 Hasil Uji T	96



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Algoritme Manajemen Cedera Kepala Tanpa CT Scan 16

Gambar 2.2 Algoritme Manajemen Cedera Kepala Dengan CT Scan 17

Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian 40

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian 41

Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian 54

Gambar 5.1 Histogram Variabel Manajemen *Care Bundle*..... 86

Gambar 5.2 Normal P-P Plot Variabel Manajemen *Care Bundle*..... 87

Gambar 5.3 Scatterplot Variabel Manajemen *Care Bundle*..... 88



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian	122
Lampiran 2 Pernyataan Persetujuan Untuk Berpartisipasi Dalam Penelitian	124
Lampiran 3 Kuesioner A, B, C, D dan E	125
Lampiran 4 Lembar Obsevasi F Ketrampilan Perawat	134
Lampiran 5 Lembar Obsevasi G Pelaksanaan Manajemen <i>Care Bundle</i>	136
Lampiran 6 <i>Mapping</i> Penelitian	137
Lampiran 7 Uji Validitas dan Reliabilitas	148
Lampiran 8 Tabulasi Data Penelitian	151
Lampiran 9 Analisis Univariat	156
Lampiran 10 Analisis Bivariat	158
Lampiran 11 Analisis Multivariat	160
Lampiran 12 Surat Keterangan Telah Melakukan Studi Pendahuluan	168
Lampiran 13 Surat Persetujuan Etik	169
Lampiran 14 Surat Ijin Penelitian	171
Lampiran 15 Surat Keterangan Selesai Penelitian	177
Lampiran 16 Surat Keterangan Bebas Plagiasi	183
Lampiran 17 Surat Keterangan Bebas Jurnal Predator	184
Lampiran 18 Surat Keterangan Acceptance Jurnal	185
Lampiran 19 Jurnal Yang Telah di Publikasi	186
Lampiran 20 Abstract	192
Lampiran 21 Manuskrip	193
Lampiran 22 Lembar Konsultasi	204
Lampiran 23 Plan Of Action Tesis Penelitian	208
Lampiran 24 Dokumentasi Penelitian	209
Lampiran 25 Riwayat Hidup	211

DAFTAR SINGKATAN

- ABC : *Airway, Breathing, Circulation*
- ACLS : *Advanced Cardiac Live Support*
- ACS TQIP : *American College Of Surgeons Trauma Quality Improvement Program*
- CT SCAN : *Computerized Tomography Scanner*
- CKMB : *Creatin Kinase M-B*
- EBP : *Evidence Based Practice*
- EEG : *Elektroensefalogram*
- EKG : *Elektrokardiogram*
- ETCO₂ : *End Tidal Carbon Dioxide*
- IGD : *Instalasi Gawat Darurat*
- GCS : *Glasgow Coma Scale*
- KEMENKES : *Kementrian Kesehatan*
- MCB : *Manajemen Care Bundle*
- MRI : *Magnetic Resonance Imaging*
- NGT : *Nasogastric Tube*
- PES-NWI : *Practice Environment Scale of The Nursing Work Index*
- PK : *Perawat Klinik*
- RISKESDAS : *Riset Kesehatan Dasar*
- RR : *Respiration Rate*
- SOP : *Standart Operasional Prosedur*
- TIK : *Tekanan Intrakranial*
- TBI : *Traumatic Brain Injury*
- WHO : *World Health Organization*



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera kepala merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Di Amerika Serikat kematian yang disebabkan oleh cedera kepala telah mencapai 18,4% per 100.000 orang dengan rata-rata 53.014 kasus pertahun (Coronado, *et al.*, 2011; Bosch, *et al.*, 2014). *World Health Organization* (WHO) memprediksi antara tahun 2000 dan 2020 terjadi peningkatan angka kejadian cedera kepala, terutama pada negara-negara berkembang dan berpenghasilan rendah seperti Timor-Timor, Laos, Indonesia dan Vietnam. Hal ini diperjelas dengan peningkatan cedera nasional di Indonesia yaitu pada tahun 2007 sebanyak 7,5% dan tahun 2013 sebesar 8,2% kasus dengan prevalensi tertinggi di temukan di sulawesi selatan (12,8%). Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) ditemukan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) (Risksedas, 2013).

Sebagian besar kasus cedera kepala di Provinsi NTT merupakan dampak dari kecelakaan lalu lintas (34,2%) dan jatuh (55,5%). Hal ini disebabkan mayoritas mata pencarian penduduk asli NTT adalah pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan mereka memanjat pohon setinggi 15-30 meter tanpa alat perlindungan diri. Mekanisme cedera yang ditimbulkan saat terjatuh dari pohon lontar adalah deselerasi cepat kedepan dengan benturan utama pada kepala dan servikal.

Selain itu, kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm (58,4%), saat berkendara roda dua akan sangat berbahaya dan mengancam nyawa apabila terjadi kecelakaan lalu lintas (Fox, 1996; Risikesdas, 2013).

Manajemen cedera kepala yang baik dan tepat akan mempengaruhi kualitas perawatan dan *outcome* pasien. Pengolahan cedera kepala dimulai dengan penanganan cedera kepala ringan untuk mengoptimalkan pemulihan dari cedera kepala primer dan mencegah terjadinya cedera kepala sekunder. Pengelolaan cedera kepala sedang dan berat dengan *survival rate* yang lebih rendah harus segera dilakukan tindakan resusitasi, anamnesis, pemeriksaan fisik, neurologi dan pemeriksaan penunjang CT Scan untuk menegakkan diagnosa, mengurangi keterlambatan evaluasi unsur vital serta menghindari terjadinya cedera kepala sekunder (EMHI, 2015; Tobing, 2011).

Secara garis besar perawat IGD memiliki peran penting dalam penanganan awal dan pengambilan keputusan independen dalam kondisi gawat darurat terutama pada pasien cedera kepala, agar tidak jatuh dalam kondisi cedera kepala sistemik, kecacatan dan kematian (Damkliang, *et al.*, 2013). Faktanya masih sedikit perawat yang melaksanakan pengelolaan cedera kepala berdasarkan pengembangan *evidence based practice* (EBP) keperawatan. Untuk itu pedoman penanganan dan pengobatan cedera kepala menjadi satu aspek penting bagi pasien, di mana kondisi cedera kepala membutuhkan keefektifan tindakan dari tim kerja di IGD (Whitaker Lea, *et al.*, 2017).

Pedoman untuk manajemen cedera kepala yang berstandar internasional masih erat kaitannya dengan intervensi medis seperti pada *Early Management Of Head Injury In Adults 2015*, *ACS TQIP Best Practices The Management Of Traumatic Brain Injury 2015*, *Managing Patient With Severe Traumatic Brain Injury 2014* and *Severe and Penetrating Traumatic Brain Injury in the Context of War 2008* dan penerapannya yang tidak spesifik untuk keperawatan, sehingga sulit untuk dilaksanakan oleh perawat di IGD. Hal ini tentunya akan mempengaruhi kinerja perawat sebagai satu tim

manajemen cedera kepala di IGD (McNett & Gianakis A., 2010). Berdasarkan hasil penelitian Khormi, *et al.* (2015) tentang manajemen cedera kepala bahwa perlunya sebuah pedoman sistematis yang dikembangkan sebagai rekomendasi untuk membimbing praktisi keperawatan dalam mengambil keputusan perawatan yang tepat dan spesifik pada cedera kepala.

Kurangnya pelaksanaan manajemen awal cedera kepala dapat menyebabkan beragam perawatan dan menempatkan pasien pada resiko terjadinya peningkatan tekanan intrakranial serta cedera otak sistemik.

Sehingga untuk mengatasi kesenjangan dalam penerapan manajemen keperawatan cedera kepala, maka dikembangkan dan dimplementasikan *care bundle* sebagai penanganan awal perawat pada pasien dengan cedera kepala, yang secara teknik merupakan tindakan mandiri dari keperawatan gawat darurat. (Meng, *et al* 2012; Damkliang, *et al.*, 2015b). Namun, hingga saat ini masih sedikit perawat yang melakukan manajemen *care bundle* secara tepat dan lugas di Indonesia, sehingga akan mempengaruhi kualitas penanganan awal pada pasien dengan cedera kepala.

Setengah angka kematian pada cedera kepala terjadi pada 2 jam pertama dan kerusakan neurologis tidak terjadi saat trauma (cedera primer), tetapi terjadi dalam beberapa menit, jam dan hari. Hal ini menunjukkan bahwa akibat sekunder dari cedera menyebabkan peningkatan angka kematian dan kecacatan. Oleh karena itu pelaksanaan manajemen *care bundle* yang baik, cepat dan benar dapat meningkatkan kualitas perawatan yaitu cedera kepala primer tidak jatuh dalam kondisi cedera kepala sekunder dan bertahan untuk proses pemulihan kesehatan selanjutnya. Pengetahuan, ketrampilan kerjasama tim, fasilitas kesehatan dan sumber daya perawat yang berkompeten berperan dalam menerapkan *care bundle* pada pasien dengan cedera kepala di IGD. (BTF, 2007; Damkliang, *et al.*, 2015).

Care bundle merupakan salah satu solusi untuk mengenalkan praktik keperawatan dalam mengoptimalkan perawatan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan (Norman, 2010). *Care bundle* didefinisikan sebagai sekumpulan kecil intervensi spesifik bagi keperawatan yang secara EBP dapat diterapkan pada pasien cedera kepala, dengan mengaplikasikan empat komponen dari *care bundle* secara bersamaan atau sepaket untuk hasil yang lebih efektif (Sedwick, *et al.*, 2012).

Komponen awal dalam manajemen *care bundle* adalah penilaian tingkat kesadaran. Penilaian tingkat kesadaran dan pemantauan berulang secara sistematis dapat mengidentifikasi secara awal perbaikan atau perburukan pada pasien cedera kepala melalui *Glasgow Coma Scale* (GCS) (Kondo, *et al.*, 2011). Penilaian GCS secara berkala bertujuan untuk mengevaluasi adanya hematoma dan oedema serebral (Damkliang, *et al.*, 2014). *Scoring* GCS pada cedera kepala dibagi menjadi tiga bagian yaitu skor ≥ 13 kategori ringan, 9 sampai 12 kategori sedang dan ≤ 8 kategori cedera otak sedang (ACS TQIP Committee On Trauma, 2015).

Komponen kedua *care bundle* adalah penilaian frekuensi pernafasan. Perubahan frekuensi pernafasan yang dialami oleh pasien cedera kepala disebabkan adanya perdarahan intraserebral, sehingga mengganggu fungsi regulator pernafasan di otak. Perdarahan intraserebral berdampak pada peningkatan tekanan intrakranial. Jika terjadi perdarahan masif dan tidak segera di tangani akan menyebabkan herniasi jaringan otak dan hipoksia (Lyn Shin Bor., *et al.*, 2015). Hal ini dijelaskan dalam hukum *Monroe-Kellie* bahwa volume otak adalah tetap, jika ada benda asing di dalamnya maka akan ada mekanisme kompensasi berupa perpindahan cairan dan jaringan otak. Pada kondisi ini, regulator pernafasan yang berada di medula oblongata akan terdesak sehingga berdampak pada gagal nafas dan kematian.

Berdasarkan hasil penelitian Yu, *et al* (2012) menunjukkan bahwa pasien dengan frekuensi nafas ≤ 12 kali/menit atau ≥ 24 kali/menit memiliki *outcome* yang buruk, diantaranya kecacatan permanen dan kematian.

Komponen ketiga dari *care bundle* adalah penilaian frekuensi denyut nadi dan tekanan darah. Pemantauan nadi secara berkala untuk mendeteksi adanya hipotensi sebagai penyebab terjadinya cedera otak sekunder akibat hipoperfusi dan pengiriman oksigen yang terganggu ke otak dan juga untuk menggambarkan tekanan pada perfusi serebral, sehingga memberikan informasi yang berguna dalam pengelolaan cedera kepala secara optimal.

Hipotensi sistemik didefinisikan sebagai TD sistolik ≤ 90 mmHg (Carney, *et al.*, 2016).

Komponen *care bundle* keempat adalah pengaturan posisi 30° pada bagian kepala tempat tidur pasien. Pasien dengan cedera kepala harus dirawat dalam posisi *semi fowler* untuk memaksimalkan drainase vena (mencegah peningkatan volume darah vena serebral) (Resar, *et al.*, 2012; Damkliang, *et al* 2015b). Posisi kepala tempat tidur 30° secara signifikan dapat mengurangi tekanan intrakranial dan memperbaiki *Cerebral perfusion pressure* (CPP) tanpa adanya efek buruk pada oksigenasi serebral. Hal ini dibuktikan pada 33 pasien cedera kepala yang diobservasi selama 15 menit menunjukkan bahwa adanya penurunan pada tingkat tekanan oksigen jaringan otak (PbtO₂) (Kowalski, *et al.*, 2014). Tindakan tersebut merupakan rangkaian komponen dari manajemen *care bundle* yang harus dilaksanakan oleh perawat secara berkala yaitu setiap 15-30 menit (Damkliang, *et al* 2015b).

Pendekatan *care bundle* telah dikembangkan dan digunakan secara luas di negara-negara barat tanpa terkecuali di Indonesia, terutama di unit perawatan intensif dan unit bedah sentral (Trisyani, 2016).

Penatalaksanaan *care bundle* di instalasi gawat darurat dapat memberikan hasil klinik yang lebih baik tidak hanya pada pasien dengan cedera kepala tetapi dapat juga memperbaiki perawatan pada pasien stroke, sepsis, henti jantung, penyakit paru obstruktif kronik, dan asma akut (IHI, 2016).

Manajemen *care bundle* juga berfungsi dalam meningkatkan kualitas perawatan, mengurangi biaya perawatan kesehatan, menurunkan lama tinggal pasien di rumah sakit (Ballantyne, *et al.*, (2016); Steiner, *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil wawancara perawat dan data rekam medis di RSUD S.K.

Lerik Kota Kupang tahun 2016 didapatkan jumlah kunjungan cedera kepala sebanyak 210 pasien dengan kasus terbanyak terjadi pada laki-laki, usia antara 15-24 tahun yaitu 119 kejadian, serta tingkat keberhasilan penanganan yang minimal, diantaranya pelaksanaan *care bundle* yang belum optimal. Salah satunya saat penanganan pasien cedera kepala primer yang tidak terpantau dengan baik status hemodinamiknya sehingga jatuh pada kondisi cedera sekunder yang mengakibatkan kematian (Rekam Medis RSUD S.K Lerik Kota Kupang, 2016).

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang. Dengan harapan penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam mengembangkan pengetahuan, ketrampilan kerjasama tim dan sumber daya perawat dalam tatalaksana keperawatan gawat darurat, yang menunjang kinerja perawat dalam mengurangi angka kecacatan dan kematian pada pasien dengan cedera kepala di IGD Wilayah Kupang.

1.2 Rumusan Masalah

Manajemen *care bundle* merupakan tindakan spesifik keperawatan dalam penanganan awal cedera kepala untuk memperbaiki proses perawatan pasien yang lebih baik, dengan menganalisis hambatan-hambatan yang dihadapi perawat di instalasi gawat darurat dalam penerapan manajemen *care bundle*. Oleh karena itu rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kota Kupang?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD wilayah Kota Kupang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh faktor pengetahuan perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD
2. Menganalisis pengaruh faktor ketrampilan perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD
3. Menganalisis pengaruh faktor sumber daya perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD
4. Menganalisis pengaruh faktor kerjasama tim dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD
5. Menganalisis faktor yang memiliki pengaruh paling kuat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu teori pengembangan manajemen *care bundle* dalam pengelolaan pasien cedera kepala di instalasi gawat darurat.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dalam manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang

1.4.2.2 Bagi Institusi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan dan pengelolaan pasien cedera kepala melalui manajemen *care bundle* dengan memperhatikan faktor pengetahuan sebagai faktor yang paling berpengaruh dan mengembangkan ilmu pengetahuan perawat melalui pendidikan dan pelatihan kegawatdaruratan untuk mencegah prognosa buruk, mengurangi angka kecacatan dan kematian di 6 (enam) rumah sakit pemerintah Wilayah Kupang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Cedera Kepala

2.1.1 Pengertian

Cedera kepala merupakan bentuk cedera otak yang disebabkan oleh kerusakan mendadak pada otak. Kerusakan ini akibat dari adanya kekuatan mekanik eksternal atau benturan fisik dari luar seperti jatuh, olahraga, serangan dan kecelakaan lalu lintas yang dapat menimbulkan kerusakan permanen atau sementara pada fungsi neurologis yaitu gangguan fisik, kognitif, dan fungsi psikososial (Faul, *et al.*, 2015).

Cedera kepala didefinisikan sebagai cedera tumpul atau tembus pada kepala atau otak yang disebabkan adanya gaya eksternal, sehingga mengakibatkan gangguan sementara atau permanen pada fungsi otak dan adanya perubahan pada struktur otak (Clinical Practice Guideline, 2015).

2.1.2 Epidemiologi

Cedera kepala merupakan kasus yang sering terjadi di IGD seluruh dunia yaitu 108 sampai 332 kasus. Angka kejadian ini terus meningkat sebagai konsekuensi dari meningkatnya kecelakaan lalu lintas yang berkaitan dengan sarana transportasi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Mass, *et al.*, 2008). Menurut organisasi kesehatan Dunia (WHO) memprediksi bahwa pada tahun 2020, cedera kepala akibat kecelakaan lalu lintas menduduki peringkat ketiga penyebab kematian dan kecacatan (Pattuwege, *et al.*, 2016).

Kurangnya kesadaran untuk menjaga keselamatan di jalan raya menyebabkan 63% kematian terjadi karena kecelakaan kendaraan

bermotor (Kasmei, *et al.*, 2015; Widiyanto, 2007). Sebagian besar kejadian cedera kepala terjadi pada laki-laki usia antara 15 sampai 24 tahun dengan rasio 1,8:1 (Jasper, *et al.*, 2014; Bosch, *et al.*, 2014). Selain itu penyebab cedera terbanyak di Indonesia yaitu jatuh (40,9%) yang ditemukan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) (Risikesdas, 2013).

2.1.3 Etiologi

Menurut Gaw and Zonfrillo (2016) etiologi cedera kepala dibagi menjadi 5, yaitu:

1. Kecelakaan lalu lintas

Sebagian besar (63%) pasien cedera kepala yang datang di IGD disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas (Kasmei, *et al.*, 2015)

2. Jatuh

Pasien cedera kepala yang masuk ke IGD sebesar 40% disebabkan karena jatuh

3. Trauma benda tumpul

Trauma benda tumpul dapat menyebabkan luka memar, luka abrasi dan luka robek yang berdampak pada kerusakan jaringan otak. Kejadian trauma benda tumpul terdeteksi sebanyak 16,5% kasus.

4. Trauma benda tajam

Trauma benda tajam dapat menyebabkan luka iris, luka tusuk dan luka bacok yang berdampak pada cedera lokal sebesar 16,9% (Gaw and Zonfrillo, 2016).

5. Kekerasan

Kejadian trauma kepala akibat adanya kekerasan sebesar 11%.

6. Olahraga

Cedera kepala yang disebabkan oleh olahraga sebanyak 29,9% kasus (Gaw and Zonfrillo, 2016).

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. CT Scan (tanpa//dengan kontras)

Mengidentifikasi adanya hemoragik, menentukan ventrikuler, dan pergeseran jaringan otak

2. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Menggunakan medan magnet kuat dan frekuensi radio dan bila tercampur frekuensi radio yang dilepaskan oleh jaringan tubuh akan menghasilkan citra MRI yang berguna dalam mendiagnosis tumor, infark dan kelainan pada pembuluh darah.

3. Angiografi Substraksi Digital

Suatu tipe angiografi yang menggabungkan radiografi dengan teknik komputerisasi untuk memperlihatkan pembuluh darah tanpa gangguan dari tulang dan jaringan lunak di sekitarnya

4. Angiografi Serebral

Menunjukkan kelainan sirkulasi serebral seperti pergeseran jaringan otak akibat edema dan pendarahan akibat trauma yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menentukan kelainan serebral vaskuler.

5. Elektroensefalogram

Untuk memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis. EE mengukur aktifitas listrik pada lapisan superfisial korteks serebri melalui elektroda yang dipasang di luar tengkorak pasien.

6. Elektronistagmogram

Pemeriksaan elektro fisiologis vestibularis yang dapat digunakan untuk mendiagnosis gangguan sistem saraf pusat

7. Sinar X

Mendeteksi adanya perubahan struktur tulang (fraktur).
Pergeseran struktur dari garis tengah karena perdarahan dan edema adanya fragmen tulang

8. Brain Euoked Tomografi

Menentukan fungsi korteks dan batang otak

9. Positron Emmision Tomografi

Menunjukkan perubahan aktifitas metabolisme batang otak

10. Fungsi lumba, CSS

Dapat menduga kemungkinan adanya perubahan subaraknoid,

11. Gas Darah Arteri

Mengetahui adanya masalah ventilasi atau oksigenasi yang akan meningkatkan TIK

12. Kimia/elektrolit darah

Mengetahui ketidakseimbangan yang bertanggung jawab terhadap penurunan kesadaran (Price and wilson, 2006).

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita cedera kepala ditentukan atas dasar beratnya cedera dan dilakukan menurut urutan prioritas. Pasien dengan cedera kepala harus segera ditangani dan dipantau secara berkala, sebab sewaktu-waktu bisa memburuk akibat aspirasi, hipotensi, hipoxia dan lain sebagainya. Urutan prioritas penanganan cedera kepala ditentukan

berdasarkan penurunan kesadaran saat diperiksa berdasarkan *Clinical Practice Early Management of Head Injury* (2015) adalah sebagai berikut :

1. Pasien dalam keadaan sadar (GCS = 15 : *Composmentis*)

Pasien yang sadar pada saat diperiksa dapat dikategorikan menjadi dua jenis:

a. *Simple head injury* (SHI)

Pasien mengalami cedera kepala tanpa disertai gangguan kesadaran, dari anamnesa maupun gejala serebral lainnya. Pasien dengan kondisi seperti ini hanya mendapat perawatan luka, pemeriksaan radiologik sesuai dengan indikasi. Keluarga dilibatkan dalam mengobservasi tingkat kesadaran pasien

b. Kesadaran terganggu sesaat

Pasien mengalami penurunan kesadaran sesaat setelah cedera kepala dan pada saat diperiksa sudah sadar kembali. Pemeriksaan radiologik dibuat dan penatalaksanaan seperti SHI.

2. Pasien dengan kesadaran menurun

a. Cedera kepala ringan/*minor head injury* (GCS = 13-15)

Kesadaran *disoriented* atau *not obey command*, tanpa disertai defisit fokal serebral, setelah pemeriksaan fisik dilakukan perawatan luka dan CT Scan kepala jika dicurigai adanya hematom intrakranial, *follow up* kesadaran semakin menurun atau timbul lateralisasi, observasi kesadaran, pupil dan gejala fokal serebral disamping tanda-tanda vital.

b. Cedera Kepala Sedang (GCS = 9-12)

Pasien dalam kategori ini bisa mengalami gangguan kardiopulmoner, oleh karena itu urutan tindakannya sebagai berikut:

1) Periksa dan atasi gangguan jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi

- 2) Periksa tingkat kesadaran, pupil, tanda fokal serebral dan cedera organ lain. Fiksasi leher dan patah tulang ekstremitas
- 3) Foto kepala dan bila perlu bagian tubuh lain
- 4) CT Scan kepala bila curiga adanya hematoma intrakranial
- 5) Observasi fungsi vital, kesadaran, pupil, defisit fokal serebral

c. Cedera kepala berat (GCS = 3-8)

Penderita ini biasanya disertai oleh cedera yang multiple, oleh karena disamping kelainan serebral juga disertai kelainan sistemik

- 1) Resusitasi jantung paru (*airway, breathing, circulation* = ABC)

Pasien dengan cedera kepala berat, sering mengalami hipoksia, hipotensi dan hiperkapnia akibat gangguan kardiopulmoner. Oleh karena itu tindakan pertama adalah:

a) Jalan nafas (*Airway*)

Jalan dibebaskan dari lidah yang turun ke belakang dengan posisi kepala ekstensi, bersihkan sisa muntahan, darah, lendir atau gigi palsu. Isi lambung dikosongkan melalui nasogastrik untuk menghindarkan aspirasi muntahan

b) Pernafasan (*Breathing*)

Gangguan pernafasan dapat disebabkan oleh kelainan sentral atau perifer. Kelainan sentral adalah depresi pernafasan pada lesi medula oblongata, pernafasan *cheyne stokes*, *ataksik* dan *central neurogenik hyperventilation*.

Penyebab perifer adalah aspirasi, trauma dada, edema paru, DIC, emboli paru dan infeksi. Akibat dari gangguan pernafasan dapat terjadi hipoksia dan hiperkapnia. Tindakan dengan pemberian oksigen kemudian cari dan atasi faktor penyebab dan jika perlu memakai ventilator.

c) Sirkulasi (*Circulation*)

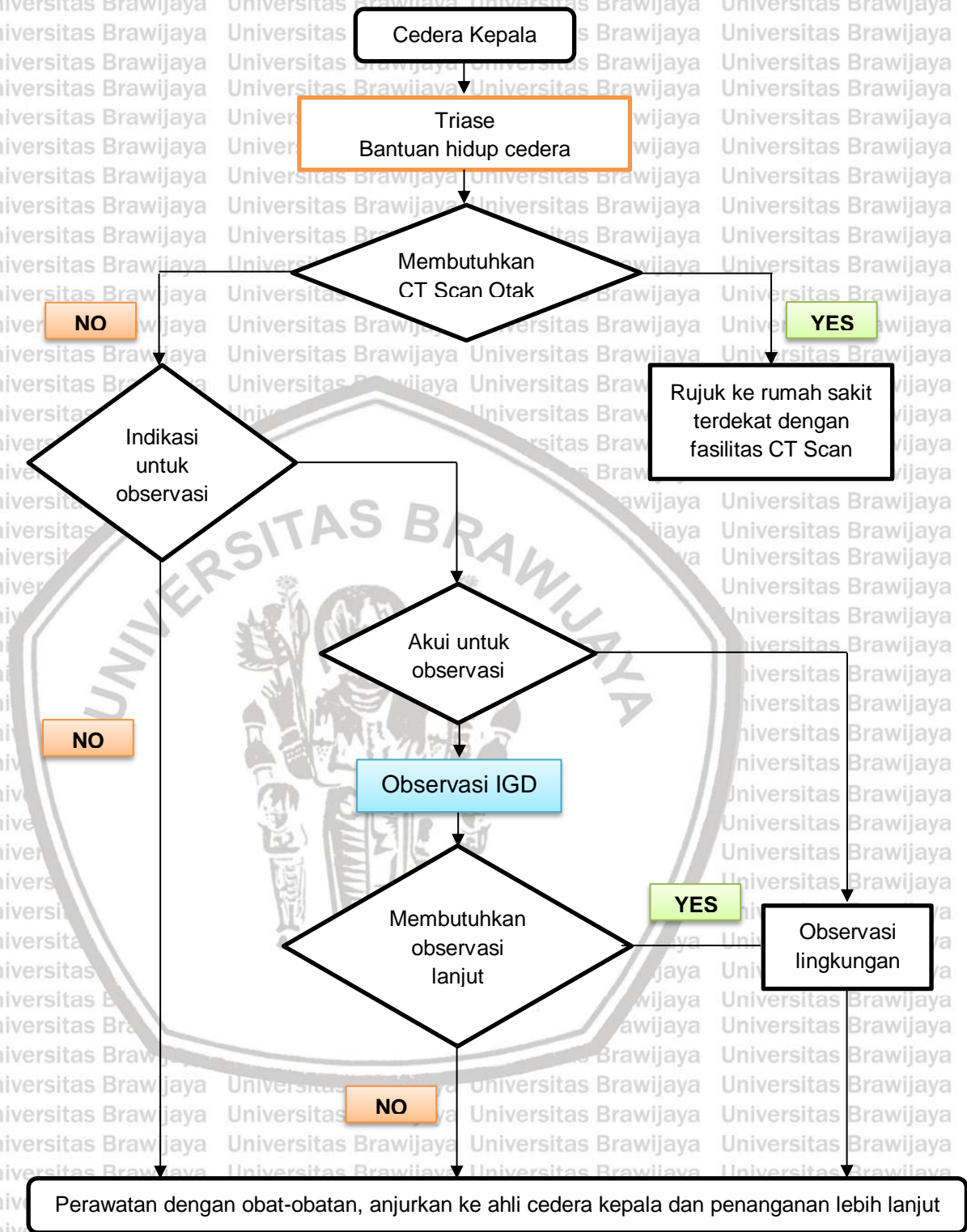
Hipotensi menimbulkan iskemik yang dapat mengakibatkan kerusakan sekunder. Hipotensi disebabkan oleh kelainan intrakranial, faktor ekstrakranial yakni berupa hipovolemi akibat perdarahan luar atau ruptur organ dalam, trauma dada disertai temponade jantung atau pneumotoraks dan syok septik. Tindakannya adalah menghentikan sumber perdarahan, perbaikan fungsi jantung dan mengganti darah yang hilang dengan plasma, *hydroxyethyl starch* atau darah.

2) Pemeriksaan fisik

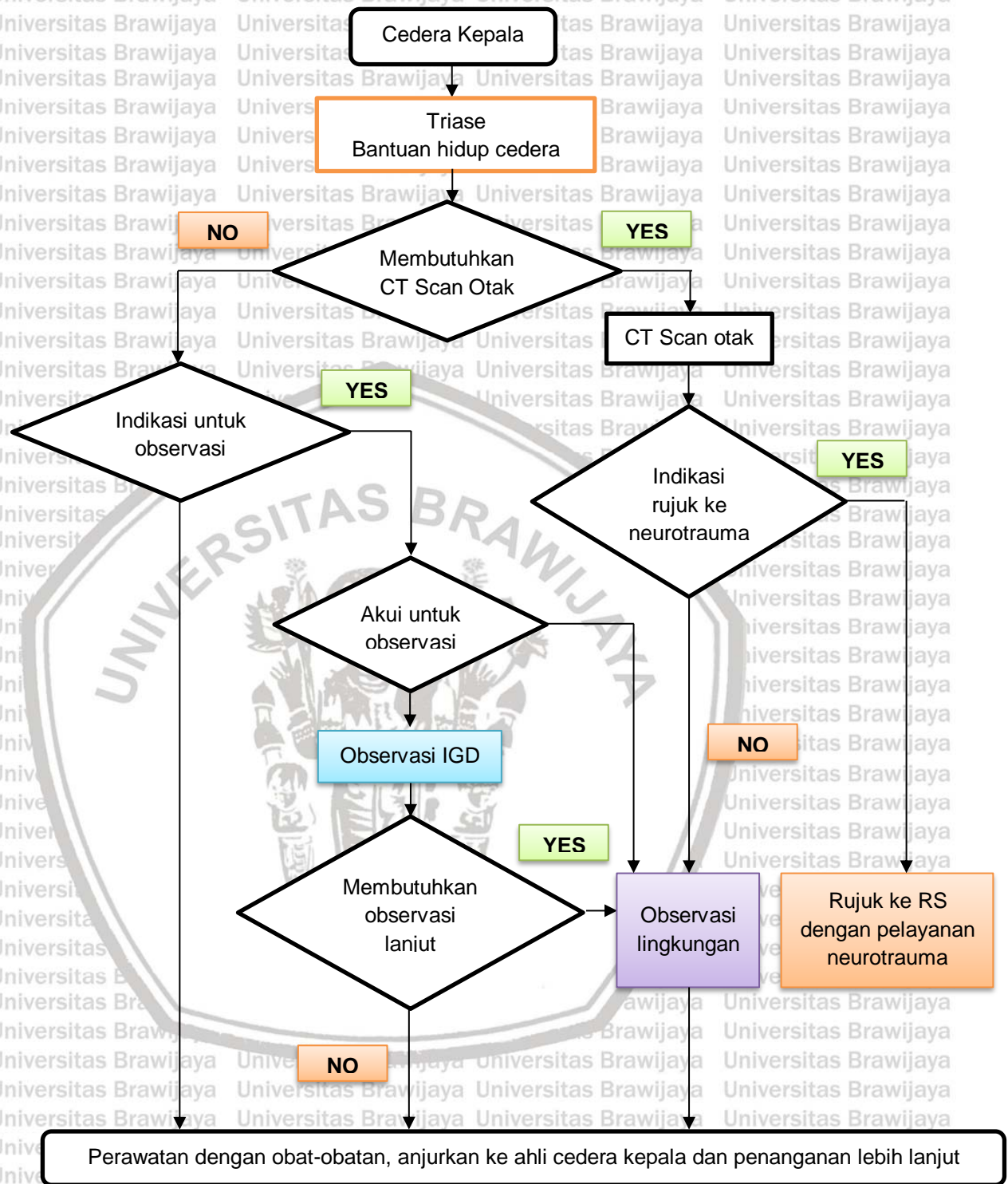
Setelah ABC, dilakukan pemeriksaan fisik singkat meliputi kesadaran, pupil, defisit fokal serebral dan cedera ekstrakranial. Hasil pemeriksaan fisik pertama ini dicatat sebagai data dasar dan ditindaklanjuti, setiap perburukan dari salah satu komponen diatas bisa diartikan sebagai adanya kerusakan sekunder dan harus segera dicari untuk ditangani penyebabnya.

3) Tekanan tinggi intrakranial (TIK)

Peninggian TIK terjadi akibat edema serebri, vasodilatasi, hematom intrakranial atau hidrosefalus. Untuk mengukur turunnainya TIK sebaiknya dipasang monitor TIK. TIK yang normal adalah berkisar 0-15 mmHg.



Gambar 2.1: Algoritme manajemen cedera kepala tanpa fasilitas ct scan, (Early Management Head Injury, 2015).



Gambar 2.2: Algoritme manajemen cedera kepala dengan fasilitas ct scan, (Early Management Head Injury, 2015)

2.2 Konsep Manajemen *Care Bundle*

2.2.1 Pengertian

Care bundle didefinisikan sebagai sekumpulan kecil intervensi keperawatan yang secara EBP dapat diterapkan pada pasien dengan cedera kepala, yang jauh lebih efektif apabila diaplikasikan secara bersamaan dari pada secara terpisah. Pendekatan *care bundle* telah dikembangkan dan digunakan secara luas di negara-negara barat tanpa terkecuali di Indonesia, terutama di unit perawatan intensif dan unit bedah sentral (Sedwick, *et al.*, 2012).

Care bundle merupakan sekumpulan intervensi terbaik berdasarkan EBP yang diperuntukkan bagi keperawatan dalam proses penanganan penyakit tertentu, dengan tujuan meningkatkan kondisi pasien (Damkliang, *et al.*, 2015b).

2.2.2 Alasan Penatalaksanaan

Fullbrook & Mooney (2003) mengemukakan bahwa terdapat beberapa alasan pentingnya *Manajemen care bundle* dalam asuhan keperawatan yakni pengelompokkan beberapa *evidence based practice* yang bila diterapkan selama perawatan akan memberikan efek klinis lebih besar pada proses penyembuhan penyakit pasien (Resar, *et al.*, 2012). Pada dasarnya *Care bundle* merupakan prinsip holistik dari tindakan keperawatan, yang secara keseluruhan memiliki komponen EBP dalam meningkatkan kondisi kesehatan pasien (Ballantyne, 2016). Dalam hal ini *care bundle* berperan penting dalam pengelolaan jalan nafas, oksigenasi, ventilasi, sirkulasi dan keseimbangan cairan serta manajemen pencegahan peningkatan tekanan intrakranial (Damkliang, *et al.*, 2015a).

Penelitian yang dilakukan oleh Damkliang *et al.* (2013) mengungkapkan bahwa *care bundle* merupakan salah satu strategi yang relevan bagi perawat dalam penanganan pasien dengan cedera kepala di IGD. Mengkaji persepsi perawat melalui 2 fase selama tahap implementasi, maka diperoleh hasil penelitian pada fase satu yaitu terdapat 5 faktor penting yang dapat diidentifikasi; (1) kualitas pelayanan, (2) bersaing prioritas, (3) peralatan yang tidak memadai, (4) kegelisahan pasien dan (5) kerjasama tim. Adapun hasil pada fase dua yang mencakup tiga tema utama yaitu (1) kualitas pelayanan dan keselamatan pasien, (2) perubahan positif dalam praktek keperawatan dan (3) pengetahuan baru, meningkatkan ketrampilan dan meningkatkan kepercayaan diri sehingga *care bundle* sangat disarankan dalam perawatan pasien di IGD.

Selain itu *care bundle* juga berperan dalam menurunkan angka kematian dirumah sakit yang dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu tahun 2006 sebesar 89,6% menjadi 71,1% ditahun 2007 (Robb, *et al.*, 2010).

2.2.3 Langkah-langkah

Panduan penanganan awal pasien dengan cedera kepala di instalasi gawat darurat mencakup *care bundle* sebagai fokus dari Manajemen *spesifik* keperawatan. Identifikasi perawatan kritis sebagai fokus dari penerapan *care bundle* menurut Fullbrook & Mooney, (2003) adalah manajemen pasien dengan cedera kepala di IGD, yang telah melalui 7 teori sebagai pedoman yang direkomendasikan dalam penentuan perawatan klinis, yaitu;

1. Mengidentifikasi tema dalam perawatan klinis
2. Mengidentifikasi sekelompok intervensi/praktik dalam satu tema dan melakukan kajian pustaka terkait pengelolaan awal cedera kepala
3. Melakukan penelusuran literatur untuk mengidentifikasi semua rujukan/pedoman yang relevan dan tinjauan literatur yang komprehensif terkait dengan masing-masing intervensi/praktik
4. Ekstraksi data dari literatur penelitian
5. Mengkategorikan penelitian/pedoman yang ada sesuai dengan kualitasnya; mengidentifikasi berdasarkan rekomendasi bukti yang ada
6. Menghapus intervensi/praktik yang tidak memiliki bukti memadai berdasarkan rujukan
7. Mengembangkan intervensi/praktik berbasis bukti dan para ahli meninjau dan membuat revisi berdasarkan masukan yang diterima

Pengembangan berbasis bukti yang dilakukan berdasarkan 7 pedoman *teoritical*, maka langkah terakhir yang dilakukan adalah mengelompokkan intervensi ke dalam elemen *care bundle*; (a) Manajemen saluran nafas dan perlindungan tulang belakang serviks, (b) Manajemen oksigenasi, (c) sirkulasi dan keseimbangan cairan, dan (d) kecacatan serta manajemen tekanan intrakranial. Sehingga diperoleh 4 tahap dalam *care bundle* yang digunakan dalam penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala di instalasi gawat darurat yaitu; (1) Penilaian tingkat kesadaran (*Scoring* GCS), (2) Penilaian frekuensi pernafasan, (3) Penilaian frekuensi denyut nadi dan tekanan darah dan (4) Pengaturan posisi kepala tempat tidur pasien 30° (Damkliang, *et al.*, 2015b).

2.2.4 Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle*

Pelaksanaan Manajemen *care bundle* menurut Damkliang, *et al* (2015) adalah:

1. Penilaian tingkat kesadaran (*Scoring GCS*)

Secara umum untuk menetapkan berat ringanya cedera kepala digunakan metode penilaian *Glasgow Coma Scale* (GCS), yaitu menilai respon membuka mata, respon bicara / verbal dan respon motorik. Nilai normal GCS pada pasien cedera kepala ringan adalah berkisar 15 – 14, sedangkan untuk cedera kepala sedang nilai GCS berkisar 9 – 13 dan untuk cedera kepala berat nilai GCS berkisar 8 – 3. Keadaan koma dapat diterjemahkan dalam GCS apabila tidak membuka mata: Eye = 1, tidak dapat berkata-kata: Verbal = 1, dan tidak dapat mengikuti perintah: Motorik = 1. Berikut tabel penentuan derajat cedera kepala berdasarkan *Glasgow Coma Scale* (GCS):

Tabel 2.1 Glasgow Coma Scale

<i>Glasgow Coma Scale</i>		
Respon Membuka Mata (<i>Eye Opening</i>)		
Kriteria	Penilaian	Skor
Membuka sebelum rangsangan	Spontan	4
Selepas rangsangan perintah lisan atau suara	Terhadap bunyi	3
Selepas menekan ujung jari	Terhadap tekanan	2
Tidak ada respon membuka mata	Tidak ada respon	1
Respon Bicara (<i>Verbal</i>)		
Kriteria	Penilaian	Skor
Memberitaukan nama, tempat dan tanggal secara tepat	Berorientasi	5
Tidak berorientasi tetapi mampu berbicara secara koheren	Bingung	4
Perkataan yang tidak teratur	Kacau	3
Perkataan tidak jelas / mengerang saja	Bunyi	2
Perkataan tidak dapat didengar	Tidak ada respon	1
Respon Motorik (<i>Motorik</i>)		
Kriteria	Penilaian	Skor
Mengikuti perintah pada 2 bagian	Mengikuti perintah	6
Mengalihkan tangan ke atas klavikula terhadap rangsangan	Melokalisir rangsangan nyeri	5
Membengkokkan lengan di siku dengan cepat tetapi tidak abnormal	Fleksi normal	4
Membengkokkan lengan di siku secara abnormal	Fleksi abnormal	3
Meluruskan lengan di siku	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada pergerakan anggota tubuh	Tidak ada respon	1

Sumber: *The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale, 2014.*



Glasgow coma scale merupakan tolak ukur klinis yang digunakan untuk menilai beratnya cedera pada cedera kepala. *Glasgow coma scale* seharusnya telah diperiksa pada penderita-penderita cedera kepala sebelum mendapat obat-obatan paralitik serta sebelum dilakukan intubasi. Derajat kesadaran mempunyai pengaruh yang kuat terhadap kesempatan hidup dan proses penyembuhan pada pasien dengan cedera kepala (Levy, et al., 2014). GCS juga merupakan faktor prediksi yang kuat dalam menentukan prognosis yaitu skor GCS yang rendah pada awal pemeriksaan cedera berhubungan dengan prognosis yang buruk (Wen, et al., 2014). Menurut Sastrodiningrat (2007) dari hasil penelitian Groswasser dan Sazbon, terhadap penyembuhan fungsional dari 134 penderita dengan gangguan kesadaran selama 30 hari, mempunyai ketergantungan total didalam aktifitas kehidupan sehari-hari dan 20% yang lain mempunyai ketergantungan terbatas. Biasanya penderita yang sembuh adalah pada usia dibawah 30 tahun dengan fungsi batang otak yang baik.

2. Penilaian frekuensi pernafasan

Frekuensi pernafasan atau *respiration Rate* (RR) adalah jumlah siklus pernafasan (Inhalasi dan Ekshalasi) dalam waktu 60 detik (1 menit). Frekuensi pernafasan merupakan salah satu komponen dari tanda-tanda vital sehingga monitoring dan pengukuran frekuensi napas bisa menjadi suatu indikator yang sensitif dalam mengetahui kondisi pasien, terutama pada pasien dengan kondisi kritis (Smith and Roberts, 2011).

a. Pengukuran Frekuensi Pernafasan

Pengukuran frekuensi pernafasan dilakukan dengan memperhatikan pergerakan dinding dada dalam satu menit. Pada

orang dewasa frekuensi pernafasan normal adalah 12-20 kali permenit dan kondisi ini juga tergantung dari berbagai faktor (Smith and Roberts, 2011). pengukuran frekuensi pernafasan yang tepat adalah menghitung frekuensi pernafasan selama 1 menit untuk menilai kondisi pernafasan dan pendeteksian awal ketidakefektifan dari pola nafas. Ketika melakukan pengukuran frekuensi napas, perlu diperhatikan kedalaman, irama, dan kesimetrisan dinding dada saat mengembang dan mengempis. Selain itu, perlu dipastikan bahwa pasien tidak mengetahui bahwa kita sedang mengukur frekuensi napasnya, karena pasien dapat mengendalikan pola napasnya dalam keadaan sadar (Larsen, *et al.*, 2016).

Volume udara hasil inspirasi atau ekspirasi pada setiap kali kita bernafas normal disebut sebagai tidal volume. Volume udara tidal bervariasi tergantung pada tingkat kegiatan seseorang. Pada kondisi tubuh istirahat, volume tidal sebanyak kira-kira 500 milimeter pada orang dewasa dan akan meningkat seiring dengan aktivitas tubuh. Untuk menghitung tidal volume secara akurat diperlukan data berat badan pasien, karena tidal volume dipengaruhi oleh berat badan. Standar pengukuran tidal volume berdasarkan berat badan adalah 6-10 ml/KgBB (Smith and Roberts, 2011).

b. Tipe Pola Pernapasan

Penilaian frekuensi nafas pada pasien yang sadar yaitu dengan memastikan tidak adanya kesulitan dalam bernafas, tidak adanya suara nafas tambahan, ekspansi dinding dada maksimal dan simetris pada kedua sisi paru-paru. Selain itu, kondisi psikologis pasien yang mengalami kecemasan, stres dan depresi akan sangat mempengaruhi frekuensi pernafasan, sehingga pasien perlu

ditenangkan terlebih dahulu. Adapun beberapa perubahan frekuensi pernafasan yaitu pola nafas dyspneu yang terjadi akibat meningkatnya usaha untuk bernafas, takipneu adalah peningkatan frekuensi pernafasan, nafas dangkal atau perubahan kedalaman pernafasan, pernafasan yang lambat (Bradipneu), dan adanya penggunaan otot bantu pernafasan.

Suara nafas tambahan merupakan suatu tanda adanya sumbatan parsial ataupun total pada jalan nafas. *Snoring* merupakan tanda adanya sumbatan partial jalan napas, biasanya disebabkan pangkal lidah jatuh ke belakang sehingga menutup jalan napas di laring. *Wheezing* adalah tanda adanya penyempitan brokus pada saluran napas bagian bawah. *Stridor* merupakan suara serak yang cukup keras yang biasa terjadi pada pasien dengan trauma inhalasi. *Chyne stoke* adalah pola pernafasan yang dangkal dan cepat kemudian menjadi lambat seiring dengan periode pernafasan. Berikut adalah pola pernafasan dan penyebabnya.

c. Pusat Pengatur Pernafasan

Irama dan pola pernafasan diatur oleh aktivitas neural di otot-otot pernafasan. Dengan kata lain, pengatur pernafasan tidak berada di paru-paru atau di otot pernafasan itu sendiri melainkan berada di pusat regulator pernafasan di otak. Kontrol pernafasan melibatkan 3 komponen penting yaitu faktor yang berhubungan dengan inspirasi dan ekspirasi, faktor yang berhubungan dengan kedalaman dan frekuensi pernafasan serta faktor yang menyebabkan kompensasi pernafasan untuk tujuan tertentu ditubuh.

Pusat kontrol pernafasan terletak dibatang otak dimana bagian ini berfungsi untuk mengatur pola pernafasan. Pusat kontrol

pengaturan pernafasan di Medulla terdiri dari gabungan beberapa sel neuron yang mengatur pergerakan otot-otot pernafasan. Dua pusat pernafasan lainnya berada di batang otak dan pons adalah *pneumotaxic Center* dan *Apneustic Center*. Dua pusat kontrol ini juga mempengaruhi output dari medula pada kondisi tertentu (Sherwood, 2012).

d. Keterkaitan Frekuensi Pernafasan Dengan Cedera Kepala

Pada pasien dengan cedera kepala, peningkatan tekanan intrakranial (ICP) sebagai akibat adanya perubahan mekanisme homeostatik harus mendapatkan penanganan yang optimal pada mekanisme pernapasannya, hal ini ditujukan untuk mencegah terjadinya kerusakan saraf karena adanya hipoksia, hiperkarbi dan asidosis pada otak (Cook, 2003).

3. Penilaian frekuensi denyut nadi dan tekanan darah

Pemantauan denyut nadi dilakukan untuk menduga adanya shock dan peninggian tekanan darah yang disertai dengan melambatnya frekuensi nadi merupakan gejala awal meningkatnya tekanan intrakranial, yang biasanya dalam fase akut disebabkan oleh hematoma epidural (Lumph, 2014). Oleh karena itu keakuratan dalam pengukuran tekanan darah dan nadi menjadi hal yang perlu diperhatikan. Denyut nadi harus dihitung selama 1 menit dalam keadaan istirahat atau tidak ada aktivitas fisik selama 20 menit (Prince, 2010).

Selain itu, adapun faktor yang mempengaruhi keakuratan pengukuran tekanan darah adalah lebar manset dan posisi lengan. Manset yang terlalu sempit akan menghasilkan pembacaan tekanan darah tinggi yang palsu sedangkan manset yang terlalu lebar akan menghasilkan pembacaan tekanan darah rendah yang palsu. *European*

standart merekomendasikan lebar manset sebaiknya 40% dan panjangnya 80-100% dari lingkaran extremitas. Posisi lengan harus ditopang pada posisi horizontal setinggi jantung. Pengaturan posisi yang tidak benar selama mengukur tekanan darah dapat menyebabkan kesalahan sebesar 10% (Jevon & Ewens, 2009).

4. Pengaturan posisi kepala tempat tidur pasien 30°

Tindakan ini dilakukan untuk meningkatkan *venous drainage* dari kepala dan elevasi kepala dapat menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, yang dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral.

2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Manajemen *Care Bundle*

Manajemen *care bundle* di IGD sangat penting dalam mengobservasi hemodinamik pasien dan mencegah prognosa buruk pada pasien cedera kepala (Damkliang, *et al.*, 2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* oleh perawat di instalasi gawat darurat adalah:

2.2.5.1 Pengetahuan

1. Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Bloom dan Skinner pengetahuan adalah kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk bukti jawaban baik lisan atau tulisan. Transisi pengetahuan keperawatan saat ini telah dikembangkan berdasarkan

EBP sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas (Goodstone, *et al.*, 2015).

2. Kategori pengetahuan

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

- a. Baik: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan
- b. Cukup: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan
- c. Kurang: Bila subyek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan

3. Tingkatan Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2012), pengetahuan mencakup 6 tingkat domain kognitif yaitu :

a. Tahu (*know*)

Mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima "tahu" ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*comprehension*)

Kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi dapat

diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode-metode, prinsip-prinsip dan lain sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya menggunakan prinsip-prinsip *care bundle* dalam pemecahan masalah manajemen gawat darurat pasien cedera kepala.

d. Analisis (*analysis*)

Kemampuan untuk menjabarkan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen. Tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain, seperti dapat menggambarkan (menurut bagian), membedahkan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada misalnya: dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan anak-anak yang kurang gizi, dapat menanggapi terjadinya wabah demam berdarah di suatu daerah, dapat menafsirkan sebab ibu-ibu tidak mau ikut program KB dan sebagainya.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang

ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas. Menurut Rogers (1974) mengemukakan bahwa sebelum seorang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri seseorang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus objek
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Sikap subjek sudah mulai terlihat
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik atau buruknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- d. *Trial*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan tentang manajemen *care bundle* sangat diperlukan oleh perawat di IGD dalam melakukan penanganan awal dan perawatan kondisi hemodinamik pasien cedera kepala untuk mencegah terjadinya cedera kepala sekunder. Hal ini tentunya erat kaitannya dengan ketrampilan yang dimiliki perawat dalam menunjang kualitas perawatan pasien (Damkliang, *et al.*, 2014).

2.2.5.2 Ketrampilan

Ketrampilan adalah kemampuan seseorang dalam menerapkan pengetahuan kedalam tindakan. Ketrampilan didefinisikan sebagai kemampuan dalam memahami masalah, kemampuan bekerja dalam

berbagai situasi, kemampuan mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi, kemampuan menyelesaikan masalah berdasarkan informasi yang ada, kemampuan memberi nilai lebih pada hasil pekerjaan, kemampuan membangun hubungan kerjasama dan kemampuan berkomunikasi untuk mengembangkan ide-ide yang dimiliki (Conley, 2007).

Ketrampilan seorang perawat diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan keperawatan sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Saat bekerja di instalasi gawat darurat perawat dituntut untuk berkembang dan memiliki kepercayaan serta kompetensi baik dalam ketrampilan klinis maupun non klinis, sehingga peran perawat dalam praktik rumah sakit dapat lebih efektif (Duchsher, 2008).

2.2.5.3 Sumber Daya Perawat

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas sebagai upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan secara menyeluruh, merata, terjangkau dan dapat diterima oleh seluruh masyarakat. Pelayanan di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam secara terus menerus selama 7 hari dalam seminggu dengan fungsi utama mencegah kematian dan kecacatan yang mungkin terjadi pada pasien, sehingga pengelolaan sumber daya perawat sangat diperlukan dalam peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan (Depkes RI, 2008, Kemenkes RI, 2012).

Penentuan jumlah tenaga kerja keperawatan di IGD menurut Kementerian Kesehatan (2011) yaitu disesuaikan dengan kondisi atau peran dan fungsi perawat dan kelas IGD tersebut. Jika IGD mempunyai Ruang Observasi Intermediate (kelas III dan IV) perlu dipertimbangkan tambahan jumlah perawat seperti rawat inap, jika tidak mempunyai ruang intermediet dapat digunakan acuan yaitu rata-rata jumlah pasien per hari, jumlah jam perawatan per hari, jam efektif perawat per hari, dan perhitungan jumlah tenaga perlu ditambah faktor koreksi hari libur/cuti/hari besar (*loss day*). Selain itu, sumber daya perawat yang ada di IGD dapat didasari dari kualitas perawat itu sendiri, baik dari segi tingkat pendidikan dan pengalaman kerja perawat.

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau suatu cara untuk memperoleh kebenaran dan pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu. Orang yang memiliki pengalaman akan mempunyai pengetahuan yang baik bila dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki pengalaman dalam segi apapun (Mubarak, 2007).

Pengalaman kerja adalah pengetahuan atau ketrampilan yang telah diketahui dan dikuasai seseorang yang akibat dari perbuatan atau pekerjaan yang telah dilakukan selama beberapa waktu tertentu (Foster, 2001). Indikator dari pengalaman kerja dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Lama waktu/masa kerja

Ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik

2. Tingkat pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki

Pengetahuan merujuk pada konsep, prinsip, prosedur, kebijakan atau informasi lain yang dibutuhkan oleh karyawan. Pengetahuan juga mencakup kemampuan untuk memahami dan menerapkan informasi pada tanggung jawab pekerjaan. Sedangkan ketrampilan merujuk pada kemampuan fisik yang dibutuhkan untuk mencapai atau menjalankan suatu tugas atau pekerjaan.

3. Penguasaan terhadap pekerjaan dan peralatan

Tingkat penguasaan seseorang dalam pelaksanaan aspek-aspek teknik peralatan dan tehnik pekerjaan.

Benner (1982) menguraikan bahwa untuk menjadi perawat ahli perlu mengembangkan ketrampilan dan memahami tentang perawatan pasien disepanjang waktu yang dapat diperoleh melalui pendidikan dan pengalaman yang banyak. Selanjutnya Benner membagi keahlian dalam 5 tingkatan yaitu *novice*, *advance beginner*, *competent*, *proficient* dan *expert*. Tahap ini melambangkan perawat yang telah memiliki pekerjaan yang sama atau situasi yang sama selama 2 atau 3 tahun, berkembang ketika perawat mulai memandang tindakannya telah mencapai sasaran, atau secara sadar mempunyai rencana dalam tindakannya. Kualifikasi pengalaman harus dimiliki oleh perawat pelaksana di ruang IGD adalah pendidikan DIII Keperawatan dengan pengalaman klinik minimal 1 tahun di rumah sakit (Kemenkes RI, 2011).

Pengalaman dan kompetensi perawat di atur dalam model jenjang karir perawat di Indonesia (Pedomen Depkes, 2006). Penjejjangan karir perawat profesional yang meliputi perawat klinik, perawat manajer, perawat pendidik dan perawat peneliti diatur kedalam lima tingkatan, sebagai berikut:

1. Perawat Klinik I (PK I)

Perawat klinik I (*Novice*) adalah perawat lulusan D-III telah memiliki pengalaman kerja 2 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 0 tahun, dan mempunyai sertifikat PK-1.

2. Perawat Klinik II (PK II)

Perawat klinik II (*Advance Beginner*) adalah perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja 5 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 3 tahun, dan mempunyai sertifikat PK-II.

3. Perawat Klinik III (PK III)

Perawat klinik III (*competent*) adalah perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja 9 tahun atau Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman klinik 6 tahun atau Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 0 tahun, dan memiliki sertifikat PK-III. Bagi lulusan D-III Keperawatan yang tidak melanjutkan ke jenjang S-1 Keperawatan tidak dapat melanjutkan ke jenjang PK-IV dan seterusnya. Standart kompetensi perawat IGD

Perawat Klinik III:

- a. Mampu mengidentifikasi EKG gawat darurat
- b. Mampu melakukan pertolongan pertama klien dengan kegawat daruratan
- c. Mampu memasang NGT dengan risiko
- d. Mampu memberikn asuhan keperawatan dengan total care
- e. Mampu membimbing PK I dan PK II
- f. Mampu ACLS

4. Perawat Klinik IV (PK IV)

Perawat klinik IV (*Proficient*) adalah Ners (lulusan S-1 Keperawatan plus pendidikan profesi) dengan pengalaman kerja 9 tahun atau Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 2 tahun, dan memiliki sertifikat PK-IV atau Ners Spesialis Konsultan dengan pengalaman kerja 0 tahun.

5. Perawat Klinik V (PK V)

Perawat klinik V (*Expert*) adalah Ners Spesialis dengan pengalaman kerja 4 tahun atau Ners Spesialis Konsultan dengan pengalaman kerja 1 tahun, dan memiliki sertifikat PK V

2.2.5.4 Kerja sama tim

1. Pengertian

Kerjasama tim merupakan kumpulan individu yang bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan. Kumpulan individu tersebut memiliki aturan dan mekanisme kerja yang jelas serta saling tergantung antara satu dengan yang lain. Tim kerja menghasilkan sinergi yang positif melalui usaha yang terkoordinasi (Nursalam, 2011).

2. Siklus Sebuah Tim

Secara umum perkembangan suatu tim dapat dibagi 5 tahap (Robbins, 2002).

a. Tahap pembentukan (*Forming stage*)

Tahapan di mana para anggota setuju untuk bergabung dalam suatu tim. Karena kelompok baru dibentuk maka setiap orang membawa nilai, pendapat, dan cara kerja sendiri. Konflik sangat jarang terjadi dan cenderung belum dapat memilih pemimpin

b. Tahap timbulnya konflik (*Storming stage*)

Tahapan di mana kekacauan mulai timbul di dalam tim. Pemimpin yang dipilih seringkali dipertanyakan kemampuannya dan anggota kelompok tidak ragu untuk mengganti pemimpin yang dinilai tidak mampu. Komunikasi yang terjadi sangat sedikit karena setiap orang tidak mau lagi menjadi pendengar dan sebagian lagi tidak mau berbicara secara terbuka.

c. Tahap normalisasi (*Norming stage*)

Tahapan di mana individu yang ada dalam tim mulai merasakan manfaat bekerja sama dan berjuang agar tim tetap solid. Oleh karena semangat kerjasama mulai timbul, setiap anggota bebas untuk mengemukakan pendapatnya kepada seluruh anggota tim.

d. Tahap keempat adalah berkinerja (*Performing stage*)

Tahapan di mana tim sudah berhasil membangun sistem yang memungkinkan untuk dapat bekerja secara produktif dan efisien.

e. Tahap pembubaran (*Adjourning stage*)

Tahap ini untuk kelompok kerja yang kerjanya tidak permanen, misalnya tim, komisi atau panitia.

Beberapa penelitian menunjukkan kerjasama tim sangat mempengaruhi kualitas penanganan dan perawatan pada pasien dengan cedera kepala menurut Robert (2005), komponen kerjasama tim terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu:

1) Kerjasama

Kerjasama dalam tim menjadi sebuah kebutuhan dalam mewujudkan kinerja dan prestasi kerja yang baik.

2) Kepercayaan

Kepercayaan adalah suatu proses ketergantungan historis yang didasarkan pada sampel-sampel pengalaman yang relevan namun terbatas. Kunci utama yang mempengaruhi kepercayaan dalam kerjasama tim adalah integritas, kompetensi, konsistensi, loyalitas dan keterbukaan.

3) Kekompakan

Sebuah proses dimana rasa kebersamaan muncul untuk mengatasi perbedaan-perbedaan dan motif-motif individual untuk tetap berada dalam satu tim kerja. Hal ini dapat terlihat dari hasil kerja perawat pelaksana yang menjalankan fungsi keperawatan dibawah pengawasan perawat profesional sebagai salah satu tim kerja dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional.

3. Dimensi tim yang efektif

Menurut Smither, *et al.*, (1996) bahwa terdapat 9 dimensi dalam model efektifitas tim yang dapat digunakan untuk mengevaluasi anggota tim dan mengidentifikasi kekuatan serta kelemahan yang ada di dalam tim yaitu:

a. Pemahaman, relevansi dan komitmen pada tujuan

Setiap anggota tim harus memahami tujuan tim secara jelas dan memiliki kemauan untuk mewujudkan tujuan-tujuan tim karena tujuan tim adalah merupakan hasil dari tujuan bersama dimana tujuan tim pada akhirnya akan mendorong terwujudnya kerjasama dalam tim sehingga kerjasama tim mampu untuk meningkatkan prestasi, produktivitas, dan menciptakan hubungan kerja yang positif diantara sesama anggotanya

b. Komunikasi mengenai ide dan perasaan

Komunikasi di antara anggota tim harus melibatkan penyampaian dan penerimaan informasi tentang ide-ide dan perasaan. Tim yang efektif akan mengabaikan atau menekan perasaan sehingga tim berisiko kehilangan informasi yang berharga dan dapat melemahkan kohesivitas tim. Hal serupa dikemukakan oleh Dingley, *et al.*, (2008) dalam penelitiannya bahwa kegagalan komunikasi dapat menyebabkan 70% kejadian sentimen selama tiga tahun terakhir dengan sekitar 60% kejadian yang menyebabkan kematian. Kegagalan komunikasi menjadikan kerjasama tim minimal dimana komunikasi antara tim hanya terjadi disaat kondisi pasien memburuk. Hal ini tentunya sangat mempengaruhi keberhasilan tindakan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

c. Kepemimpinan yang berpartisipasi

Kepemimpinan harus berpartisipasi dan mendistribusikan peran kepemimpinannya kepada semua anggota tim

d. Fleksibel dalam menggunakan prosedur pembuatan keputusan

Prosedur pengambilan keputusan harus sesuai dengan kebutuhan tim yaitu adanya keterbatasan waktu, ketrampilan anggota dan implikasi dari setiap keputusan

e. Manajemen konflik yang konstruktif

Tim yang tidak efektif sering mencoba untuk mengabaikan konflik sedangkan tim yang efektif dapat menggunakan konflik dengan cara yang konstruktif.

f. Kekuasaan berdasarkan keahlian, kemampuan dan informasi

Anggota tim harus mampu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain untuk mengkoordinasikan kegiatan tim. Kekuasaan dan saling mempengaruhi ini harus terwujudkan secara merata dalam tim.

g. Kohesi Tim

Dalam tim yang kohesi, setiap anggota merasa saling menyukai antara satu sama lainnya dan merasa puas dengan keanggotaan tim mereka. Tim yang memiliki kohesivitas tinggi akan cenderung meningkatkan produktivitas meskipun dikombinasikan dengan dimensi lain.

h. Strategi pemecahan masalah

Tim harus mampu mengenali masalah dan menghasilkan solusi secara tepat. Setelah solusinya diimplementasikan, tim harus mengevaluasi keefektifan dari tindakan atau solusi tersebut. Ketika sebuah tim mampu untuk mengenali masalah-masalah yang sering muncul dan menyelesaikannya dengan memberikan solusi yang tepat maka sebuah tim yang efektif juga akan mampu untuk mengidentifikasi kemungkinan-kemungkinan masalah-masalah yang akan muncul dikemudian hari serta mampu memberikan solusi yang inovatif

i. Efektifitas interpersonal

Anggota tim harus mampu untuk berinteraksi dengan anggota tim lainnya secara efektif sehingga membuat efektifitas interpersonal anggota tim menjadi meningkat. Efektifitas interpersonal dapat diukur dengan menggabungkan konsekuensi tindakan anggota kelompok dengan tujuan anggota tim. Kecocokan

antara tujuan anggota tim dan konsekuensi dari peningkatan perilaku mereka, maka membuat interpersonal efektifitas anggota tim juga menjadi meningkat.

4. Manfaat dan fungsi tim kerja

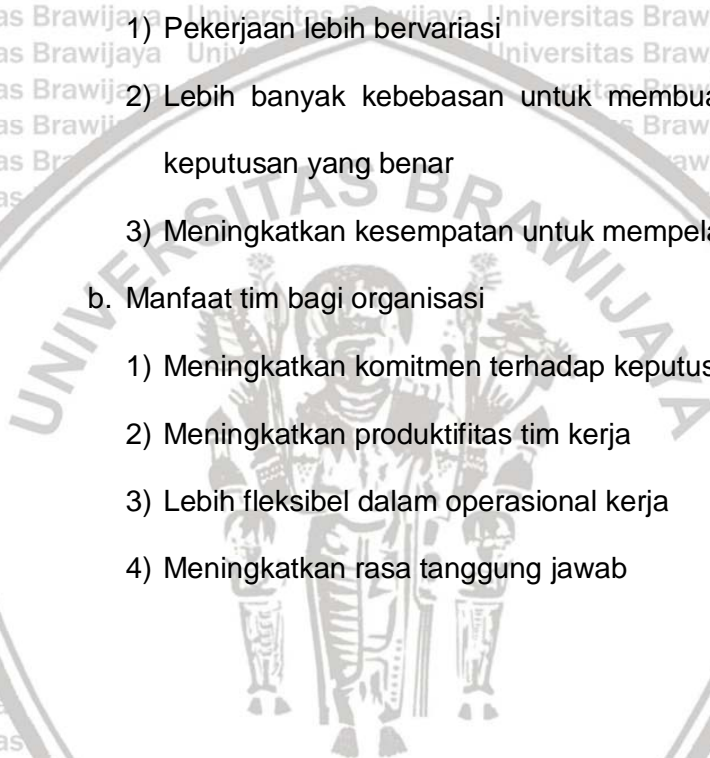
Richard Chang & Mark Curtin (1998) menyatakan manfaat tim bagi individu dan tim bagi organisasi, yaitu:

a. Manfaat tim bagi individu

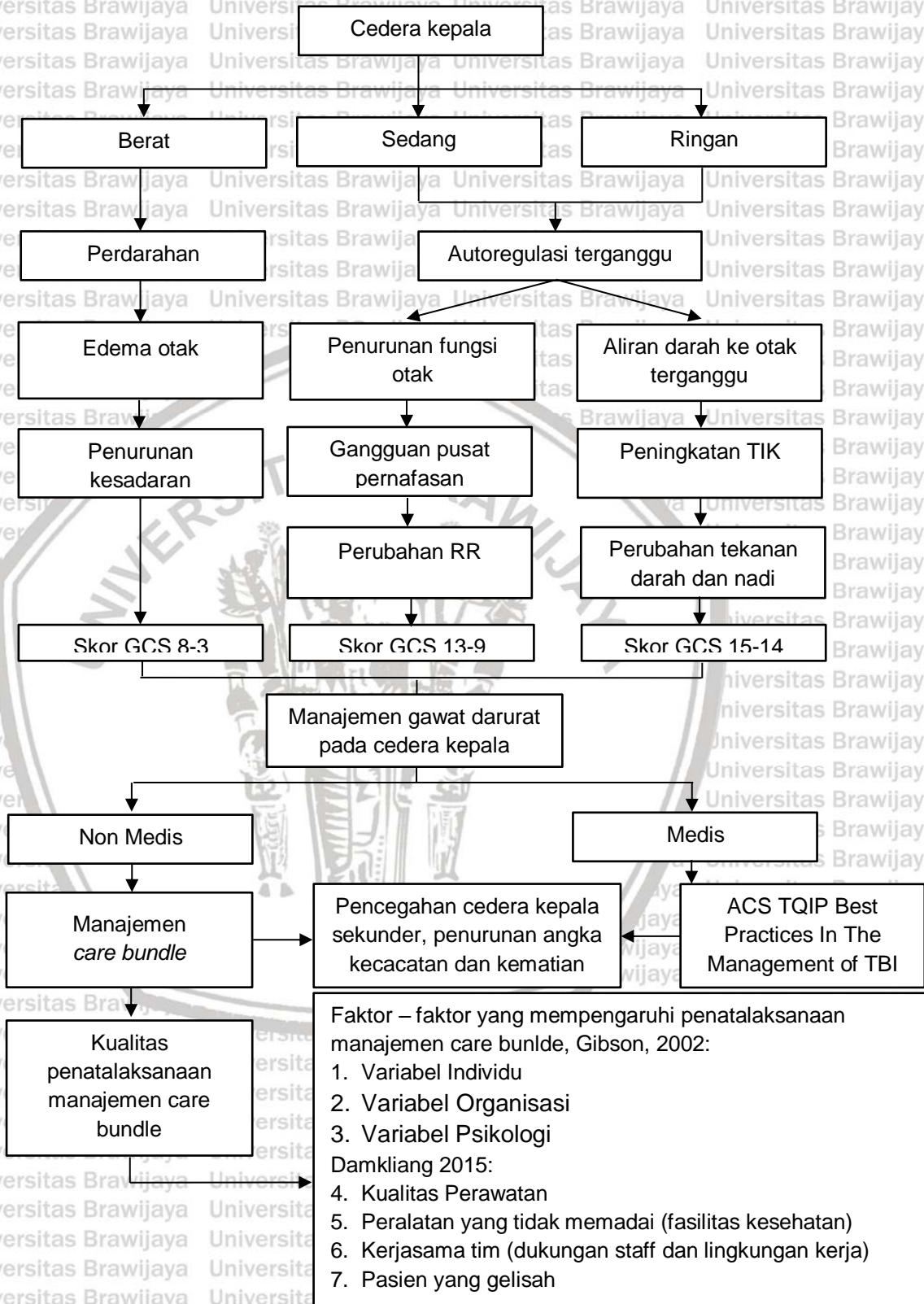
- 1) Pekerjaan lebih bervariasi
- 2) Lebih banyak kebebasan untuk membuat dan menindaklanjuti keputusan yang benar
- 3) Meningkatkan kesempatan untuk mempelajari keahlian baru

b. Manfaat tim bagi organisasi

- 1) Meningkatkan komitmen terhadap keputusan yang diambil
- 2) Meningkatkan produktifitas tim kerja
- 3) Lebih fleksibel dalam operasional kerja
- 4) Meningkatkan rasa tanggung jawab



2.3 Kerangka Teori

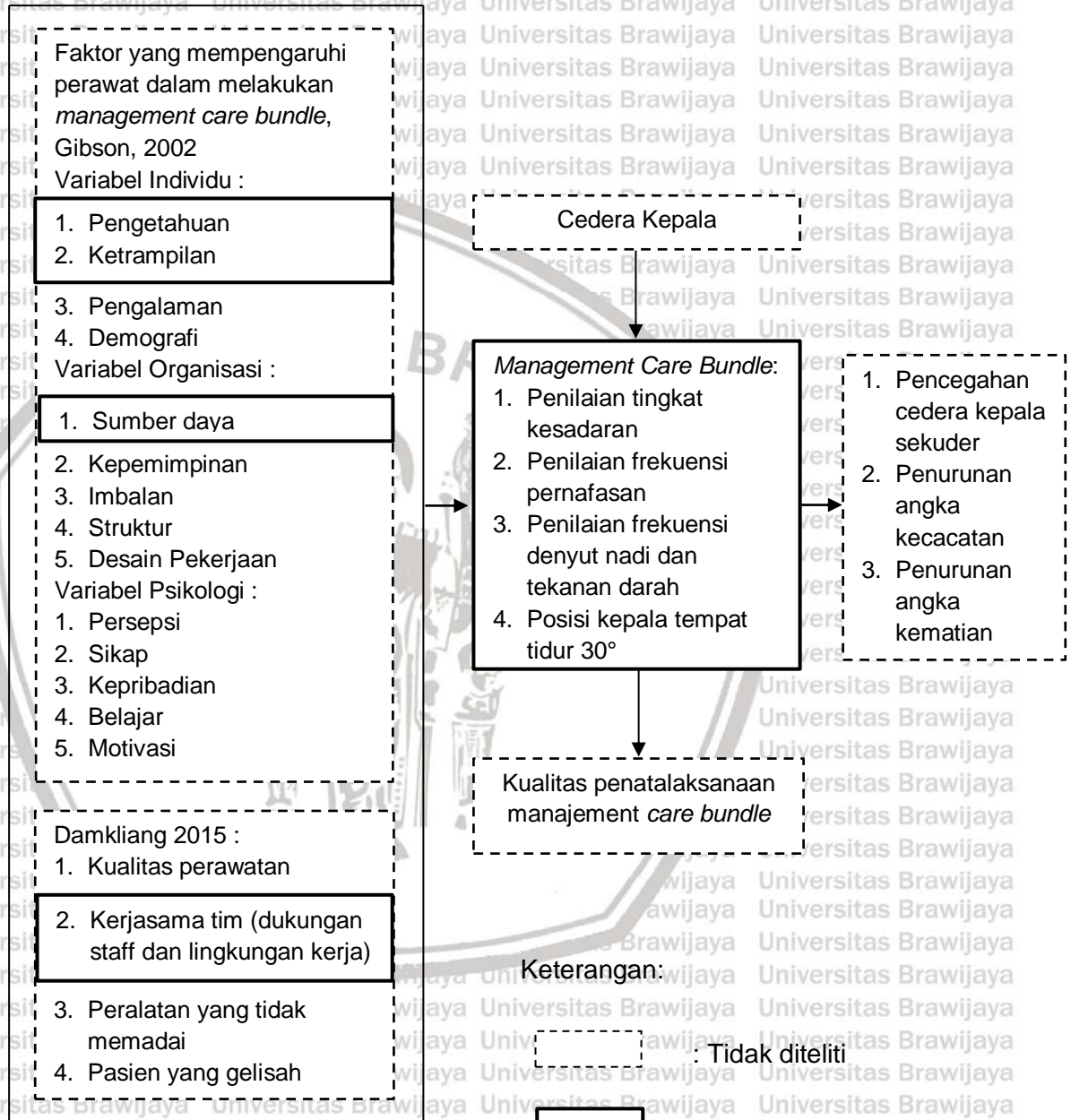


Gambar 3: Kerangka Teori Penelitian Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala.

BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Model Teori Damkliang (2015) dan Gibson (2002) dalam Nursalam (2016).

Penjelasan Kerangka Konsep

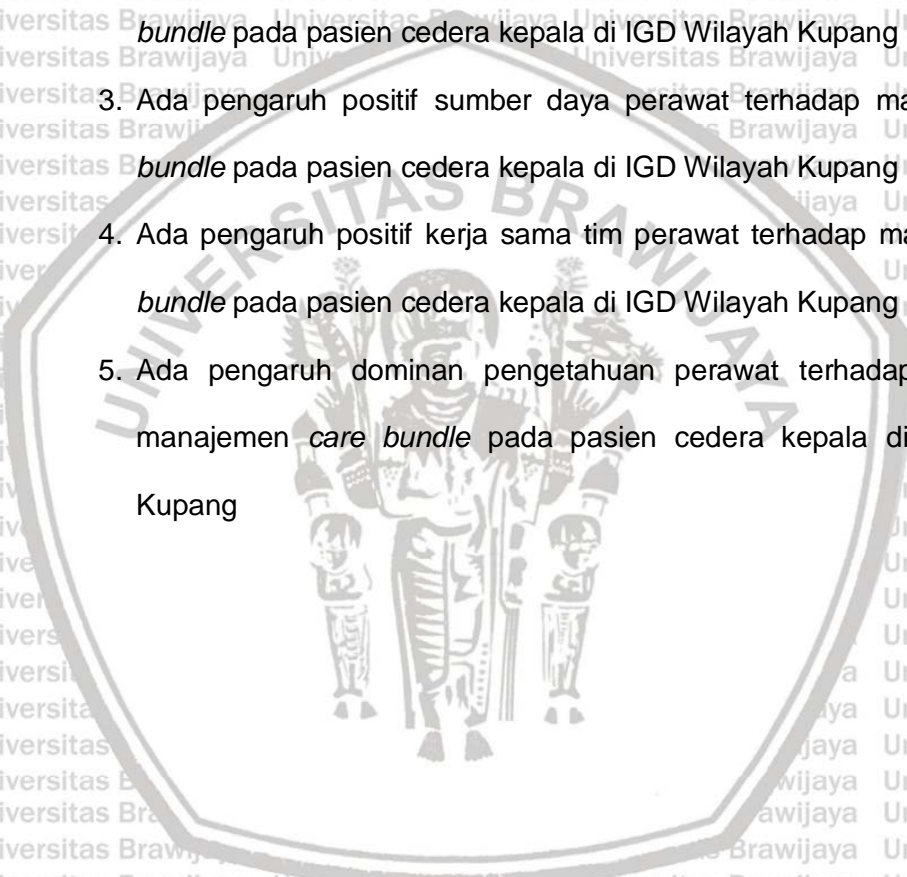
Cedera kepala merupakan suatu kondisi yang membutuhkan penanganan segera dan tepat untuk meningkatkan kehidupan pasien dan proses penyembuhan penyakit. Penerapan manajemen *care bundle* yang dilakukan oleh perawat secara tepat dan komprehensif akan memberikan hasil yang maksimal pada perawatan pasien cedera kepala. Manajemen *care bundle* membutuhkan pengalaman perawat baik secara pengetahuan maupun ketrampilan.

Menurut Nursalam (2015), faktor yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu adalah ketrampilan dari perawat. Menurut Gibson (2002) kinerja individu perawat dipengaruhi oleh 3 variabel yaitu variabel individu yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan, pengalaman, dan demografi, pada variabel organisasi terdiri dari perilaku organisasi dalam hal ini sumber daya perawat dan variabel psikologi yang tidak diikutsertakan dalam penelitian ini. Manajemen *care bundle* dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu kualitas perawatan, kerjasama tim, peralatan yang tidak memadai, dan pasien yang gelisah (Damkliang, *et al.*, 2015). Manajemen *care bundle* membutuhkan peran aktif dari perawat instalasi gawat darurat dalam menilai kondisi hemodinamik pasien yang berkaitan dengan pengetahuan dan perilaku individu dalam mengelola pasien dengan cedera kepala melalui penilaian tingkat kesadaran, penilain frekuensi pernafasan, penilaian frekuensi tekanan darah dan nadi serta pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien untuk mencegah terjadinya cedera kepala sekunder, menurunkan angka morbiditas dan mortalitas cedera kepala (Damkliang, *et al.*, 2015).

3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah atau pertanyaan penelitian, maka berdasarkan rumusan masalah diatas, dapat diasumsikan hipotesi penelitian sebagai berikut :

1. Ada pengaruh positif pengetahuan perawat terhadap manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang
2. Ada pengaruh positif ketrampilan perawat terhadap manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang
3. Ada pengaruh positif sumber daya perawat terhadap manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang
4. Ada pengaruh positif kerja sama tim perawat terhadap manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang
5. Ada pengaruh dominan pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian analitik korelasional. Penelitian analitik korelasional adalah penelitian yang mengkaji hubungan/pengaruh antara variabel tanpa adanya suatu intervensi dari peneliti dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali dan dinilai secara simultan pada suatu saat tanpa ada tindak lanjut dari peneliti (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini peneliti melihat pengaruh antara pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, sumber daya perawat dan kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD Rumah Sakit Tipe B dan C Kupang, yaitu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uily Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang.

4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 09 Januari 2018 sampai 09 Februari 2018.

4.3 Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat IGD Rumah Sakit tipe B dan C Wilayah Kupang, yaitu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang berjumlah 160 perawat

4.3.2 Sampel

Penetapan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah :

$$n = \frac{160}{1 + 160(0,05)^2}$$

$$n = \frac{160}{1,4}$$

$$= 114$$



Sampel untuk desain penelitian kuantitatif ditentukan dengan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan, yaitu sebanyak 114 responden.

4.3.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling*. Pendekatan teknik *non probability sampling* yang digunakan yaitu secara *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu :

- a. Rumah sakit pemerintah yang berada di Wilayah Kupang
- b. Perawat pelaksana di IGD RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII
- c. Perawat yang bersedia menjadi responden dalam penelitian

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel bebas merupakan suatu variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab timbulnya variabel dependen atau sebab timbulnya variabel dependen atau terikat (Sugiyono, 2011). Variabel bebas dari penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi penerapan manajemen *care bundle* (Pengetahuan, ketrampilan, sumber daya perawat, dan kerjasama tim).

4.4.2 Variabel Dependen (Terikat)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena variabel bebas (Sugiyono, 2011). Variabel terikat pada penelitian ini adalah manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala.

4.5 Definisi Operasional

Karakteristik variabel yang diamati didefinisikan secara operasional, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan penelitian dan pengukuran secara cermat terhadap suatu fenomena atau dalam hal ini definisi operasional dapat disebut sebagai parameter untuk ukuran dalam penelitian (Hidayat, 2009).



Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat darurat

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1.	Independen Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami perawat tentang manajemen <i>care bundle</i> di IGD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian manajemen <i>care bundle</i> 2. Tujuan manajemen <i>care bundle</i> 3. Manfaat manajemen <i>care bundle</i> 4. Prinsip-prinsip <i>care bundle</i> 5. Pelaksanaan <i>care bundle</i> 	Kuesioner (Damkliang, et al., 2015)	Interval	Baik: skor 10-8 Cukup: skor 7-5 Kurang: skor 4-0
2.	Ketrampilan	Kemampuan perawat dalam menerapkan pengetahuan kedalam tindakan manajemen <i>care bundle</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benar Pasien 2. Penilaian Tingkat Kesadaran 3. Penilaian Frekuensi Pernafasan 4. Penilaian frekuensi denyut nadi 5. Penilaian Tekanan Darah 6. Pengaturan posisi (Emergency Room Skills Checklist Institute of Neurologica I Sciences NHS dan Patient Observations vital sign)	Observasi (Emergency Room Skills Checklist Institute of Neurologica I Sciences NHS dan Patient Observation s vital sign)	Interval	Baik: 76-100% Cukup: 56-75% Kurang: <55%
3.	Sumber Daya Perawat	Ketersediaan sumber daya perawat yang bertugas di IGD untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat Pendidikan 2. Pengalaman Kerja 3. Ketenagaan Perawat 	Kuesioner	Interval	Baik: 76-100% Cukup: 56-75% Kurang: <55%
4.	Kerjasama tim	Kumpulan perawat IGD yang bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan pelaksanaan manajemen <i>care bundle</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepemimpinan 2. Ketersediaan sarana dan prasarana 3. Komunikasi antar sejawat, dokter dan pasien 	Kuesioner (Practice Environment Scale of the Nursig	Interval	Total skor yang didapatkan responden berdasarkan kuesioner

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Kerjasama tim di IGD 5. Perawatan pasien yang berkualitas 6. Peran perawat 	<i>Work Index)</i>		
5.	<p>Dependen: Manajemen <i>care bundle</i></p>	<p>Sekumpulan tindakan keperawatan dalam proses penanganan cedera kepala di IGD, dengan tujuan meningkatkan kondisi pasien</p>	<p>Proses pelaksanaan <i>care bundle</i> oleh perawat, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian tingkat kesadaran 2. Penilaian frekuensi pernafasan 3. Penilaian tekanan darah dan nadi 4. Pengatran posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien 	<p>Observasi (Damkliang, <i>et al.</i>, 2015)</p>	Interval	<p>Total presentase skor yang didapat responden berdasarkan lembar observasi</p>

4.6 Instrument Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

4.6.1 Kuesioner A berisi tentang pertanyaan terkait karakteristik lokasi penelitian yang terdiri dari fasilitas kesehatan di IGD, ketenagaan di IGD (jumlah perawat IGD, jumlah perawat per shift dan jumlah kunjungan pasien di IGD per hari)

4.6.2 Kuesioner B berisi tentang pertanyaan terkait karakteristik, yang terdiri dari jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, masa kerja dan ketrampilan klinis.

4.6.3 Kuesioner C berisi pertanyaan yang digunakan untuk mendapatkan data mengenai pengetahuan perawat tentang manajemen *care bundle*. Kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan mengenai konsep dasar *care bundle*, manfaat *care bundle* dan manajemen *care bundle*.

4.6.4 Kuesioner D untuk mengukur kerjasama tim yang dapat mempengaruhi perawat dalam melakukan aktivitasnya ketika bekerja di unit gawat darurat. Kuesioner terdiri dari 24 pertanyaan dengan modifikasi dari *Environment Scale of Nursing Work Index* dengan menggunakan skala likert (1. Sangat tidak setuju, 2. Tidak setuju, 3. Ragu-ragu, 4. Setuju, 5. Sangat Setuju).

4.6.5 Kuesioner E untuk mengukur variabel sumber daya perawat yaitu kualitas perawat dalam menilai tingkat pendidikan, pengalaman kerja dan ketenagaan yang ada di IGD.

4.6.6 Lembar Observasi F digunakan untuk mengukur variabel ketrampilan perawat yang dibutuhkan dalam melakukan *care bundle* menurut *Emergency Room Skills Checklist, Institute of Neurological Sciences NHS* dan *Patient Observations (vital sign)* yang telah dimodifikasi oleh peneliti.

4.6.7 Lembar observasi G untuk mengukur variabel pelaksanaan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala. Lembar observasi berisi langkah atau proses manajemen *care bundle* yang terdiri dari peniaian tingkat kesadaran, penilaian frekuensi pernafasan, penilaian tekanan darah dan nadi serta pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien. Proses penilaian melibatkan kepala ruangan IGD untuk menilai dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen *care bundle*.

Untuk melihat aspek yang diteliti beserta no item pernyataan dalam setiap instrumen dapat dilihat pada tabel kisi-kisi instrumen penelitian dibawah ini:

Tabel 4.2 Kisi-kisi Instrumen Penelitian

No	Variabel	Aspek yang diteliti	Jumlah Soal	No Soal
1.	Pengetahuan	1. Pengertian 2. Tujuan 3. Manfaat 4. Prinsip-prinsip 5. Tahap-tahap pelaksanaan	15	1,2,3 dan 4 5 dan 6 7,8, dan 9 10 dan 11 12,13,14 dan 15
2.	Ketrampilan	Ketrampilan dalam pelaksanaan manajemen <i>care bundle</i>	22	1-22
3.	Sumber daya perawat	1. Tingkat Pendiidikan 2. Pengalaman Kerja 3. Ketenagaan Perawat di IGD	21	1,2,3,4 dan 5 6,7,8,9,10,11,12 dan 13 14,15,16,17,18,19,20 dan 21
4.	Kerjasama tim	1. Kepemimpinan 2. Ketersedian sarana dan prasarana 3. Komunikasi antar sejawat, dokter dan pasien 4. Kerjasama tim di IGD 5. Perawatan pasien yang berkualitas	24	1,2,3,4,5 dan 6 7,8,9 dan 10 11,12,13 dan 14 15,16,17 dan 18 19,20,21, dan 22

		6. Peran perawat		23 dan 24
5.	Manajemen <i>care bundle</i>	1. Penilaian tingkat kesadaran 2. Penilaian frekuensi pernafasan 3. Penilaian tekanan darah dan nadi 4. Pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien	5	1 2 3 dan 4 5

4.7 Uji validitas dan Reliabilitas

4.7.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui tingkat kesahihan suatu instrumen (Sugiyono, 2009). Kuesioner dapat dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Uji validitas yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah koefisien korelasi spearman, sehingga suatu uji dikatakan valid apabila r hitung $>$ r tabel.

4.7.2 Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah suatu ukuran untuk menunjukkan konsistensi dari alat ukur jika mengukur gejala yang sama di lain komponen. Suatu kuesioner dapat dikatakan *reliabel* jika jawaban responden terhadap pertanyaan adalah stabil dari waktu ke waktu dan memberikan nilai *alpha cronbach* $>$ 0,6 (Sugiyono, 2009).

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data awal dilakukan setelah menyelesaikan perijinan ke Ketua Prodi Magister Keperawatan FKUB, Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat

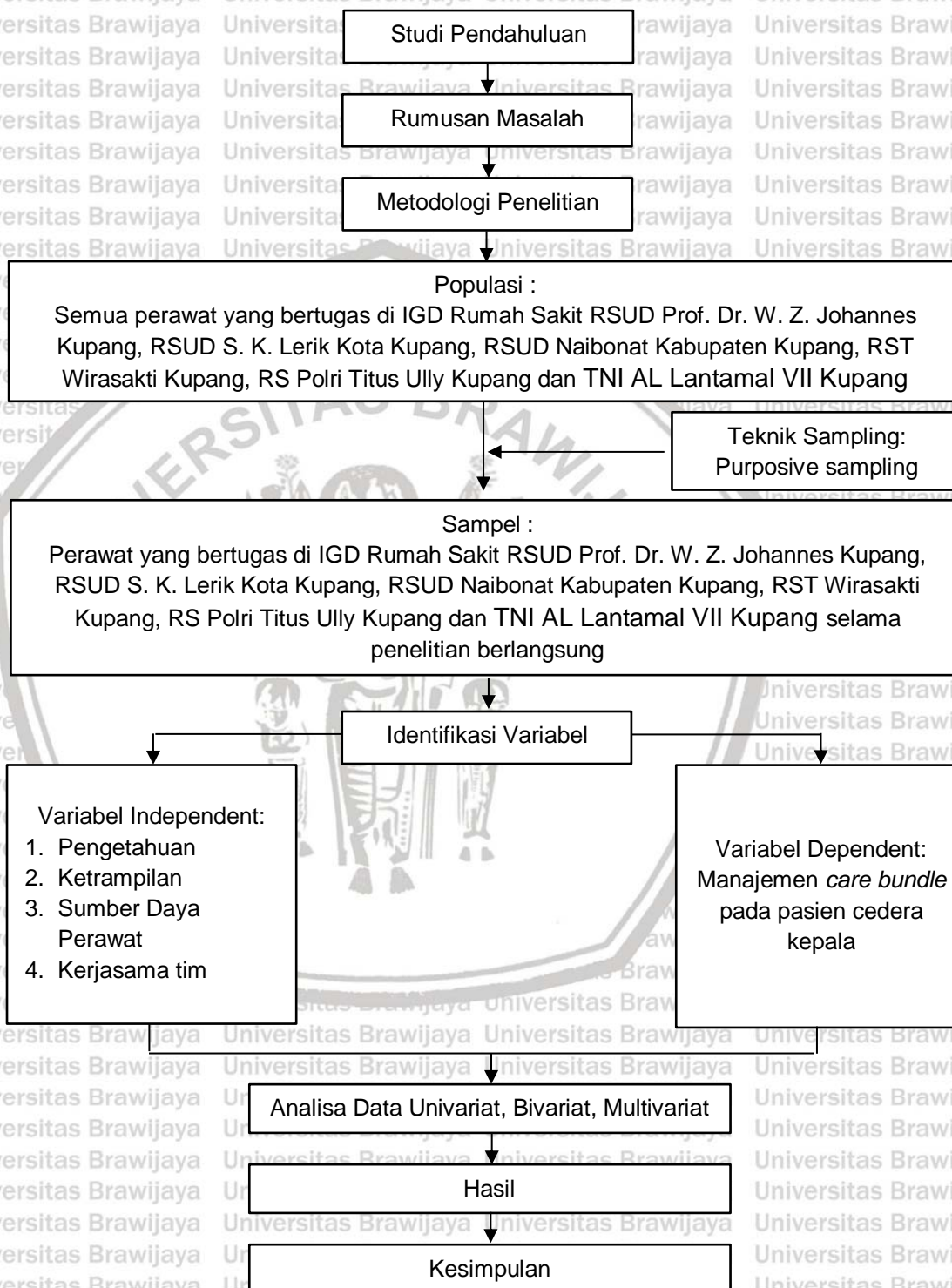
Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang sebagai lokasi penelitian.

Tesis penelitian ini kemudian dipresentasikan dan diuji oleh dewan penguji tesis di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Setelah mendapat persetujuan dari dewan penguji dilanjutkan untuk mengajukan uji etik dan perijinan penelitian dari Fakultas Kedokteran. Proses pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan memberikan lembar kuesioner yang dilengkapi dengan pertanyaan terkait karakteristik lokasi penelitian, karakteristik perawat, pengetahuan, sumber daya perawat dan kerjasama tim. Pada lembar observasi untuk menilai ketrampilan perawat dan pelaksanaan *care bundle* pada pasien cedera kepala yang dinilai selama 15-30 menit. Selanjutnya dilakukan proses pengolahan data dan diuji secara statistik.



4.9 Kerangka Kerja

Kerangka kerja dalam penelitian ini dapat digambarkan secara jelas sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Manajemen Care Bundle

4.10 Pengolahan dan Analisis Data

4.10.1 Pengolahan Data

Kegiatan pengolahan data terdiri dari *entry* data berdasarkan empat tahapan pengolahan data, Nursalam 2013 yaitu:

1. *Editing*

Memeriksa ulang isian formulir atau kuesioner kelengkapan pengisian jawaban, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden agar dapat diolah dengan baik. Jika ada kuesioner yang kurang lengkap dalam pengisiannya maka peneliti melakukan validasi kembali ke responden

2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada setiap jawaban dengan mengkonversi kedalam angka sehingga memudahkan dalam pengelompokan data.

Adapun penggunaan kode dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Variabel Pengetahuan

Variabel pengetahuan diukur dengan menggunakan kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti terdiri dari 15 pertanyaan, dimana sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Responden diberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan dengan memberikan ceklist (√) pada lembar kuesioner dan jawaban dari responden akan diberikan skor dengan jawaban benar sebesar 1 sedangkan jawaban salah diberi 0. Sehingga dari total jawaban responden akan didapatkan nilai minimum 0 dan nilai maksimum

15. Dari jumlah nilai yang telah didapatkan oleh responden, kemudian dilakukan pengklasifikasian sebagai berikut: pengetahuan baik (skor 15-10), pengetahuan cukup (skor 9-5) dan pengetahuan kurang (skor 4-0).

b. Variabel Ketrampilan

Variabel ketrampilan diukur dengan menggunakan lembar observasi F yang berisi tentang daftar ketrampilan yang dibutuhkan perawat dalam melakukan *care bundle* dengan berpedoman pada *Emergency Room Skills Checklist* dan *Patient Observations (vital sign)* yang dimodifikasi oleh peneliti. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor pada masing-masing kriteria sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan, yaitu:

A : Ahli atau sangat mampu yang dapat berperan sebagai sumber daya bagi orang lain, diberi skor 4

B : Kompeten atau mampu melakukan ketrampilan secara mandiri, diberi skor 3

C : Mampu melakukan ketrampilan dengan bantuan orang lain, diberi skor 2

D : Tidak mampu melakukan ketrampilan, diberi skor 1

NA: Tidak dilakukan, diberi skor 0

Kemudian dari hasil penilaian lembar observasi tersebut dimasukkan ke dalam rumus: $P = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$

Keterangan: P = nilai yang didapat

Sp = skor yang didapat

Sm = skor tertinggi

Hasil presentase tersebut diinterpretasikan menjadi (Arikunto, 2003):

1) Faktor ketrampilan baik bila didapatkan hasil 76-100%

2) Faktor ketrampilan cukup bila didapatkan hasil 56-75%

3) Faktor ketrampilan kurang bila didapatkan hasil $\leq 55\%$

c. Variabel sumber daya perawat

Variabel sumber daya perawat diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 21 pertanyaan, dimana sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Responden diberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan dengan memberikan ceklist (✓) pada lembar kuesioner dan jawaban dari responden akan diberikan skor dengan jawaban benar sebesar 1 sedangkan jawaban salah diberi 0. Sehingga dari total jawaban responden akan didapatkan nilai minimum 0 dan nilai maksimum 21.

Hasil presentase tersebut diinterpretasikan menjadi (Arikunto, 2003):

- 1) Faktor sumber daya perawat baik bila didapatkan hasil 76-100%
- 2) Faktor sumber daya perawat cukup bila didapatkan hasil 56-75%
- 3) Faktor sumber daya perawat kurang bila didapatkan hasil $\leq 55\%$

d. Variabel kerjasama tim

Kerjasama tim/dukungan staff dan lingkungan kerja diukur dengan menggunakan kuesioner yang berpedoman pada *PES-NWI* (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*) yang sudah dimodifikasi oleh peneliti berjumlah 24 pertanyaan dengan menggunakan skala likert yang dimulai dari 1 (sangat tidak setuju) sampai 4 (sangat setuju). Kemudian dimasukkan ke dalam rumus skor T dan dikategorikan kerjasama tim kerja yang baik dan kerjasama tim kerja yang buruk.

e. Variabel manajemen *care bundle*

Manajemen *care bundle* diukur dengan menggunakan lembar observasi G untuk mengukur kesesuaian responden dalam penilaian/pemantauan hemodinamik pasien. Setiap tindakan

manajemen *care bundle* yang dilakukan dengan baik dan benar diberikan skor 1 sedangkan jika tidak dilakukan diberi skor 0.

Sehingga dari total skor responden akan didapatkan nilai minimum 0 dan nilai maksimum 5.

Kemudian presentase (total skor) dimasukkan dimasukkan ke dalam rumus:

$$P = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan: P = nilai yang didapat

Sp = skor yang didapat

Sm = skor tertinggi

Hasil presentase tersebut diinterpretasikan menjadi (Arikunto, 2003):

- 4) Faktor ketrampilan baik bila didapatkan hasil 76-100%
- 5) Faktor ketrampilan cukup bila didapatkan hasil 56-75%
- 6) Faktor ketrampilan kurang bila didapatkan hasil $\leq 55\%$

3. *Processing*

Peneliti memasukkan data ke paket program komputer, semua kuesioner terisi penuh dan benar serta sudah diberi kode

4. *Cleaning*

Melihat kembali data yang sudah dimasukkan ke dalam computer untuk memastikan data tersebut bersih, baik pada waktu pemberian kode maupun pemberian skor data. Semua data bersih dan tidak ditemukan missing data.

5. *Tabulating*

Tahapan kegiatan pengorganisasian data agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis.

4.10.2 Analisa Data

Analisa data merupakan proses pengumpulan, pemodelan dan transformasi data untuk memperoleh informasi yang bermanfaat, memberikan saran, kesimpulan dan mendukung pembuatan keputusan (Nursalam, 2013). Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

4.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik.

Pada analisis ini peneliti ingin mengetahui distribusi karakteristik responden dan distribusi masing-masing variabel independen dan dependen (Dahlan, 2013). Analisis univariat dalam penelitian ini adalah data numerik yang terdiri dari variabel pengetahuan, ketrampilan, sumber daya perawat dan kerjasama tim di IGD terhadap variabel manajemen *care bundle*. Penyajiannya menggunakan frekuensi dan presentase dalam bentuk tabel.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini untuk melihat keterkaitan dua variabel, yaitu untuk mengetahui pengaruh tiap variabel *independent* yang meliputi faktor pengetahuan, faktor ketrampilan, faktor sumber daya perawat dan faktor kerjasama tim dengan variabel *dependent* manajemen *care bundle* dengan menggunakan uji *Spearman*.

4.10.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah analisis yang dikenakan pada data yang terdiri dari 2 variabel yang saling berkorelasi (Dharma, 2011).

Analisis Multivariat bertujuan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *care bundle* di instalasi gawat

darurat. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji regresi linear.

4.11 Etika Penelitian

Penelitian ini berprinsip pada isu-isu etik yang meliputi:

1. *Self Determination*

Peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan, manfaat dan proses penelitian serta hak-hak dalam penelitian. Calon responden diberikan kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian tanpa paksaan dari pihak manapun. Subjek penelitian harus mengatakan kesediaannya mengikuti penelitian dengan mengisi *inform consent*. Untuk memenuhi aspek legalitas, maka responden akan diminta menandatangani surat persetujuan atau surat kesediaan sebagai responden tanpa ada paksaan dari pihak lain.

2. *Anonimity dan confidentiality*

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa peneliti menjamin kerahasiaan semua informasi yang telah diberikan dan peneliti hanya akan menggunakan data untuk penelitian. Penelitian yang dilakukan ini tidak akan membahayakan responden dan identitas responden akan dijaga kerahasiaannya. Identitas responden berupa nama diganti inisial kemudian data identitas pada kuesioner yang telah diisi akan disimpan

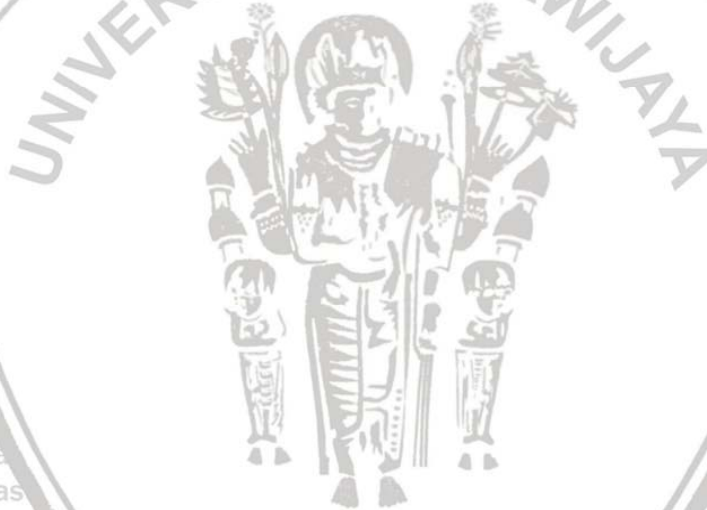
3. *Beneficence dan Nonmaleficience*

Penelitian yang dilakukan harus mempertimbangkan manfaat dan resiko yang mungkin terjadi. Penelitian dapat dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar dari resiko yang terjadi, selain itu penelitian yang dilakukan tidak boleh membahayakan, dan harus menjaga

kesejahteraan manusia. Kesejahteraan responden harus tetap diperhatikan dengan memberikan bantuan untuk mengisi kuesioner bagi responden yang mengalami kesulitan dan tetap menjaga kerahasiaan responden baik dalam proses pengumpulan data maupun hasil penelitian.

4. Justice

Penelitian dilakukan secara adil dengan memberikan perlakuannya yang sama terhadap responden baik sebelum, selama dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Setiap perawat yang telah memenuhi kriteria inklusi mendapat kesempatan yang sama untuk menjadi responden.



BAB 5**HASIL PENELITIAN**

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang analisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang yang dilaksanakan pada tanggal 9 Januari sampai 9 Februari 2018. Data diperoleh melalui kuesioner untuk tingkat pengetahuan, kerjasama tim, sumber daya perawat dan lembar observasi untuk ketrampilan perawat serta pelaksanaan manajemen *care bundle*.

5.1 Karakteristik Lokasi Penelitian

Kota Kupang adalah Ibu Kota Provinsi Nusa Tenggara Timur, Indonesia. Kota Kupang merupakan kota terbesar di pulau Timor yang terletak di pesisir teluk Kupang, bagian barat laut pulau Timor dengan titik koordinat 10°11'LU 123°35'BT/10,183°LS 123,583°BT. Total populasi 390,877 jiwa dengan tingkat kepadatan 2.496/km². Sedangkan Kabupaten Kupang merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur, dengan Ibu Kota Kabupaten terletak di Oelamasi. Titik koordinat Kabupaten Kupang adalah 121°30'BT-124°11'BT dan 9°19'LS-10°57'LS. Peneliti mengambil lokasi penelitian pada 6 (enam) rumah sakit di wilayah Kupang, dengan rincian 5 (lima) rumah sakit terletak di Kota Kupang yaitu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S.K. Lerik Kota Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Polri Titus Uly Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang dan 1 (satu) rumah sakit terletak di Kabupaten Kupang. Adapun gambaran umum dari setiap lokasi penelitian tersebut di atas adalah sebagai berikut:

1. RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang

Rumah Sakit Umum Daerah Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit B pendidikan dengan nomor kode RSU 5371011 yang terletak di Jln. Moch Hatta No. 19 Kupang – NTT. Rumah sakit ini memiliki spesifikasi ruangan IGD yang baik dengan spesifikasi 14 ruangan terpenuhi dan ketersediaan 1 ruangan yaitu ruang penyimpanan brankar. Selain itu fasilitas kesehatan berupa alat-alat penunjang medis terbilang lengkap namun tidak sesuai dengan kebutuhan yakni jumlah alat yang tersedia terbatas seperti vital sign monitor dan ventilator transport.

Ketenagaan perawat di IGD RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes sesuai dengan kebutuhan yaitu 31 perawat yang dibagi berdasarkan jumlah kunjungan pasien per hari yaitu rata-rata 65 pasien. Jumlah perawat di IGD dibagi menjadi 3 (tiga) shift yaitu shift pagi 8 perawat, shift siang 7 perawat dan shift malam 7 perawat.

2. RSUD S. K. Lerik Kota Kupang

RSUD S. K. Lerik merupakan satu dari sekian RS milik pemerintah Kota Kupang yang berbentuk RSU dan termasuk kedalam RS Tipe C yang telah teregistrasi sejak 22 Januari 2015. RSU ini beralamat di Jl. Timor Raya No. 134 Kelurahan Pasir Panjang Kota Kupang. Fasilitas kesehatan di IGD menjadi salah satu bagian penting dalam menunjang pelayanan medis. Beberapa spesifikasi ruangan yang tidak tersedia di IGD ini yaitu ruang tunggu keluarga, ruang penyimpanan brankar, dan ruang farmasi. Selain itu jumlah alat-alat medis yang terbatas di IGD seperti *long spinde board*, KED, *vital sign monitor* dan inkubator. Jumlah tenaga perawat di IGD yaitu 15 perawat dengan rata-rata kunjungan pasien 49 orang per hari. Selain itu pembagian shift dalam satu kali dinas

bervariasi yaitu shift pagi 5 perawat, shift siang 4 perawat dan shift malam 4 perawat sehingga jumlah tenaga perawat di IGD masih kurang dari kebutuhan.

3. RS Wirasakti Kupang

RS Wirasakti Kupang yaitu satu dari sekian layanan kesehatan milik TNI AD Kupang yang berupa RSU dan dikelola oleh TNI AD serta termasuk kedalam RS kelas C. Layanan kesehatan ini telah teregistrasi semenjak 14 Maret 2014 yang berlokasi di Jl. Moch Hatta No.9-11 Kupang.

RS Wirasakti Kupang memiliki keterbatasan dalam spesifikasi ruangan yaitu ruang farmasi, ruang alat medis dan ruang loker. Selain itu masih terdapat beberapa kekurangan dalam fasilitas alat penunjang medis seperti *laryngeal mask*, *cricotyrotomi*, *defibrilator*, *KED*, *long spine board* dan inkubator yang tentunya akan mempengaruhi proses pelayanan kesehatan di IGD. Sedangkan jumlah ketenagaan perawat yang ada di IGD terbilang sesuai kebutuhan yaitu 14 perawat dengan jumlah kunjungan 32 pasien perhari, dengan pembagian shift pagi 4 perawat, shift siang 3 perawat dan shift malam 3 perawat.

4. RS TNI AL Lantamal VII Kupang

Rumah Sakit TNI AL Samuel J. Moeda adalah RS milik TNI AL Lantamal VII Wilayah Kupang yang berkategori rumah sakit negeri kelas III. Rumah sakit ini telah mendapat ijin penyelenggara sejak 5 September 2011, yang terletak di Jl. Yos Sudarso No. 5 Osmok Kelurahan Namosain Kecamatan Alak Kupang-NTT.

Adapun ketersediaan fasilitas kesehatan penunjang pelayanan medis di IGD yaitu spesifikasi ruang tunggu keluarga dan ruang observasi dengan jumlah alat-alat medis terbatas seperti defibrilator, *long spine board*, KED, inkubator, torakosintesis set dan Cpap. Jumlah ketenagaan perawat di IGD masih kurang dari kebutuhan yaitu 12 perawat dengan rerata pasien 47 perhari. Jumlah perawat dalam satu kali dinas di IGD dibagi menjadi 3 (tiga) shift perhari, yaitu shift pagi 4 perawat, shift siang 3 perawat dan shift malam 3 perawat.

5. RS Polri Titus Uly Kupang

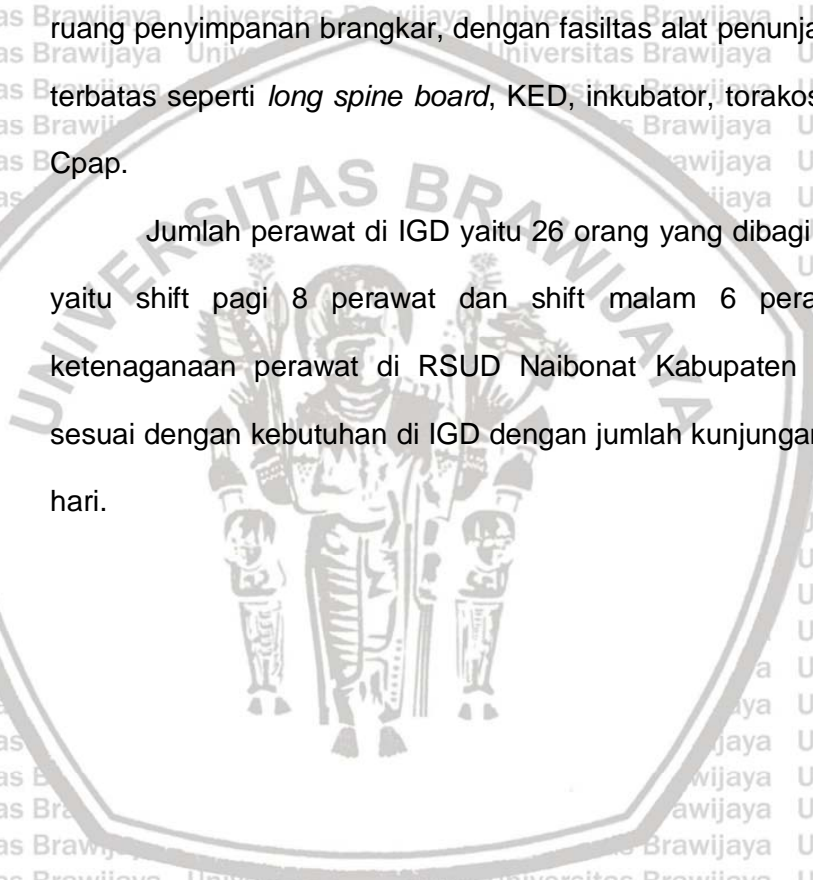
Rumah Sakit Bhayangkara Kupang atau yang sekarang berganti nama menjadi rumah sakit Polri Titus Uly merupakan rumah sakit umum kelas C yang berlokasi di jalan Nangka No. 84 Kupang NTT dengan pelayanan dokter spesialis IGD yang dibuka 24 jam non stop merupakan salah satu pintu masuk ke rumah sakit terletak dibagian depan rumah sakit agar mempercepat proses penanganan pasien.

Adapun ketersediaan fasilitas kesehatan di IGD seperti ruang tunggu keluarga, ruang administrasi, ruang penyimpanan brangkar, ruang resusitasi, ruang observasi, dan ruang farmasi. Selain itu jumlah alat-alat medis di RSB Titus Uly ini terbatas sesuai dengan spesifikasi dari ruangan perawatan yang ada. Jumlah ketenagaan di IGD RS Polri Titus Uly terbilang kurang dari kebutuhan yaitu 16 perawat dengan jumlah kunjungan di IGD 46 pasien perhari. Pembagian jadwal dinas perawat perhari yaitu shift pagi 4 perawat, shift siang 3 perawat dan shift malam 3 perawat.

6. RSUD Naibonat Kabupaten Kupang

RSUD Naibonat Kabupaten Kupang merupakan rumah sakit pemerintah kelas C yang terletak di Kecamatan Kupang Timur. Letaknya 47 km dari Kota Kpang, tepatnya di Jl. Timor Raya KM. 37 Oelamasi Kabupaten Kupang-NTT. Total ruangan di RSUD Naibonat sebanyak 144 ruang salah satu diantaranya adalah IGD dengan ketersediaan spesifikasi ruangan sebagai berikut ruang tunggu keluarga, ruang administrasi dan ruang penyimpanan brangkar, dengan fasilitas alat penunjang medis yang terbatas seperti *long spine board*, KED, inkubator, torakosintesis set dan Cpap.

Jumlah perawat di IGD yaitu 26 orang yang dibagi menjadi 2 shift yaitu shift pagi 8 perawat dan shift malam 6 perawat, sehingga ketenaganaan perawat di RSUD Naibonat Kabupaten Kupang sudah sesuai dengan kebutuhan di IGD dengan jumlah kunjungan 42 pasien per hari.



5.2 Analisis Univariat

Di bawah ini disajikan tabel karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, masa kerja, ketrampilan klinis dan distribusi responden berdasarkan variabel pengetahuan perawat, ketrampilan, sumber daya perawat, kerjasama tim serta manajemen *care bundle*.

5.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Perempuan	67	58,8
2.	Laki – laki	47	41,2
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari 114 responden, sebagian besar berjenis kelamin perempuan yakni 67 responden (58,8%) dan sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki yaitu 47 responden (41,2%).

5.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

No.	Umur	Frekuensi	Presentase (%)
1.	≤ 25 tahun	18	15,8
2.	26 - 30 tahun	55	48,2
3.	31 - 35 tahun	24	21,1
4.	36 - 40 tahun	8	7
5.	≥ 40 tahun	9	7,9
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa hampir setengah responden berusia antara 26-30 tahun yakni 55 responden (48,2%), dan sebagian kecil berumur 36-40 tahun yaitu 8 responden (7%).

5.2.3 Karakteristik Responden Penelitian Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
1.	SPK	4	3,5
2.	DIII Keperawatan	72	63,2
3.	S1 Keperawatan/Ners	38	33,3
4.	S2 Keperawatan	0	0
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan yakni 72 responden (63,2%) dan tidak satupun responden (0%) yang berpendidikan S2 Keperawatan.

5.2.4 Karakteristik Responden Penelitian Berdasarkan Masa Kerja

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja

No.	Masa Kerja	Frekuensi	Presentase (%)
1.	≤ 3 tahun	53	46,5
2.	4 – 6 tahun	26	22,8
3.	7 – 9 tahun	12	10,5
4.	≥ 10 tahun	23	20,2
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa hampir setengah responden memiliki masa kerja ≤ 3 tahun yakni 53 responden (46,5%) dan sebagian kecil memiliki masa kerja 7-9 tahun yaitu 12 responden (10,5%).

5.2.5 Karakteristik Responden Penelitian Berdasarkan Ketrampilan Klinis

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Ketrampilan Klinis

No.	Ketrampilan Klinis	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Tidak Pernah	18	15,8
2.	BLS	43	37,7
3.	BT & CLS	53	46,5
4.	ACLS	0	0
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa hampir setengah responden memiliki ketrampilan klinis BT & CLS yakni 53 responden

(46,5%) dan tidak satupun responden (0%) yang memiliki ketrampilan klinis ACLS.

5.2.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Perawat

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

No.	Pengetahuan Perawat	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Pengetahuan Perawat Kurang	9	7,9
2.	Pengetahuan Perawat Cukup	44	38,6
3.	Pengetahuan Perawat Baik	61	53,5
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sejumlah 61 perawat (53,5%) memiliki pengetahuan manajemen *care bundle* yang baik dan sebagian kecil responden sebanyak 9 perawat (7,9%) memiliki pengetahuan manajemen *care bundle* kurang

5.2.7 Distribusi Responden Berdasarkan Ketrampilan perawat

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Ketrampilan Perawat Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

No.	Ketrampilan Perawat	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Ketrampilan Perawat Kurang	0	0
2.	Ketrampilan Perawat Cukup	80	70,2
3.	Ketrampilan Perawat Baik	34	29,8
TOTAL		114	100

Sumber: Observasi, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden sejumlah 80 perawat (70,2%) memiliki ketrampilan cukup dan tidak satupun responden (0%) memiliki ketrampilan kurang.

5.2.8 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Daya Perawat

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Sumber Daya Perawat di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

No.	Sumber Daya Perawat	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Sumber Daya Perawat Kurang	23	20,2
2.	Sumber Daya Perawat Cukup	29	25,4
3.	Sumber Daya Perawat Baik	62	54,4
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa sebagian besar sumber daya perawat yakni 62 responden (54,4%) berkategori baik dan sebagian kecil sumber daya perawat sejumlah 23 responden (20,2%) berkategori kurang.

5.2.9 Distribusi Responden Berdasarkan Kerjasama Tim Perawat

Tabel 5.9 Distribusi Kerjasama Tim Perawat di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

No.	Kerjasama Tim Perawat	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Kerjasama Tim Buruk	76	66,7
2.	Kerjasama Tim Baik	38	33,3
TOTAL		114	100

Sumber: Kuesioner, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa sebagian besar kerjasama tim perawat yakni 76 responden (66,7%) berkategori buruk dan sebagian kecil kerjasama tim perawat yaitu 38 responden (33,3%) berkategori baik.

5.2.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle*

Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

No.	Pelaksanaan MCB	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Pelaksanaan MCB Kurang	68	59,6
2.	Pelaksanaan MCB Cukup	18	15,8
3.	Pelaksanaan MCB Baik	28	24,6
TOTAL		114	100

Sumber: Observasi, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa sebagian besar pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD yakni 68 responden (59,6%) berkategori buruk dan sebagian kecil sejumlah 18 responden (15,8%) berkategori cukup.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Uji normalitas variabel dependen dan independen

Di bawah ini disajikan tabel hasil uji normalitas variabel independen yaitu pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, kerjasama tim perawat dan sumber daya perawat serta variabel dependen yakni pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat. Adapun hipotesis dari uji normalitas yaitu $H_0 =$ data terdistribusi normal (angka signifikansi $> 0,05$) dan $H_1 =$ data tidak terdistribusi normal (angka signifikansi $< 0,05$). Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini, maka hasil uji normalitas adalah sebagai berikut :

Tabel 5.11 Uji Normalitas Variabel Pengetahuan Perawat di instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total Nilai PP	.149	114	.000	.935	114	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: lampiran hasil uji normalitas

Hasil uji normalitas variabel pengetahuan perawat dengan uji kolmogorov – smirnov dan shapiro – wilk diperoleh signifikansi 0,000. Berdasarkan hipotesis dan kriteria uji normalitas data, hasil perhitungan di atas memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga H_0 ditolak artinya variabel pengetahuan perawat tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.12 Uji Normalitas Variabel Ketrampilan Perawat di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total Nilai KP	.192	114	.000	.813	114	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: Data prmer yag diolah, 2018

Hasil uji normalitas variabel ketrampilan perawat dengan uji kolmogorov – smirnov dan shapiro – wilk diperoleh signifikansi 0,000.

Berdasarkan hipotesis dan kriteria uji normalitas data, hasil perhitungan di atas memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga H0 ditolak artinya variabel ketrampilan perawat tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.13 Uji Normalitas Variabel Sumber Daya Perawat di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total Nilai PT	.128	114	.000	.937	114	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: Data prmer yag diolah, 2018

Hasil uji normalitas variabel sumber daya perawat dengan uji kolmogorov – smirnov dan shapiro – wilk diperoleh signifikansi 0,000.

Berdasarkan hipotesis dan kriteria uji normalitas data, hasil perhitungan di atas memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga H0 ditolak artinya variabel sumber daya perawat tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.14 Uji Normalitas Variabel Kerjasama Tim Perawat di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
T-Score KT	.214	114	.000	.753	114	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: Data prmer yag diolah, 2018

Hasil uji normalitas variabel kerjasama tim perawat dengan uji kolmogorov – smirnov dan shapiro – wilk diperoleh signifikansi 0,000.

Berdasarkan hipotesis dan kriteria uji normalitas data, hasil perhitungan di atas memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga H0 ditolak artinya variabel kerjasama tim perawat tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.15 Uji Normalitas Variabel Pelaksanaan Manajemen Care Bundle di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pelaksanaan MCB	.184	114	.000	.886	114	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: Data primer yang diolah, 2018

Hasil uji normalitas variabel manajemen *care bundle* dengan uji kolmogorov – smirnov dan shapiro – wilk diperoleh signifikansi 0,000.

Berdasarkan hipotesis dan kriteria uji normalitas data, hasil perhitungan di atas memiliki nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 sehingga H0 ditolak artinya variabel manajemen *care bundle* tidak berdistribusi normal.

5.3.2 Korelasi Variabel Independen dan Dependen

Perhitungan koefisien korelasi yang digunakan dalam penelitian ini ialah korelasi *spearman rank* yang digunakan pada statistik non parametris.

Cara statistik ini digunakan karena hasil uji persyaratan analisis menunjukkan variabel tidak terdistribusi normal. Adapun tabel koefisien korelasi yang digunakan peneliti sebagai kriteria penilaian tingkat pengaruh variabel, adalah sebagai berikut :

Tabel 5.16 Interpretasi Koefisien Korelasi

Koefisien Korelasi	Tingkat Hubungan
0,80 - 1,00	Sangat Kuat
0,60 - 0,799	Kuat
0,40 - 0,599	Cukup Kuat
0,20 - 0,399	Rendah
0,00 - 0,199	Sangat Rendah

Sumber: Sugiono, 2009

5.3.2.1 Faktor Pengetahuan Perawat dengan Manajemen Care Bundle

Tabel 5.17 Korelasi Pengetahuan Perawat dengan Manajemen Care Bundle Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Correlations			Total Nilai PP	Total Score MCB
Spearman's rho	Total Nilai PP	Correlation Coefficient	1.000	.278**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	114	114
	Total Score MCB	Correlation Coefficient	.278**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	114	114

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

Sumber: Data primer yang diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa angka signifikan korelasi sebesar 0,003 yang artinya H₀ ditolak atau ada pengaruh antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang.

Hasil perhitungan dengan spearman;s rho menunjukkan *correlation coefficient* sebesar 0,278. Berdasarkan kriteria penafsiran koefisien korelasi yang tertera pada tabel 5.15 angka tersebut berada pada kategori rendah yakni kisaran 0,20 - 0,399.

5.3.2.2 Faktor Ketrampilan Perawat dengan Manajemen Care Bundle

Tabel 5.18 Korelasi Ketrampilan Perawat dengan Manajemen Care Bundle Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Correlations			Total Nilai KP	Total Score MCB
Spearman's rho	Total Nilai KP	Correlation Coefficient	1.000	.206*
		Sig. (2-tailed)	.	.028
		N	114	114
	Total Score MCB	Correlation Coefficient	.206*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.028	.
		N	114	114

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

Sumber: Data primer yang diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa angka signifikan korelasi sebesar 0,028 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara ketrampilan perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang.

Hasil perhitungan dengan spearman's rho menunjukkan *correlation coefficient* sebesar 0,206. Berdasarkan kriteria penafsiran koefisien korelasi yang tertera pada tabel 5.15 angka tersebut berada pada kategori rendah yakni kisaran 0,20 - 0,399.

5.3.2.3 Sumber Daya Perawat dengan Manajemen *Care Bundle*

Tabel 5.19 Korelasi Sumber Daya Perawat dengan Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

		Correlations	
		Total Nilai KP	Total Nilai MCB
Spearman's rho	Total Nilai KP	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.244**
		N	114
Total Score MCB		Correlation Coefficient	.244**
		Sig. (2-tailed)	.009
		N	114

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

Sumber: Data primer yang diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa angka signifikan korelasi sebesar 0,009 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara sumber daya perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang.

Hasil perhitungan dengan spearman's rho menunjukkan *correlation coefficient* sebesar 0,244. Berdasarkan kriteria penafsiran koefisien korelasi yang tertera pada tabel 5.15 angka tersebut berada pada kategori rendah yakni kisaran 0,20 - 0,399.

5.3.2.4 Faktor Kerjasama Tim Perawat dengan Manajemen *Care Bundle*
Tabel 5.20 Korelasi Kerjasama Tim Perawat dengan Manajemen *Care Bundle* Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

		Correlations	
		T-Score	
		Kerjasama Tim	Total Score MCB
Spearman's rho	T-Score	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.236*
		N	114
Total Score MCB		Correlation Coefficient	.236*
		Sig. (2-tailed)	.012
		N	114

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

Sumber: Data primer yang diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa angka signifikan korelasi sebesar 0,012 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang.

Hasil perhitungan dengan spearman's rho menunjukkan *correlation coefficient* sebesar 0,236. Berdasarkan kriteria penafsiran koefisien korelasi yang tertera pada tabel 5.15 angka tersebut berada pada kategori rendah yakni kisaran 0,20 - 0,399.

5.4 Multivariat

5.4.1 Regresi Sederhana Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen

Di bawah ini disajikan tabel regresi linear sederhana variabel pengetahuan, ketrampilan, kerjasama tim dan sumber daya perawat terhadap variabel manajemen *care bundle*.

5.4.1.1 Regresi Pengetahuan Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle*

Tabel 5.21 Hasil Regresi Pengetahuan Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	
1	.276 ^a	.076	.068	.88873	
a. Predictors: (Constant), Total Nilai PP					
ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	7.302	1	7.302	9.245	.003 ^b
Residual	88.463	112	.790		
Total	95.765	113			
a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB					
b. Predictors: (Constant), Total Nilai PP					
Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.826	.460		1.796	.075
Total Nilai PP	.118	.039	.276	3.041	.003
a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB					

Kesimpulan Output Tabel:

1. R = 0.276; nilai kekuatan pengaruh antara pengetahuan perawat dengan manajemen *care bundle*
2. Nilai R Square dari Tabel di atas adalah 0.076 yang berarti pelaksanaan manajemen *care bundle* dapat dijelaskan oleh pengetahuan perawat sebesar 7.6% sedangkan sisanya 92.4% dapat dijelaskan oleh sebab – sebab lain.

3. Nilai Signifikansi pengetahuan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah 0.003 dan nilai F Hitung yaitu 9.245, sedangkan F Tabel = 2.455. Karena Nilai Sig. < dari 0.05, dan F Hitung > dari F Tabel, maka persamaan garis Regresi dapat digunakan untuk prediksi.

4. Persamaan Garis Regresi = $Y = 0.826 + 0.118X$

Dimana:

Y = Pelaksanaan manajemen *care bundle*

X = Pengetahuan perawat

5. Nilai Constant (konstanta) = 0.826, yang dapat diartikan sebagai nilai konsisten pelaksanaan manajemen *care bundle* pada saat tidak ada faktor pengetahuan perawat. Mencari nilai X dengan perhitungan sebagai berikut:

$$0 = 0.826 + 0.118X$$

$$0.826 = 0.118X$$

$$X = 0.826/0.118 = 7$$

Koefisien Regresi X sebesar 0.118 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel pengetahuan perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.118.

6. Nilai signifikan pengetahuan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah 0.003 < dari 0.05 dan nilai t hitung 3.041 > t tabel 2.3610 maka H₀ ditolak yang artinya ada pengaruh pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

5.4.1.2 Regresi Ketrampilan Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle*

Tabel 5.22 Regresi Ketrampilan Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.223 ^a	.050	.041	.90149

a. Predictors: (Constant), Total Nilai KP

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	4.744	1	4.744	5.838	.017 ^b
Residual	91.020	112	.813		
Total	95.765	113			

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB

b. Predictors: (Constant), Total Nilai KP

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.678	.636		1.066	.289
Total Nilai KP	.025	.011	.223	2.416	.017

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB

Kesimpulan Output Tabel:

1. R = 0.223; nilai kekuatan pengaruh antara ketrampilan perawat dengan manajemen *care bundle*
2. Nilai R Square dari Tabel di atas adalah 0.050 yang berarti pelaksanaan manajemen *care bundle* dapat dijelaskan oleh ketrampilan perawat sebesar 5% sedangkan sisanya 95% dapat dijelaskan oleh sebab – sebab lain.
3. Nilai Signifikansi ketrampilan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah 0.017 dan nilai F Hitung yaitu 5.838, sedangkan F Tabel = 2.455. Karena Nilai Sig. < dari 0.05, dan F Hitung > dari F Tabel, maka persamaan garis Regresi dapat digunakan untuk prediksi.

4. Persamaan Garis Regresi = $Y = 0.678 + 0.25X$

Dimana:

Y = Pelaksanaan manajemen *care bundle*

X = Ketrampilan perawat

5. Nilai Constant (konstanta) = 0.678, yang dapat diartikan sebagai nilai konsisten pelaksanaan manajemen *care bundle* pada saat tidak ada faktor ketrampilan perawat. Mencari nilai X dengan perhitungan sebagai berikut:

$$0 = 0.678 + 0.025X$$

$$0.678 = 0.025X$$

$$X = 0.678 / 0.025 = 27.12$$

Koefisien Regresi X sebesar 0.025 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel ketrampilan perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.025

6. Nilai signifikan ketrampilan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah $0.017 < \text{dari } 0.05$ dan nilai t hitung $2.416 > t$ tabel 2.3610 maka H_0 ditolak yang artinya ada pengaruh ketrampilan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

5.4.1.3 Regresi Kerjasama Tim Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Tabel 5.23 Regresi Kerjasama Tim Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.237 ^a	.056	.048	.89839

a. Predictors: (Constant), T-Score Kerjasama Tim

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	5.369	1	5.369	6.652	.011 ^b
Residual	90.396	112	.807		
Total	95.765	113			

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB

b. Predictors: (Constant), T-Score Kerjasama Tim

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.110	.431		2.576	.011
Total Nilai KT	.022	.008	.237	2.579	.011

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB

Kesimpulan Output Tabel:

1. R = 0.237; nilai kekuatan pengaruh antara kerjasama tim perawat dengan manajemen *care bundle*
2. Nilai R Square dari Tabel di atas adalah 0.056 yang berarti pelaksanaan manajemen *care bundle* dapat dijelaskan oleh kerjasama tim perawat sebesar 5,6% sedangkan sisanya 94,4% dapat dijelaskan oleh sebab – sebab lain.
3. Nilai Signifikansi kerjasama tim perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah 0.011 dan nilai F Hitung yaitu 6.652, sedangkan F Tabel = 2.455. Karena Nilai Sig. < dari 0.05, dan F Hitung > dari F Tabel, maka persamaan garis Regresi dapat digunakan untuk prediksi.

4. Persamaan Garis Regresi = $Y = 1.110 + 0.022X$

Dimana:

Y = Pelaksanaan manajemen *care bundle*

X = Kerjasama tim perawat

5. Nilai Constant (konstanta) = 1.110, yang dapat diartikan sebagai nilai konsisten pelaksanaan manajemen *care bundle* pada saat tidak ada faktor kerjasama tim perawat. Mencari nilai X dengan perhitungan sebagai berikut:

$$0 = 1.110 + 0.022X$$

$$1.110 = 0.022X$$

$$X = 1.110/0.022 = 50.455$$

Koefisien Regresi X sebesar 0.022 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel kerjasama tim perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.022

6. Nilai signifikan ketrampilan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah $0.011 < \text{dari } 0.05$ dan nilai t hitung $2.579 > t$ tabel 2.3610 maka H_0 ditolak yang artinya ada pengaruh kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

5.4.1.4 Regresi Sumber Daya Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Tabel 5.24 Regresi Sumber Daya Perawat Terhadap Manajemen *Care Bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Model Summary					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	
1	.258 ^a	.066	.058	.89342	

a. Predictors: (Constant), Total Score SDP

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	6.366	1	6.366	7.976	.006 ^b
Residual	89.398	112	.798		
Total	95.765	113			

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB
b. Predictors: (Constant), Total Score SDP

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.277	.337		3.784	.000
Total Nilai KP	.060	.021	.258	2.824	.006

a. Dependent Variable: MSI Total Score MCB

Kesimpulan Output Tabel:

1. R = 0.258; nilai kekuatan pengaruh antara sumber daya perawat dengan manajemen *care bundle*
2. Nilai R Square dari Tabel di atas adalah 0.066 yang berarti pelaksanaan manajemen *care bundle* dapat dijelaskan oleh sumber daya perawat sebesar 6,6% sedangkan sisanya 93,4% dapat dijelaskan oleh sebab – sebab lain.
3. Nilai Signifikansi sumber daya perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah 0.006 dan nilai F Hitung yaitu 7.976, sedangkan F Tabel = 2.455. Karena Nilai Sig. < dari 0.05, dan F Hitung > dari F Tabel, maka persamaan garis Regresi dapat digunakan untuk prediksi.

4. Persamaan Garis Regresi = $Y = 1.277 + 0.060X$, dimana:

Y = Pelaksanaan manajemen *care bundle*

X = Sumber daya perawat

5. Nilai Constant (konstanta) = 1.277, yang dapat diartikan sebagai nilai konsisten pelaksanaan manajemen *care bundle* pada saat tidak ada faktor sumber daya perawat. Mencari nilai X dengan perhitungan sebagai berikut:

$$0 = 1.277 + 0.060X$$

$$1.277 = 0.060X$$

$$X = 1.277/0.060 = 21.283$$

Koefisien Regresi X sebesar 0.060 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel sumber daya perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.060.

6. Nilai signifikan sumber daya perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah $0.006 < \text{dari } 0.05$ dan nilai t hitung $2.824 > t \text{ tabel } 2.3610$ maka H_0 ditolak yang artinya ada pengaruh sumber daya perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

5.4.1.5 Regresi Faktor Yang Paling Berpengaruh Terhadap Manajemen Care Bundle di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Tabel 5.25 Regresi Faktor Yang Paling Berpengaruh Terhadap Manajemen Care Bundle di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.276 ^a	.076	.068	.88873
2	.223 ^b	.050	.041	.90149
3	.237 ^c	.056	.048	.89839
4	.258 ^d	.066	.058	.89342

a. Predictors: (Constant), Pengetahuan Perawat

b. Predictors: (Constant), Ketrampilan Perawat

c. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim

d. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	7.302	1	7.302	9.245	.003 ^b
	4.744	1	4.744	5.838	.017 ^c
	5.369	1	5.369	6.652	.011 ^d
	6.366	1	6.366	7.976	.006 ^e

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

b. Predictors: (Constant), Pengetahuan Perawat

c. Predictors: (Constant), Ketrampilan Perawat

d. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim

e. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.826	.460		1.796	.075
Total Nilai PP	.118	.039	.276	3.041	.003 ^b
(Constant)	.678	.636		1.066	.289
Total Nilai KP	.025	.011	.223	2.416	.017 ^c
(Constant)	1.110	.431		2.576	.011
Total Nilai KT	.022	.008	.237	2.579	.011 ^d
(Constant)	1.277	.337		3.784	.000
Total Score SDP	.060	.021	.258	2.824	.006 ^e

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

b. Sig. Pengetahuan Perawat

c. Sig. Ketrampilan Perawat

d. Sig. Kerjasama Tim

e. Sig. Sumber Daya Perawat

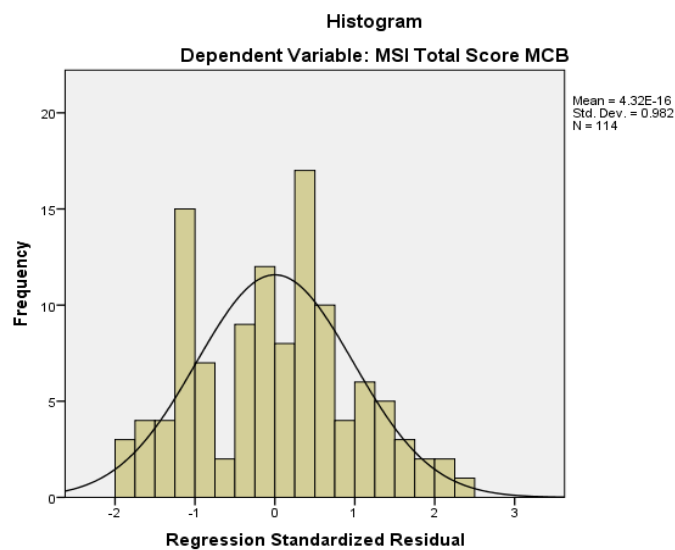
Berdasarkan Tabel 5.23 hasil Regresi Linear Sederhana per variabel menunjukkan nilai kekuatan pengaruh (R) yang paling kuat adalah variabel pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*. Nilai R Square dari Tabel di atas juga menunjukkan pengaruh terbesar dimiliki oleh variabel pengetahuan perawat yaitu sebesar 7,6%.

5.4.2 Regresi Berganda Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen

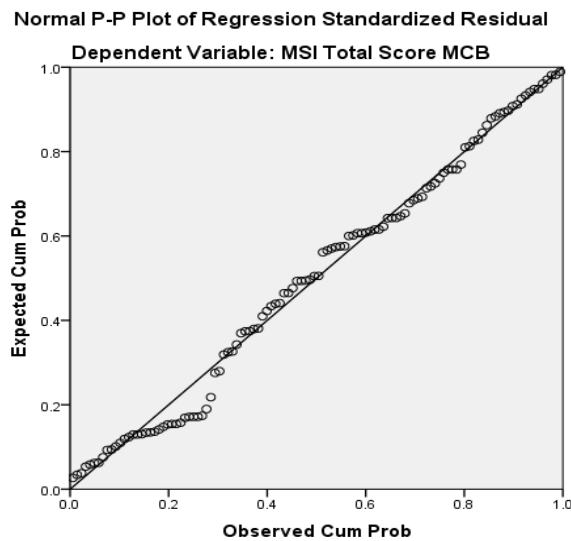
Di bawah ini akan disajikan tabel regresi berganda variabel pengetahuan, ketrampilan, kerjasama tim dan sumber daya perawat terhadap variabel manajemen *care bundle*. Adapun beberapa uji dalam regresi berganda yaitu uji asumsi klasik, uji autokorelasi, uji multikolinieritas

5.4.2.1 Uji Asumsi Klasik

1. Uji Normalitas adalah untuk melihat apakah nilai residual terdistribusi normal atau tidak. Model Regresi yang baik adalah memiliki nilai residual yang terdistribusi normal.



Gambar 5.1 Histogram Variabel Manajemen *Care Bundle*



Gambar 5.2 Normal P-P Plot Variabel Manajemen *Care Bundle*

Tabel 5.26 Tes Normalitas Kolmogorov – Smirnov

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Unstandardized Residual	.102	114	.005	.980	114	.079

a. Lilliefors Significance Correction

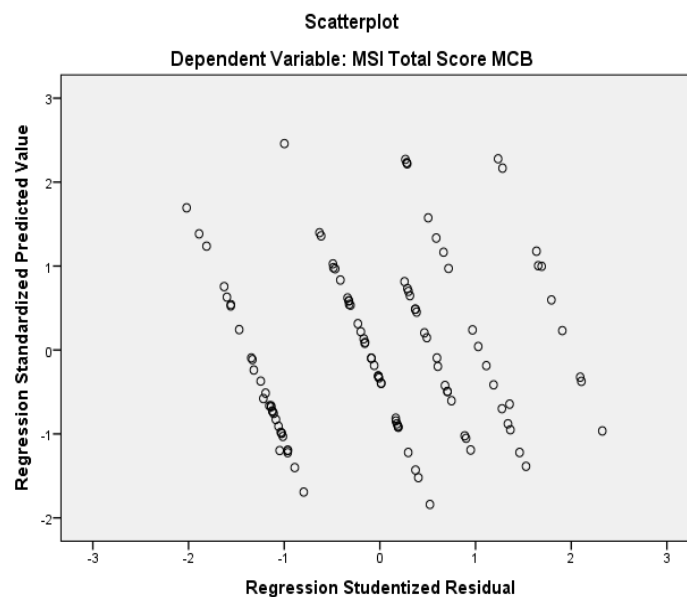
Pada Normal P-P Plot prinsipnya normalitas dapat dideteksi dengan melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diagonal grafik atau dengan melihat histogram dari residualnya. Dasar pengambilan keputusan:

- a. Jika data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogramnya menunjukkan pola distribusi normal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas.
- b. Jika data menyebar jauh garis diagonal dan/atau tidak mengikuti arah garis diagonal atau grafik histogram tidak menunjukkan pola distribusi normal, maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas (Ghozali 2007:110-112).

Dari analisis kurva dapat dilihat bahwa data menyebar di sekitar diagram dan mengikuti model Regresi, serta dari nilai Sig. pada Tes Normalitas Kolmogorov-Smirnov yang berada $<$ dari 0.05, dapat disimpulkan bahwa data yang diolah merupakan data yang berdistribusi normal, sehingga Uji Normalitas terpenuhi.

2. Uji Heteroskedastisitas adalah untuk melihat apakah terdapat perbedaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Model Regresi yang memenuhi persyaratan adalah dimana terdapat kesamaan varians dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain tetap atau disebut homoskedastisitas.

Deteksi dilakukan dengan metode Scatter Plot, dan model yang didapatkan dari Analisis Regresi ini memenuhi Uji Heteroskedastisitas, seperti terlihat pada gambar berikut:



Gambar 5.3 Scatterplot Variabel Manajemen *Care Bundle*

3. Uji Autokorelasi merupakan pengujian asumsi berikutnya dalam Regresi dimana variabel dependen tidak berkorelasi dengan dirinya sendiri. Maksud korelasi dengan diri sendiri adalah bahwa nilai dari

variabel dependen tidak berpengaruh dengan nilai variabel itu sendiri, baik nilai variabel sebelumnya atau nilai periode sesudahnya (Santosa&Ashari, 2005:240). Dasar pengambilan keputusannya adalah sebagai berikut angka D-W di bawah -2 berarti ada autokorelasi positif, angka D-W diantara -2 sampai +2 berarti tidak ada autokorelasi dan angka D-W di atas +2 berarti ada autokorelasi negatif.

Tabel 5.27 Model Summary

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.327 ^a	.107	.074	.88581	1.962
a. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat, Kerjasama Tim, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat					
a. Dependent Variable: Pelaksanaan <i>Management Care Bundle</i> (MCB)					

Kesimpulan Output Tabel:

Dari Tabel di atas didapatkan nilai Durbin-Watson (DW hitung) sebesar 1.962 atau 2. Berdasarkan kriteria yang telah ditentukan DW hitung berada diantara -2 dan 2, yakni $-2 \leq 2 \leq 2$ maka ini berarti tidak terjadi Autokorelasi dan Uji Autokorelasi terpenuhi.

- Uji Multikolinieritas adalah salah satu Uji Asumsi Klasik yang bertujuan untuk menguji apakah dalam model Regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel bebas (independen). Model Regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi di antara variabel independen. Jika variabel independen saling berkorelasi, maka variabel - variabel ini tidak ortogonal (Ghozali 2007:91). Untuk mendeteksi adanya multikolinieritas, dapat dilihat dari *Value Inflation Factor* (VIF). Apabila nilai VIF > 10, terjadi multikolinieritas. Sebaliknya, jika VIF < 10, tidak terjadi multikolinieritas (Wijaya, 2009:119).

Tabel 5.28 Coefficient

Model	Coefficients ^a			T	Sig.	Collinearity Statistics	
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
(Constant)	.019	.716		.027	.979		
Pengetahuan Perawat	.072	.102	.170	.711	.479	.144	6.955
Ketrampilan Perawat	.010	.012	.089	.832	.407	.714	1.401
Kerjasama Tim	.012	.010	.128	1.202	.232	.725	1.379
Sumber Daya Perawat	.009	.054	.038	.164	.870	.149	6.721

a. Dependent Variable: Pelaksanaan *Management Care Bundle* (MCB)

Hasil Uji Multikolinearitas dapat terlihat pada Tabel di atas, dimana dari hasil output data didapatkan bahwa nilai VIF seluruh variabel independen <10 ini berarti tidak terjadi multikolinieritas. Dan disimpulkan bahwa Uji Multikolinieritas terpenuhi

5.4.2.2 Analisis Korelasi Ganda (R) dan Determinasi (R²)

1. Analisis Korelasi Ganda (R)

Analisis Korelasi Ganda digunakan untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen (Pengetahuan, Ketrampilan, Sumber Daya Perawat, dan Kerjasama Tim) terhadap variabel dependen (Pelaksanaan MCB) secara serentak. Koefisien ini menunjukkan seberapa besar pengaruh yang terjadi antara variabel independen secara serentak terhadap variabel dependen.

2. Analisis Determinasi (R²)

Analisis Determinasi dalam regresi linear berganda ini digunakan untuk mengetahui prosentase sumbangan pengaruh variabel independen (Pengetahuan, Ketrampilan, Sumber Daya Perawat, dan Kerjasama Tim) secara serentak terhadap variabel dependen (Pelaksanaan MCB). Koefisien ini menunjukkan seberapa besar prosentase variasi

variabel independen yang digunakan dalam model mampu menjelaskan variasi variabel dependen. Jika nilai R^2 sama dengan 0, maka tidak ada sedikitpun presentase sumbangan pengaruh yang diberikan variabel independen terhadap variabel dependen, atau variasi variabel independen yang digunakan dalam model tidak menjelaskan sedikitpun variasi variabel dependen. Sebaliknya jika R^2 sama dengan 1, maka prosentase sumbangan pengaruh yang diberikan variabel independen terhadap variabel dependen adalah sempurna, atau variasi variabel independen yang digunakan dalam model menjelaskan 100% variasi variabel dependen.

Dari hasil analisis Regresi, output *Model Summary* terlihat sebagai berikut:

Tabel 5.29 Model Summary

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.327 ^a	.107	.074	.88581	1.962

a. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat, Kerjasama Tim, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat

a. Dependent Variable: Pelaksanaan *Management Care Bundle* (MCB)

Kesimpulan Output Tabel:

- 1) $R = 0.327$; nilai kekuatan pengaruh antara Variabel Independen (Pengetahuan, Ketrampilan, Sumber Daya Perawat, dan Kerjasama Tim) dengan Variabel Dependen (Pelaksanaan MCB). Nilai R ini diinterpretasikan sebagai pengaruh yang *Rendah*.
- 2) Nilai R^2 (*R Square*) adalah 0.107 atau (10.7%). Hal ini menunjukkan prosentase sumbangan pengaruh faktor Pengetahuan Perawat, Ketrampilan Perawat, Kerjasama Tim, dan Sumber Daya

Perawat sebesar 10.7% sedangkan sisanya 89.3% dipengaruhi atau dijelaskan oleh faktor – faktor/variabel lain yang tidak dimasukkan dalam model Penelitian ini.

3) Standard Error of the Estimate adalah suatu ukuran banyaknya kesalahan model Regresi dalam memprediksikan nilai Y (Pelaksanaan MCB). Dari hasil Regresi ini didapat nilai 0.88581 satuan pelaksanaan MCB, hal ini berarti banyaknya kesalahan dalam prediksi jumlah Pelaksanaan MCB sebesar 0.88581 satuan pelaksanaan.

5.4.2.3 Penentuan Koefisien dan Persamaan Regresi

Tabel 5.30 Coefficient

		Coefficients ^a				Collinearity Statistics	
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Tolerance VIF
		B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	.019	.716		.027	.979	
	Pengetahuan Perawat	.072	.102	.170	.711	.479	.144 6.955
	Ketrampilan Perawat	.010	.012	.089	.832	.407	.714 1.401
	Kerjasama Tim	.012	.010	.128	1.202	.232	.725 1.379
	Sumber Daya Perawat	.009	.054	.038	.164	.870	.149 6.721

a. Dependent Variable: Pelaksanaan *Management Care Bundle* (MCB)

Kesimpulan Output Tabel:

1) Persamaan Regresinya dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$Y_i = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4$$

$$Y_i = 0.019 + 0.072 X_1 + 0.010 X_2 + 0.012 X_3 + 0.009 X_4$$

Keterangan:

Y_i = Pelaksanaan MCB yang diprediksi

a = konstanta

b₁, b₂, b₃, b₄ = koefisien Regresi

X_1 = Pengetahuan Perawat (satuan)

X_2 = Ketrampilan Perawat (satuan)

X_3 = Kerjasama Tim (satuan)

X_4 = Sumber Daya Perawat (satuan)

Dari Persamaan Regresi di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Konstanta sebesar 0.019; artinya jika PP (X_1), KP (X_2), KT (X_3), dan

SDP (X_4) nilainya adalah 0, maka Pelaksanaan MCB (Y') nilainya adalah 0.019 satuan pelaksanaan.

b. Koefisien Regresi variabel PP (X_1) sebesar 0.072; artinya jika

variabel independen lain nilainya tetap dan PP mengalami kenaikan

1 satuan, maka pelaksanaan MCB (Y') akan mengalami kenaikan

sebesar 0.072 satuan pelaksanaan. Koefisien bernilai positif artinya

terjadi pengaruh positif antara PP dengan pelaksanaan MCB,

semakin naik PP maka semakin naik pula pelaksanaan MCB.

c. Koefisien Regresi variabel KP (X_2) sebesar 0.010; artinya jika

variabel independen lain nilainya tetap dan KP mengalami kenaikan

1 satuan, maka pelaksanaan MCB (Y') akan mengalami

peningkatan sebesar 0.010 satuan pelaksanaan. Koefisien bernilai

positif artinya terjadi pengaruh positif antara KP dengan

pelaksanaan MCB, semakin naik KP maka semakin meningkat

pelaksanaan MCB.

d. Koefisien Regresi variabel KT (X_3) sebesar 0.012; artinya jika

variabel independen lain nilainya tetap dan KT mengalami kenaikan

1 satuan, maka pelaksanaan MCB (Y') akan mengalami kenaikan

sebesar 0.012 satuan pelaksanaan. Koefisien bernilai positif artinya

terjadi pengaruh positif antara KT dengan pelaksanaan MCB,

semakin naik KT maka semakin naik pula pelaksanaan MCB.

e. Koefisien Regresi variabel SDP (X_4) sebesar 0.009; artinya jika variabel independen lain nilainya tetap dan SDP mengalami kenaikan 1 satuan, maka pelaksanaan MCB (Y') akan mengalami peningkatan sebesar 0.009 satuan pelaksanaan. Koefisien bernilai positif artinya terjadi pengaruh positif antara KP dengan pelaksanaan MCB, semakin naik KP maka semakin meningkat pelaksanaan MCB.

2) Nilai pelaksanaan MCB yang diprediksi (Y') dapat dilihat pada Tabel Casewise Diagnostics (kolom Predicted Value). Sedangkan Residual (*unstandardized residual*) adalah selisih antara pelaksanaan MCB dengan Predicted Value (Tabel *Casewise Diagnostics* terlampir).

5.4.2.3.1 Uji Koefisien Regresi Secara Bersama-sama (Uji F)

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah variabel independen (X_1 sampai X_4) secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap variabel dependen (Y). Atau untuk mengetahui apakah model Regresi dapat digunakan untuk memprediksi variabel dependen atau tidak. Dari hasil output Analisis Regresi, dapat diketahui nilai F seperti pada Tabel berikut ini.

Tabel 5.31 Hasil Uji F

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10.238	4	2.559	3.262	.014 ^b
	Residual	85.527	109	.785		
	Total	95.765	113			

a. Dependent Variable: Pelaksanaan *Management Care Bundle*

b. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat, Kerjasama Tim, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat

Adapun tahap-tahap dalam uji F yaitu:

1) Perumusan Hipotesis

Ho: Tidak ada pengaruh secara signifikan antara PP, KP, KT, dan

SDP secara bersama - sama terhadap pelaksanaan MCB.

Ha : Ada pengaruh secara signifikan antara PP, KP, KT, dan SDP

secara bersama - sama terhadap pelaksanaan MCB.

2) Penentuan tingkat signifikansi

Tingkat signifikansi menggunakan $\alpha = 5\%$ atau 0.05

3) Penentuan F Hitung

Berdasarkan Tabel di atas diperoleh F hitung sebesar 3.262

4) Penentuan F Tabel

Menggunakan tingkat keyakinan 95%, $\alpha = 5\%$, df1 (jumlah variabel –

1) = 4, dan df2 (n-k-1) atau $114 - 4 - 1 = 109$ (n adalah jumlah

responden dan k adalah jumlah variabel independen), hasil

diperoleh untuk F tabel sebesar 2.455 (F Tabel terlampir).

5) Kriteria Pengujian

Ho diterima bila F Hitung < F Tabel

Ho ditolak bila F Hitung > F Tabel

6) Membandingkan F Hitung dengan F Tabel

Nilai F Hitung > F Tabel ($3.262 > 2.455$), maka Ho ditolak.

7) Kesimpulan Output

Karena F Hitung > F Tabel ($3.262 > 2.455$), maka Ho ditolak, artinya

ada pengaruh secara signifikan antara Pengetahuan Perawat (PP),

Ketrampilan Perawat (KP), Kerjasama Tim (KT), dan Sumber Daya

Perawat (SDP) secara bersama – sama terhadap pelaksanaan

Management Care Bundle (MCB). Jadi dari Penelitian ini dapat

disimpulkan bahwa faktor PP, KP, KT, dan SDP secara bersama -

sama berpengaruh terhadap pelaksanaan MCB pada pasien Cedera Kepala di IGD wilayah Kota Kupang

5.4.2.3.2 Uji Koefisien Regresi Secara Parsial (Uji T)

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah dalam model Regresi variabel independen (X_1 , X_2 , X_3 , dan X_4) secara parsial berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen (Y). Dari hasil Analisis Regresi, output dapat disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.28 Hasil Uji T

Model	Coefficients ^a				T	Sig.
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	.019	.716			.027	.979
1 Pengetahuan Perawat	.072	.102	.170		.711	.479
1 Ketrampilan Perawat	.010	.012	.089		.832	.407
Kerjasama Tim	.012	.010	.128		1.202	.232
Sumber Daya Perawat	.009	.054	.038		.164	.870

a. Dependent Variable: Pelaksanaan *Management Care Bundle* (MCB)

Adapun tahap-tahap dalam uji T yaitu:

1) Pengujian Koefisien Regresi variabel Pengetahuan Perawat (PP)

a. Penentuan Hipotesis

Ho: Secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara PP dengan pelaksanaan MCB.

Ha: Secara parsial ada pengaruh signifikan antara PP dengan pelaksanaan MCB.

b. Kriteria Pengujian

Ho diterima jika $-T \text{ Tabel} < T \text{ Hitung} < T \text{ Tabel}$

Ho ditolak jika $-T \text{ Hitung} < -T \text{ Tabel}$ atau $T \text{ Hitung} > T \text{ Tabel}$

c. Kesimpulan

Oleh karena $T_{\text{Hitung}} < T_{\text{Tabel}}$ ($0.711 < 2.3610$) maka H_0 diterima, artinya secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara PP dengan pelaksanaan MCB. Jadi dari kasus ini dapat disimpulkan bahwa secara parsial faktor Pengetahuan Perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan MCB pada pasien Cedera Kepala di IGD wilayah Kota Kupang.

2) Pengujian Koefisien Regresi variabel Ketrampilan Perawat (KP)

a. Penentuan Hipotesis

H_0 : Secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara KP dengan pelaksanaan MCB.

H_a : Secara parsial ada pengaruh signifikan antara KP dengan pelaksanaan MCB.

b. Kriteria Pengujian

H_0 diterima jika $-T_{\text{Tabel}} < T_{\text{Hitung}} < T_{\text{Tabel}}$

H_0 ditolak jika $-T_{\text{Hitung}} < -T_{\text{Tabel}}$ atau $T_{\text{Hitung}} > T_{\text{Tabel}}$

c. Kesimpulan

Oleh karena $T_{\text{Hitung}} < T_{\text{Tabel}}$ ($0.832 < 2.3610$) maka H_0 diterima, artinya secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara KP dengan pelaksanaan MCB. Jadi dari kasus ini dapat disimpulkan bahwa secara parsial faktor Ketrampilan Perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan MCB pada pasien Cedera Kepala di IGD wilayah Kota Kupang.

3) Pengujian Koefisien Regresi variabel Kerjasama Tim (KT)

a. Penentuan Hipotesis

H_0 : Secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara KT dengan pelaksanaan MCB.

Ha: Secara parsial ada pengaruh signifikan antara KT dengan pelaksanaan MCB.

b. Kriteria Pengujian

Ho diterima jika $-T \text{ Tabel} < T \text{ Hitung} < T \text{ Tabel}$

Ho ditolak jika $-T \text{ Hitung} < -T \text{ Tabel}$ atau $T \text{ Hitung} > T \text{ Tabel}$

c. Kesimpulan

Oleh karena $T \text{ Hitung} < T \text{ Tabel}$ ($1.202 < 2.3610$) maka Ho diterima, artinya secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara KT dengan pelaksanaan MCB. Jadi dari kasus ini dapat disimpulkan bahwa secara parsial faktor Kerjasama Tim tidak berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan MCB pada pasien Cedera Kepala di IGD wilayah Kota Kupang.

4) Pengujian Koefisien Regresi variabel Sumber Daya Perawat (SDP)

a. Penentuan Hipotesis

Ho: Secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara SDP dengan pelaksanaan MCB.

Ha: Secara parsial ada pengaruh signifikan antara SDP dengan pelaksanaan MCB.

b. Kriteria Pengujian

Ho diterima jika $-T \text{ Tabel} < T \text{ Hitung} < T \text{ Tabel}$

Ho ditolak jika $-T \text{ Hitung} < -T \text{ Tabel}$ atau $T \text{ Hitung} > T \text{ Tabel}$

c. Kesimpulan

Oleh karena $T \text{ Hitung} < T \text{ Tabel}$ ($0.164 < 2.3610$) maka Ho diterima, artinya secara parsial tidak ada pengaruh signifikan antara SDP dengan pelaksanaan MCB. Jadi dari kasus ini dapat disimpulkan bahwa secara parsial faktor Sumber Daya Perawat

tidak berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan MCB pada pasien Cedera Kepala di IGD wilayah Kota Kupang.

5.4.2.3.3 Kesimpulan Analisis Regresi

Hasil Regresi Linear Sederhana per Variabel, terlihat nilai kekuatan pengaruh (R) yang paling kuat/dominan adalah Variabel Pengetahuan Perawat terhadap pelaksanaan MCB. Nilai R Square juga menunjukkan pengaruh terbesar dimiliki oleh Variabel Pengetahuan Perawat yaitu sebesar 7,6%, diikuti oleh Sumber Daya Perawat dengan 6,6%, Kerjasama Tim dengan 5,6%, dan Ketrampilan Perawat sebesar 5.0%.

Hasil Regresi Linier Berganda, Uji Pengaruh secara bersama – sama (Uji F) menunjukkan bahwa PP, KP, KT, dan SDP secara bersama - sama berpengaruh terhadap pelaksanaan MCB; namun secara parsial (Uji T), tidak ada satupun variabel independen dalam Penelitian ini yang mempunyai pengaruh signifikan terhadap pelaksanaan MCB, baik secara positif maupun negatif.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Faktor Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan manajemen *care bundle* yang baik yaitu sebanyak 61 perawat (53,5%). Hal tersebut dikarenakan pengetahuan tenaga kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pendidikan yang ditempuhnya. Pendidikan sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang karena merupakan proses pembelajaran pola pikir dari tidak tahu menjadi tahu, dari jenjang pendidikan inilah dapat diketahui tingkat pengetahuan seseorang (Riyanto 2013). Hasil penelitian, didapatkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan (63,2%) dan hampir setengahnya (33,3%) berpendidikan S1 Keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan yang tinggi dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dalam berbagai hal salah satunya pelaksanaan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Notoadmodjo, (2012) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin baik pula dalam menerima informasi dan mengaplikasikannya dalam sebuah tindakan.

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 114 responden, diperoleh data bahwa mayoritas perawat di IGD Wilayah Kupang berusia 26-30 tahun yaitu sebanyak 55 responden (48,2%) dan hampir setengah responden tersertifikasi ketrampilan klinis BT & CLS yakni sebanyak 53 responden (46,5%). Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Chan, (2009) yang menyatakan bahwa usia dan ketrampilan klinis memiliki pengaruh yang

besar dalam menunjang pengetahuan perawat sehingga sangat erat kaitannya dengan kualitas pelayanan yang ada di IGD. Pengalaman perawat saat mengikuti pelatihan ketrampilan klinis dapat meningkatkan pengetahuannya dalam melakukan asuhan keperawatan, seperti pada hasil perawatan gawat darurat pasien lanjut usia yang membaik setelah dirawat oleh perawat dengan pelatihan spesialis. Sehingga semakin banyak perawat IGD yang mengikuti pelatihan maka semakin baik pula pengetahuan dan asuhan keperawatan yang diberikan (Considine, *et al.*, 2017).

Pengetahuan merupakan suatu domain penting dalam terbentuknya suatu tindakan keperawatan. Tindakan yang didasari oleh pengetahuan yang baik akan berdampak pada kualitas perawatan pasien (Notoadmodjo, 2007). Hasil perhitungan menggunakan spearman rho menunjukkan bahwa angka signifikansi sebesar 0,003 yang artinya ada pengaruh bermakna antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD. Secara regresi diperoleh hasil signifikan pengetahuan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah $0,003 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $3,041 > t$ tabel 2,3610 dan koefisien regresi sebesar 0,118 yang menyatakan bahwa penambahan 1 satuan nilai pada variabel pengetahuan perawat maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0,118. Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat maka semakin baik pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD. Sesuai dengan hasil penelitian dari Damkliang, *et al* (2015) yang menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan secara statistik pada skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi manajemen *care bundle* yaitu ($p < 0,001$). Sehingga pengetahuan perawat yang baik tentang manajemen *care bundle* dapat menjadi salah satu strategi untuk meningkatkan kualitas perawatan dengan hasil yang optimal

disituasi lingkungan IGD yang crowded dan jumlah sumber daya perawat terbatas.

6.2 Pengaruh Faktor Ketrampilan Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat ketrampilan yang cukup yaitu sebanyak 61 responden (53,5%) sedangkan 34 responden (29,8%) memiliki tingkat ketrampilan yang baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil signifikan korelasi sebesar 0,028 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara ketrampilan perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,025 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel ketrampilan perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0,025 dengan nilai signifikan sebesar $0,011 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $2,579 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya ada pengaruh kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

Manajemen *care bundle* merupakan salah satu metode pemberian asuhan keperawatan yang konsisten berdasarkan *evidence based practice* pada pasien dengan cedera kepala untuk mengurangi variasi dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga menghasilkan perawatan yang lebih optimal (Damkliang, *et al.*, 2014). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Damkliang, *et al* (2015) terhadap 22 partisipan di IGD mengemukakan bahwa faktor ketrampilan perawat mempunyai pengaruh besar dalam pelaksanaan manajemen *care bundle*, dimana ketrampilan perawat dirasakan sangat membantu dalam meningkatkan kualitas perawatan, pengetahuan dan kepercayaan diri perawat selama merawat pasien dengan cedera kepala di IGD.

Penguasaan pembelajaran ketrampilan klinis sangat diperlukan untuk menjadi perawat terlatih. Hal ini ditunjukkan melalui penelitian Tavender, *et al.*, (2014) tentang pengembangan dan evaluasi intervensi manajemen cedera kepala di IGD bahwa penilaian prospektif trauma dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu diantaranya ada ketrampilan dan keyakinan tentang kemampuan diri, sehingga hal ini menjadi penting untuk dapat dikembangkan dalam pelayanan kesehatan di IGD. *National Association of Clinical Nurse Specialists* (NACNS) telah mengembangkan kompetensi inti bagi seluruh perawat klinis agar dapat diterapkan di bidang khususnya masing-masing. Oleh karena itu, *Emergency Nurses Association* (ENA) sebagai organisasi profesional perawat gawat darurat, menetapkan kompetensi khusus bagi perawat darurat yaitu profesionalisme ketrampilan perawat dalam melayani pasien diseluruh tingkatan usia dengan pengetahuan yang luas mengenai penyakit akut, kronis dan cedera. Hal ini menjadi suatu tindakan interdisipliner yang harus diterapkan di IGD rumah sakit dalam upaya meningkatkan ketrampilan klinis perawat (ENA, 2011). Sehingga ketrampilan klinis menjadi hal penting bagi setiap perawat di IGD.

Berdasarkan hasil penelitian tabel 5.5 menunjukkan bahwa hampir setengah responden (46%) memiliki ketrampilan BTCLS sedangkan sebagian kecil responden (15,8%) tidak pernah mengikuti pelatihan ketrampilan klinis. Hal ini sangat mempengaruhi pelaksanaan manajemen *care bundle*, dimana diperoleh data sebagai besar pelaksanaan manajemen *care bundle* kurang (59,6%). Untuk itu perlu upaya pengembangan ketrampilan perawat di IGD wilayah Kupang melalui pelatihan-pelatihan kegawatan, agar dapat menunjang kinerja perawat di IGD khususnya pelaksanaan manajemen *care bundle*. Hal ini seiring dengan pernyataan dari

Tuomaala, et al (2015) bahwa kualitas perawatan dipengaruhi oleh kompetensi teoritis, ketrampilan profesional dan kualitas perawat itu sendiri diluar dari kesediaan fasilitas kesehatan di rumah sakit sebagai sarana penunjang pelayanan kesehatan sehingga mampu menyediakan perawatan holistik pada pasien.

6.3 Pengaruh Faktor Sumber Daya Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar sumber daya perawat yakni 62 responden (54,4%) berkategori baik dan sebagian kecil sumber daya perawat sejumlah 23 responden (20,2%) berkategori kurang. Hasil uji statistik diperoleh angka signifikan korelasi sebesar 0,009 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara sumber daya perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,060 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel sumber daya perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.060 dengan nilai signifikan sebesar $0,006 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $2,824 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya ada pengaruh sumber daya perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

Pelayanan kesehatan di IGD memerlukan sumber daya perawat yang berkualitas sebagai upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan secara menyeluruh, merata, terjangkau dan dapat diterima oleh seluruh masyarakat. Fungsi utama IGD adalah mencegah kematian dan kecacatan yang mungkin terjadi pada pasien, sehingga pengelolaan sumber daya perawat sangat diperlukan dalam peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan (Depkes RI, 2008, Kemenkes RI, 2012). Penentuan jumlah tenaga kerja keperawatan di IGD menurut Kementerian Kesehatan (2011) yaitu

disesuaikan dengan kondisi atau peran dan fungsi perawat dan kelas IGD tersebut. Selain itu, sumber daya perawat yang ada di IGD dapat didasari dari kualitas perawat itu sendiri, baik dari segi tingkat pendidikan dan pengalaman kerja perawat.

Berdasarkan hasil penelitian Harris & McDonald, (2014) terhadap 384 pasien di IGD diperoleh data analisis bahwa perawat senior lebih berkompeten untuk melakukan streaming pasien ke ruang gawat darurat untuk penilaian lebih lanjut dibandingkan perawat junior. Hal ini mencerminkan kualitas perawat yang mampu bekerja secara profesional berdasarkan prosedur yang ada. Untuk itu latar belakang pendidikan, pelatihan dan pengalaman perawat di IGD perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan kualitas sumber daya perawat di rumah sakit. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Bosch, *et al* (2016) bahwa untuk menciptakan suatu perubahan dalam manajemen cedera kepala, perlu untuk mempertimbangkan kualitas ketenagaaan dengan situasi di IGD yang tidak dapat diprediksi. Melalui evaluasi setiap intervensi yang diberikan selama proses perawatan, diharapkan dapat memberikan kualitas pelayanan yang optimal.

Demikian halnya dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD, yang mengutamakan kualitas dari sumber daya perawat yang ada. Dimana sumber daya perawat memiliki peranan penting dalam pengambilan keputusan awal perawatan pasien yang tentunya didasari oleh pengetahuan, pelatihan dan pengalaman perawat selama bekerja di IGD. Oleh karena itu sumber daya perawat merupakan hal penting yang harus terus diperbaharui oleh manajemen rumah sakit guna meningkatkan kinerja pelayan kesehatan (Damkliang, *et al.*, 2015).

6.4 Pengaruh Faktor Kerjasama Tim Perawat Terhadap Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kerjasama tim perawat yakni 76 responden (66,7%) berkategori buruk dan sebagian kecil kerjasama tim perawat yaitu 38 responden (33,3%) berkategori baik. Hal ini disebabkan, kurangnya koordinasi antara ketua tim dan anggotanya dalam pemberian asuhan keperawatan disituasi *crowded*, sehingga pelaksanaan management *care bundle* menjadi tidak optimal.

Hasil uji statistik diperoleh angka signifikan korelasi sebesar 0,012 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh antara kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,022 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel sumber daya perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.022 dengan nilai signifikan sebesar $0,011 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $2,579 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya ada pengaruh kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*.

Kerjasama tim menjadi sebuah kebutuhan dalam mewujudkan kinerja dan prestasi kerja yang baik dimana rasa kebersamaan muncul untuk mengatasi perbedaan-perbedaan individual untuk tetap berada dalam satu tim kerja. Hal ini dapat terlihat dari hasil kerja perawat pelaksana yang menjalankan fungsi keperawatan dibawah pengawasan perawat profesional sebagai salah satu tim kerja dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional (Robert, 2005). Berdasarkan hasil penelitian Ajeigbe, *et al* (2014) terhadap kerjasama tim di IGD dengan menggunakan instrumen *Revised Nurse Work Index* berskala likert diperoleh data staff yang bekerja di IGD menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi secara signifikan

terhadap kerjasama tim yaitu $p < 0,0001$ dibandingkan dengan rekan-rekan kerja di IGD yang tidak memiliki kerjasama tim. Hal ini dikarenakan perawat di IGD bekerjasama dan berpartisipasi sebagai mitra dalam perawatan pasien yang mengarah ke peningkatan pengaruh interpersonal dan penekanan status masing-masing profesi. Sehingga praktek kerjasama tim yang terus aktif diharapkan dapat meningkatkan kepuasan kerja di IGD.

Berdasarkan hasil review Courtenay, *et al.*, (2013) diperoleh data 70-80% kesalahan dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh komunikasi dan pemahaman tim yang buruk. Hal ini sering terjadi pada saat penanganan pasien cedera di IGD. Studi evaluatif mengemukakan beberapa penyebab buruknya kerjasama tim yaitu interaksi antar anggota tim dan kepemimpinan, komposisi dan struktur tim serta evaluasi kinerja tim. Oleh karena itu pentingnya untuk menjaga stabilitas anggota tim dan komunikasi antar anggota ketika terjadi perubahan kondisi pasien sehingga tidak mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan (Zheng, *et al.*, 2012). Kerjasama tim yang baik di IGD dapat membantu perawat dalam memecahkan masalah pada pasien gawat darurat yang terlihat pada perbaikan kondisi pasien yang dirawat dengan kerjasama tim profesional (Creswick, *et al.*, 2009).

Pelaksanaan manajemen *care bundle* tak terlepas dari peran kerjasama tim yang ada di IGD. Berdasarkan hasil penelitian Damkliang, *et al.* (2015) tentang persepsi perawat IGD dalam pelaksanaan manajemen *care bundle* menunjukkan bahwa kerjasama tim merupakan salah satu indikator penting dalam menunjang asuhan keperawatan yang berkualitas selama proses perawatan pasien cedera kepala. Bekerjasama dalam satu tim dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini terlihat dari pelaksanaan *care bundle* yang sebelumnya kurang optimal,

menjadi lebih baik dengan adanya kerjasama tim, sehingga dapat memudahkan perawat dalam memberikan perawatan maximal disituasi IGD yang *crowded*. Hal yang sama diungkapkan oleh Henry, *et al* (2013) dalam penelitiannya tentang persepsi pasien terhadap kerjasama tim di IGD bahwa kesenjangan anatar peran dan fungsi anggota tim dalam pelayanan kesehatan mengundang keraguan pasien selama proses perawatan begitupun sebaliknya pasien memiliki keyakinan lebih selama perawatan pada kelompok tim yang dapat bekerjasama dengan baik.

6.5 Faktor Dominan Pelaksanaan Manajemen *Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang

Berdasarkan tabel 5.23 didapatkan hasil analisis multivariat regresi linear sederhana bahwa variabel dominan yang paling berpengaruh dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* oleh perawat adalah faktor pengetahuan perawat dengan koefisien determinasi (R Square) sebesar 0,076 atau 7,6% yang berarti pengetahuan perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* sebesar 7,6% sedangkan sisanya 92,4% dipengaruhi oleh variabel lain diluar model regresi ini. Secara regresi linier berganda diperoleh hasil analisis F Hitung > F Tabel ($3.262 > 2.455$), maka H_0 ditolak, artinya ada pengaruh secara signifikan antara Pengetahuan Perawat, Ketrampilan Perawat, Kerjasama Tim, dan Sumber Daya Perawat secara bersama – sama terhadap pelaksanaan *Management Care Bundle* di IGD Wilayah Kupang.

Pengetahuan merupakan kemampuan untuk memahami dan menerapkan informasi pada tanggung jawab pekerjaan. Transisi pengetahuan keperawatan saat ini telah dikembangkan berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP) sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Pengetahuan tenaga kesehatan dipengaruhi

oleh beberapa faktor diantaranya pendidikan, ketrampilan dan pengalaman (Riyanto 2013; Notoadmodjo, 2012; Goodstone, *et al.*, 2015).

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan telah ditemukan dalam penelitian ini yaitu bahwa sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan (63,2%) dan hampir setengahnya (33,3%) berpendidikan S1 Keperawatan, hampir setengah responden memiliki ketrampilan klinis BT & CLS yakni 53 responden (46,5%) dan sebagian kecil responden memiliki masa kerja ≥ 10 tahun yaitu 23 responden (20,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian Damkliang, *et al* (2015) pada perawat di IGD Thailand menunjukkan terjadi peningkatan yang signifikan secara statistik pada skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi manajemen *care bundle* yaitu ($p < 0,001$).

Berdasarkan hasil penelitian Damkliang, *et al* (2013) dimana terjadi Hasil penelitian tahap 1 pengetahuan perawat IGD tentang manajemen cedera kepala menunjukkan tingkat respons sebesar 91,9% dengan presentasi tanggapan yang benar berkisar antara 33,3% sampai 95,2% dan tahap 2 pelaksanaan manajemen klinis perawat IGD pada 20 pasien dengan cedera kepala dengan waktu perawatan lebih dari 40 jam. Hal ini menunjukkan adanya variasi dalam praktik perawatan dan pengetahuan perawat dalam penatalaksanaan pasien cedera kepala di IGD Thailand. Sehingga untuk meningkatkan konsistensi perawatan cedera kepala di IGD maka perlu pengembangan ilmu pengetahuan, pelatihan ketrampilan klinis dan intervensi cedera kepala secara multidisipliner, agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang optimal.

Pengetahuan tentang manajemen *care bundle* sangat diperlukan oleh perawat di IGD dalam melakukan penanganan awal dan perawatan kondisi hemodinamik pasien cedera kepala untuk mencegah terjadinya

cedera kepala sekunder. Hal ini tentunya erat kaitannya dengan ketrampilan yang dimiliki perawat dalam menunjang kualitas perawatan pasien (Damkliang, *et al.*, 2014). Sehingga melalui penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat IGD di wilayah Kupang.

6.6 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* di IGD. Beberapa manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini antara lain:

1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar perawat IGD dalam pelayanan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala terutama dalam melakukan manajemen *care bundle* dengan memperhatikan faktor yang mendukung perawat dalam meningkatkan kinerja manajemen *care bundle* sebagai tindakan mandiri keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data bahwa faktor pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, sumber daya perawat dan kerjasama tim perawat memiliki pengaruh dalam pelaksanaan manajemen *care bundle*, sehingga penting bagi manajemen rumah sakit untuk mengevaluasi dan mengembangkan kualitas dari pelayanan keperawatan di IGD. Selain itu faktor yang paling berpengaruh dari hasil penelitian ini adalah pengetahuan perawat, oleh karena itu sebaiknya pihak manajemen rumah sakit terus mengembangkan kualitas perawat IGD melalui pendidikan dan pelatihan ketrampilan dari bidang ilmu masing-masing terutama kegawatdaruratan lanjut dan trauma. Pemberian pelatihan perawat di IGD, diharapkan dapat meningkatkan kompetensi perawat dan

kualitas asuhan keperawatan yang diberikan sehingga pelaksanaan manajemen *care bundle* dapat terlaksana dengan optimal.

2. Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah keilmuaan dibidang keperawatan gawat darurat melalui pengembangan kompetensi perawat dalam pelaksanaan manajemen *care bundle* sebagai tindakan awal perawat pada pasien cedera kepala.

3. Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan dasar penelitian selanjutnya dengan berfokus pada faktor lainnya yang diduga memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD seperti faktor pengalaman perawat, kualitas perawatan, pasien yang gelisah dan fasilitas kesehatan.

6.7 Keterbatasan Penelitian

1. Instrumen sumber daya perawat yang digunakan pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang bersifat evaluasi diri perawat sehingga subyektifitas responden menjadi lebih dominan.
2. Instrumen manajemen *care bundle* yang digunakan pada penelitian ini bersifat kuantitas sehingga kualitas pelaksanaan manajemen *care bundle* belum terlihat
3. Penelitian ini dilakukan di seluruh IGD rumah sakit pemerintah wilayah Kupang dengan lokasi penelitian yang berbeda-beda sehingga dalam pengisian kuesioner peneliti tidak dapat mengawasi secara penuh pengisian kuesioner yang diisi responden.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Faktor pengetahuan perawat mempunyai pengaruh positif terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang, sehingga apabila pengetahuan perawat baik maka pelaksanaan manajemen *care bundle* semakin optimal.
2. Faktor ketrampilan perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang, sehingga apabila faktor ketrampilan ditingkatkan maka pelaksanaan manajemen *care bundle* semakin baik.
3. Faktor sumber daya perawat berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang, sehingga apabila sumber daya perawat ditingkatkan maka kualitas sumber daya perawat di IGD akan semakin baik.
4. Faktor kerjasama tim perawat mempunyai pengaruh positif pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang, sehingga apabila kerjasama tim perawat baik maka pelaksanaan manajemen *care bundle* semakin optimal.
5. Faktor pengetahuan perawat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Perawat

Diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang melalui pengembangan pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat. pengembangan pengetahuan dan ketrampilan perawat dapat dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan, seminar ataupun workshop kegawatdaruratan trauma. Pengembangan sumber daya perawat yang berkualitas dapat dilakukan sejak menempuh pendidikan kepeawatan, sehingga memiliki pemahaman yang baik tentang pelayanan keperawatan. Pengembangan kerjasama tim perawat melalui manajemen rumah sakit agar dapat dilakukan monitoring, evaluasi dan komunikasi dari setiap pelaksanaan perawatan di IGD, sebagai upaya meningkatkan kualitas kerjasama tim yang optimal.

7.2.2 Bagi Pemerintah Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas sumber daya perawat khususnya di IGD 6 (enam) rumah sakit pemerintah Wilayah Kupang melalui beasiswa bagi perawat yang masih berlatar belakang pendidikan SPK dan D-III Keperawatan. Menyediakan dan mengevaluasi secara rutin kebutuhan sarana pendukung pelayanan kesehatan yang disesuaikan dengan kondisi di Wilayah Kupang dengan prevalensi trauma yang tinggi mengingat sebagian besar mata pencaharian masyarakat NTT yaitu pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan memanjat pohon setinggi 15-30 meter tanpa alat perlindungan diri sehingga beresiko terjadi trauma apabila terjatuh. Selain itu kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm saat berkendara roda dua, meningkatkan angka cedera kepala saat terjadi kecelakaan lalu lintas.

Untuk itu perlu dilakukan sosialisasi menyeluruh bagi masyarakat NTT untuk lebih memperhatikan keselamatan dirinya, mengingat budaya yang telah ada dan berjalan di masyarakat NTT, sehingga dapat mengurangi angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh trauma.

7.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat dikembangkan dengan penelitian kuantitatif yang menganalisis pengaruh kualitas perawatan dan fasilitas kesehatan dalam pelaksanaan manajemen *care bundle* serta penelitian kualitatif seperti studi etnografi agar lebih tereksplorasi secara mendalam mengenai budaya masyarakat NTT yang dapat memperlihatkan penyebab meningkatnya angka kejadian cedera kepala.



DAFTAR PUSTAKA

Ajeigbe, D. O., Mcneese-smith, D., Phillips, L. R., & Leach, L. S. (2014). Nursing & Care Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000141>

American College of Surgeons. (2015). BEST PRACTICES IN THE MANAGEMENT OF TRAUMATIC Table of Contents, 1–29.

Arikunto, S. (2003). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktek*. Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta

Ballantyne, H., Pg, H., Rn, D., & Ballantyne, H. (2016). Beyond the nursing care plan: an introduction to care bundles, 5349(March). <https://doi.org/10.1080/17415349.2015.1127787>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82, 3. 402-407. doi:10.2307/3462928.

Bosch, M., Mckenzie, J. E., Mortimer, D., Tavender, E. J., Francis, J. J., Brennan, S. E., ... Grimshaw, J. M. (2014). Implementing evidence-based recommended practices for the management of patients with mild traumatic brain injuries in Australian emergency care departments : study protocol for a cluster randomised controlled trial.

Bosch, M., Tavender, E. J., Brennan, S. E., & Knott, J. (2016). The Many Organisational Factors Relevant to Planning Change in Emergency Care Departments: A Qualitative Study to Inform a Cluster Randomised Controlled Trial Aiming to Improve the Management of Patients with Mild Traumatic Brain Injuries, 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148091>

Brain Trauma Foundation. *Prehospital Emergency Care*. BTF.2007;12:S1 - S52.

Carney, N., Totten, A. M., Reilly, C. O., Ullman, J. S., Bell, M. J., Bratton, S. L., ... Vavilala, M. S. (2016). *Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th Edition*, (September).

Chan, M. F. A. I. (2009). Factors Affecting Knowledge , Attitudes , and Skills Levels for Nursing Staff Toward the Clinical Management System in Hong Kong, 27(1), 57–65.

Chang, R. Y., dan Mark J. C. (1998). *Membangun Tim Mandiri*. PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta.

Cook, N. (2003). Respiratory care in spinal cord injury with associated traumatic brain injury: bridging the gap in critical care nursing interventions. *intensive and critical care nursing* 19(3): 143-153

Conley, D. T. (2007). *Redefining College Readiness*, (March). *Educational Policy*



Improvement Center.

Coronado, V. G., Xu L., Basavaraju, S. V., McGuire, L. C., Wald, M. M., Faul, M. D., Guzman, B. R., Hemphill, J. D. (2011). Surveillance for Traumatic Brain Injury – Related Deaths — United States, 1997 – 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 60(5), 1997–2007.

Considine, J. (2017). caring for older patients in the Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.08.001>

Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting : a scoping review.

Creswick, N., Johanna, and Braithwaite. J. (2009). Understanding communication networks in the emergency department. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-247>. BMC Health Service Research

Dahlan, M. Sopiudin. (2013). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. cetakan ketiga. Jakarta: Salemba Medika

Damkliang, J., Nursing, M. N. S. A., Considine, J., & Kent, B. (2013). Thai emergency nurses ' management of patients with severe traumatic brain injury : Comparison of knowledge and clinical management with best available evidence. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.09.001>

Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015a). Nurse Education in Practice Using an evidence-based care bundle to improve Thai emergency nurses ' knowledge of care for patients with severe traumatic brain injury, 15, 2010–2011.

Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015). Nurses' perceptions of using an evidence-based care bundle for initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(4), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.04.004>

Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015b). Using an evidence-based care bundle to improve initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3365–3373. <https://doi.org/10.1111/jocn.12923>

Depkes RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas C. Jakarta: 53-56.

Depkes, RI. (2008). Modul Manajemen dan Pemberian Asuhan Keperawatan Di Unit Ruang Rawat Rumah Sakit. Bandung: Depkes.

Dharma, K. K. (2011). Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian, Jakarta, Trans InfoMedia.

Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450. <http://nursingthefuture.ca/assets/Documents/Stages2008.pdf>

Faul, M., & Coronado, V. (2015). *Epidemiology of traumatic brain injury. Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 127). Elsevier B.V.

Foster, C., Florhaug, J. A., Franklin, J., Gottschall, L., Hrov, L. A., Suzanne, P., ... Dodge, C. (2001). A New Approach to Monitoring Exercise Training, 15(1), 109–115.

Fox, J., J. (1996). Panen Lontar: Perubahan Ekologi dalam Kehidupan Masyarakat Pulau Rote dan Sawu. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Fulbrook, P., & Mooney, S. (2003). Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nursing in Critical Care*, 8(6), 249–255. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2003.00039.x>

Gaw, C. E., & Zonfrillo, M. R. (2016). Emergency department visits for head trauma in the United States. *BMC Emergency Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0071-8>

Gibson, James L. (1987). Organisasi: perilaku, struktur, proses. Edisi V. Jilid 1 Jakarta: Erlangga

Gibson, James L. (2002). Organisasi: perilaku, struktur, proses. Edisi V. Jilid 4 Jakarta: Erlangga

Goodstone, L., Cherkis, F., Glaser, C., Nikolaidou, M., & Maggio, N. J. (2015). Bundle up: Introducing care bundles to increase knowledge and confidence of senior nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 10(3), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2015.03.004>

Guidelines, C. P. (2015). EARLY MANAGEMENT OF HEAD INJURY IN ADULTS. *Malaysia Health Technology Assessment Section*. <http://www.acadmed.org.my>

Harris, T., & Mcdonald, K. (2014). How do clinicians with different training backgrounds manage walk-in patients in the ED setting ?, 975–979. <https://doi.org/10.1136/emmered-2013-202844>

Henry, B. W., Ms, D. M. M., Bs, A. P. N., Bs, N. P. S., & Facep, J. A. V. (2013). Patients' views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance, 702–715. <https://doi.org/10.1111/hex.12148>

Hidayat, A. A. (2009). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.

Ilyas, Y. (2004). Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit. Teori Metoda dan Formula. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI

Institute for Healthcare Improvement. (2016a) What is a bundles ?. Available at http://www.ihl.org/resources/pages/improvement.Stories/what_is_bundles.aspx

Jasper, U. S., Opara, M. C., Pyiki, E. B., & Akinrolie, O. (2014). The Epidemiology of Hospital-referred Head Injury in Northern Nigeria, 3(15), 2055–2064.

Jevon & Ewens. (2009). Pemantauan Pasien Kritis. Edisi 2. Jakarta: Erlangga

Kasmei, M. V., Asadi, P., Zohrevandi, B., Raouf, T. M. (2015). An Epidemiologic Study of Traumatic Brain Injuries in Emergency Department. 3, 141–145.

Kemenkes RI. (2011). Standar Akreditasi Rumah Sakit, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Jakarta

Kemenkes RI. (2012). Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Gawat Darurat. Jakarta

Khormi, Y. H., Gosadi, I., Campbell, S., Senthilselvan, A., O'Kelly, C., & Zygun, D. (2015). Adherence to Brain Trauma Foundation guidelines for management of traumatic brain injury patients: study protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 4(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0140-1>

Kondo, Y., Abe, T., Kohshi, K., Tokuda, Y., Cook, E. F., & Kukita, I. (2011). Revised trauma scoring system to predict in-hospital mortality in the emergency department: Glasgow Coma Scale, Age, and Systolic Blood Pressure score. *Critical Care*, 15(4), R191. <https://doi.org/10.1186/cc10348>

Kowalski, S. (2014). General intensive care for patients with traumatic brain injury: An update, 8(2). <https://doi.org/10.4103/1658-354X.130742>

Larsen, P., & Ha, S. J. (2016). Effectiveness of respiratory rates in determining clinical deterioration: a systematic review protocol, 18–20. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002973>

Lin, B., Wang, C., Chang, M., & Chio, C. (2015). Evaluation of traumatic brain injury by optical technique. *BMC Neurology*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0465-3>

Lump, D. (2014). Managing Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *The Neurologist*, 10(5), 291–292. <https://doi.org/10.1097/01.nrl.0000139016.15035.80>

Maas, A. I. R., Stocchetti, N., & Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults, 7(August).

McNett, M. M., & Gianakis, A. (2010). Nursing interventions for critically ill traumatic brain injury patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 42(2), 71-77-79. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181ce5b8a>

Meng, X., Browne, K., Huang, S. M., Cullen, D. K., Tofighi, M. R., & Rosen, A. (2012). Dynamic study of wireless intracranial pressure monitoring of rotational head injury in swine model, 48(7).



<https://doi.org/10.1049/el.2012.0281>

Meyer, K., Helmick, K., Doncevic, S., & Park, R. (2008). Severe and Penetrating Traumatic Brain Injury in the Context of War, *15*(4), 185–189.

Mubarak, W. I. (2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Norman, B. (2010). An ounce of prevention: Best practice bundles. <https://www.amsn.org>

Notoatmodjo. (2003). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Nursalam. (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Ed.2. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan (Vol. 3)*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2013). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta. Salemba Medika.

Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Pattuwage, L., Olver, J., Martin, C., Lai, F., Piccenna, L., Gruen, R., & Bragge, P. (2016). Management of Spasticity in Moderate and Severe Traumatic Brain Injury: Evaluation of Clinical Practice Guidelines. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000234>

PP PPNI. (2010). *Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia*. Jakarta: Tim Penyusun PP PPNI. www.inna-ppni.or.id/innappni/mntop-kode-etik.html. diakses tanggal 10 Oktober 2017

Price, S. A. dan Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi 6, Volume 1. Jakarta: EGC. Hlm.867-75

Prince, R., & Hospital, A. (2010). Patient observation (Vital sign). Sydney South West Area Health Service. Policy Directive, 1–13.

Rekam Medis. (2016). RSUD S.K. Lerik Kota Kupang Nusa Tenggara Timur

Resar, R., Griffin, FA., Haraden, C., Nolan, TW. (2012). *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. <http://www.IHI.org>

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (2013). *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.1049/el.2012.0281> 1 Desember 2013

Budiman & Riyanto A. (2013). Pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan. *Kapita Selekta Kuisisioner*. Jakarta : Salemba Medika pp 66-69.

Rn, C. D., Rn, K. D., Rn, M. K. D., & Persing, R. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements, 1–18.

Robb, E., Jarman, B., Suntharalingam, G., Higgins, C., Tennant, R., & Elcock, K. (2010). Practice Using care bundles to reduce in-hospital mortality : quantitative survey, *340*(april), 861–864. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1234>

Robbins, Stephens. P, Mary Coulter. (2002). *Manajemen*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey.

Robert, B. (2005). *Performance Management*. Jakarta : GM

Rogers, C. R., & Wood, J. K. (1974). Client centered therapy: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 237-254). New York: Brunner/Mazel.

Salminen-tuomaala, M. (2015). Emergency health care professionals' experiences of factors that influence care quality and safety, *3*(3). <https://doi.org/10.5430/cns.v3n3p60>

Salottolo, R., Levy, S., Slone, S. D., Mains, W. C. (2014). The Effect of Age on Glasgow Coma Scale Score, *80113*(7), 727–734. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.13>

Sastrodiningrat, A.G. (2007). Pemahaman Indikator-Indikator Dini dalam Menentukan Prognosa Cedera Kepala Berat. *Medan* 20-25.

Syafruddin. (2009). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media

Sedwick, M. B., Lance-smith, M., Reeder, S. J., & Nardi, J. (2012). Using Evidence-Based Practice to Prevent Ventilator- Associated Pneumonia, *32*(4).

Scale, G. C., Precautions, S., Precautions, S., Techniques, I., & Injury, S. C. (n.d.). *Emergency Room Skills Checklist*.

Sherwood, L. (2012). *Fundamentals of Human Physiology*. Belmont USA, Brooks/Cole Cengage Learning

Simamora, R. H. (2012). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC

Smith, J., and R. Roberts. (2011). *Vital Signs for Nurses An Introduction to Clinical Observations*. London, Wiley-Blackwell.

Smither, R.D., Houston, J.M, McIntire, S.A. (1996). *Organization Development: Strategies for changing environments*. New York: Harper Collins College Publishers.

Steiner, E., Murg-Argeny, M., & Steltzer, H. (2016). The severe traumatic brain injury in Austria: early rehabilitative treatment and outcome. *Journal of*

Trauma Management & Outcomes, 10, 5. <https://doi.org/10.1186/s13032-016-0035-8>

Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Administratif*. Bandung: Alfabeta.

Tavender E, Bosch M, Gruen R, Green S, Knott J, Francis J, et al. (2014). Understanding practice: the factors that influence management of mild traumatic brain injury in the emergency department—a qualitative study using the Theoretical Domains Framework.

Teasdale, G.S. (2014). *The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale*.

Tobing, H. G. (2011). *Prinsip Ilmu Bedah Saraf*. Jakarta: Sagung Setoa

Trisyani, Y. (2016). *An Exploration of the Role of Nurses Working in Emergency Care Services in General Hospitals in Indonesia*.

Wen, B., Lampe, J. N., Roberts, A. G., Atkins, W. M., Rodrigues, A. D., & Nelson, S. D. (2014). ED disposition of the Glasgow Coma Scale 13 to 15 traumatic brain injury patient: analysis of the transforming research and clinical knowledge in TBI study. *NIH Public Access. October, 454(1), 42–54*. <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e3182540562>.The

Whitaker-Lea, W. A., & Valadka, A. B. (2017). *Acute Management of Moderate-Severe Traumatic Brain Injury. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2016.12.002>

Widiyanto, Puguh. (2007). *Penanganan Pasien Cedera Pra Rumah Sakit Oleh Masyarakat Awam*. *Jurnal Kesehatan*. 2 (10).51-63. <http://jurnal.ac.id/index.php/jfk/article/view/1878>

World report on road traffic. (2004). *World Report on Road Traffic Injury Prevention*.

Yu, A. H., Cheng, C. H., Yeung, J. H. H., Poon, W. S., Chang, A., & Rainer, T. H. (2012). Functional outcome after head injury : Comparison of 12 – 45 year old male and female hormonally active patients. *Injury*, 43(5), 603–607. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2010.08.016>

Zuo, X. L., & Meng, F. J. (2015). A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.008>

LAMPIRAN 1

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Peneliti : Serly Sani Mahoklory

Nim : 166070300111029

Alamat : Jl. Sumba Tuak Sabu, Kel. Lasiana, Kec Kelapa Lima
Kota Kupang - NTT

Telepon : 085 333 525 599

Email : sani.mahoklory04@gmail.com

Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang, bermaksud mengadakan penelitian tentang “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kota Kupang” dengan pendekatan kuantitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait penelitian yang akan saya lakukan antara lain:

1. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* di ruang instalasi gawat darurat beberapa rumah sakit Kota Kupang yang dapat memperkaya ilmu pengetahuan dan memberi manfaat bagi semua pihak terutama perawat dalam peningkatan kualitas pelayanan yang dilakukan.
2. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi atau merugikan kondisi kesehatan psikis, dana fisik bapak/ibu/saudara/saudari, karena tidak ada perlakuan terhadap partisipan kecuali pengisian kuesioner penelitian.
3. Penelitian ini akan berlangsung 15-30 menit untuk pengisian kinerja setiap responden dengan subjek perawat di IGD beberapa rumah sakit Kota Kupang.
4. Prosedur pengambilan sampel, menggunakan kuesioner dan lembar observasi (*check list*). Cara ini mungkin menyebabkan anda tidak nyaman, tetapi anda tidak perlu khawatir karena pengumpulan data dan sampel ini tidak membahayakan anda

5. Semua data yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya. Pelaporan hasil penelitian ini menggunakan kode dan bukan nama sebenarnya.
6. Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersifat sukarela dan tidak ada paksaan sama sekali. Jika ada yang belum jelas maka dapat mengajukan pertanyaan pada peneliti
7. Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan yang dilampirkan.



Peneliti

(Serly S. Mahoklory)



LAMPIRAN 2

**PERNYATAAN PERSETUJUAN
UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu responden penelitian yang berjudul "Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang".

Peneliti

Kupang,2018

Yang membuat pernyataan

(Serly S. Mahoklory)

(.....)

LAMPIRAN 3

KUESIONER DAN LEMBAR OBSERVASI

ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERAPAN MANAJEMEN

**CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA
DI INSTALASI GAWAT DARURAT**

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Biodata Responden

Isilah/Tuliskan biodata Anda dengan sebenarnya sesuai dengan butir pertanyaan yang ada pada lembar jawaban yang sudah disediakan dengan memberikan tanda *ceklis* (\surd).

2. Data Pengetahuan Perawat Mengenai Manajemen *Care Bundle*

Berilah tanda (\surd) pada kolom yang telah tersedia, sesuai dengan pilihan Anda.

3. Data Kerjasama Tim

Berilah tanda (\surd) pada kolom yang telah tersedia, sesuai dengan pilihan Anda.

4. Data sumber daya perawat

Berilah tanda (\surd) pada kolom yang telah tersedia, sesuai dengan pilihan Anda.

5. Lembar Observasi Ketrampilan Perawat dalam melakukan Manajemen *Care Bundle*6. Lembar Observasi Manajemen *Care Bundle*

A. Data Lokasi Penelitian

1. Nama RS :
2. Ketersediaan Faskes IGD :

Spesifikasi Ruang		Kebutuhan Fasilitas	Ya	Tidak
Ruang Penerimaan				
1.	1. Ruang tunggu keluarga	Kursi, meja, televisi & alat pengkondisi udara AC/ air condition), telepon umum		
	2. Ruang administrasi	Meja, kursi, lemari berkas/arsip, interroom/telepon, safety box, dan peralatan kantor lainnya		
	3. Ruang Triase	Wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label		
	4. Ruang Penyimpanan Brankar	Brankar		
Ruang Tindakan				
	1. Ruang Resusitasi	Nasopharyngeal tube, oropharyngeal tube, laryngoscope set dewasa, endotracheal tube, laryngeal mask airway, suction machines, bag valve mask (anak dan dewasa), kanul oksigen, oksigen mask (anak dan dewasa), chest tube, cricotomy, ECG, vena section, defibrilator, glukostick, stetoskop, termometer, nebulizer, oksigen medis, neck collar, splint, long spine board, scoop stretcher, KED, urine bag, NGT, wound toilet set. Boleh tidak ada di RS tipe C dan D tracheostomi set, ventilator transport, vital sign monitor, infusio pump, syringe pump, warmer.		
	2. Ruang Bedah	Dressing set, tiang infus, lampu, termometer, stetoskop, suction, sterilisator, bidal, splint, inkubator, mikro drips set, Vena section set, torakosintesis set, metal kauter, film viewer, Cpap.		
	3. Ruang Non Bedah	Kubah lambung set, EKG, brankar, irigator, nebulizer, suction, oksigen medis, NGT,		

		lampu kepala, otoscope set, tiang infus		
		TT Periksa. Boleh tidak ada di RS tipe C Syringe pump, ophtaimoscope, infusion pump		
	4. Ruang Observasi	TT Periksa		
	5. Nurse Station	Meja, kursi, wastafel, komputer		
Spesifikasi ruang Penunjang Medis				
	1. Ruang Farmasi	Lemari obat (bisa digabung pada rs tipe C)		
	2. Ruang penyimpanan linen	Lemari (bisa digabung pada rs tipe C)		
	3. Ruang alat medis	Lemari instrumen (bisa digabung pada rs tipe C)		
	4. Ruang staf	Sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, pantry		
	5. Toilet petugas			
	6. Ruang loker	(boleh ada/tidak pada RS tipe C)		
	Nilai Aktual			
	Nilai yang dibutuhkan			
	Nilai yang didapat			

3. Ketenagaan Perawat IGD :

a. Jumlah ketenagaan (perawat) di Ruang Instalasi Gawat Darurat:

..... orang (lihat data personalia)

b. Jumlah perawat yang shift pagi : 4 5 6 7 8

c. Jumlah perawat yang shift sore : 4 5 6 7 8

d. Jumlah perawat yang shift malam : 4 5 6 7 8

e. Jumlah kunjungan pasien di IGD per hari:..... orang (lihat data Registrasi)

B. Identitas Responden

1. No. Responden : _____
2. Inisial Responden : _____
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Umur : ≤25 thn 26-30 thn 31-35 thn
 36-40 thn ≥40 thn
5. Pendidikan Terakhir : SPK S1 Keperawatan/Ners
 D3 Keperawatan S2 Keperawatan
6. Masa kerja : 1-3 thn 4-6 thn
 7-9 thn ≥10 thn
7. Ketrampilan Klinis : Tidak pernah BLS
 BT & CLS ACLS

C. Pengetahuan Perawat Mengenai Manajemen *Care Bundle*

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Manajemen <i>Care bundle</i> merupakan sekumpulan intervensi keperawatan berdasarkan <i>evidence based practice</i> dalam proses penanganan awal gawat darurat, dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi pasien.		
2.	Manajemen <i>care bundle</i> terdiri dari penilaian GCS, penilaian frekuensi pernafasan, penilaian tekanan darah dan nadi serta pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien		
3.	Perawat menerapkan manajemen <i>care bundle</i> untuk menstabilisasikan kondisi pasien		
4.	Manajemen <i>care bundle</i> sebaiknya dilaksanakan secara berkala yaitu setiap 15-30 menit		
5.	Manajemen <i>care bundle</i> dapat meningkatkan		

	kualitas asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala		
6.	Prioritas manajemen <i>care bundle</i> adalah mencegah terjadinya cedera kepala sekunder, penurunan angka morbiditas dan mortalitas pasien.		
7.	Manajemen <i>care bundle</i> oleh perawat memiliki pengaruh yang sangat penting terhadap <i>outcome</i> pasien		
8.	<i>Care bundle</i> dapat membantu perawat dalam pengambilan keputusan tindakan awal pasien dengan cedera kepala		
9.	<i>Care bundle</i> berperan penting dalam pengelolaan jalan nafas, oksigenasi, ventilasi, sirkulasi dan keseimbangan cairan dan pencegahan peningkatan tekanan intrakranial		
10.	Hal yang perlu diperhatikan adalah ketepatan tindakan dan waktu pelaksanaan <i>care bundle</i> pada pasien cedera kepala		
11.	Prinsip manajemen <i>care bundle</i> adalah lebih efektif apabila diterapkan secara bersamaan atau sepaket.		
12.	Penilaian tingkat kesadaran dan pemantauan berulang secara sistematis dapat mengidentifikasi kondisi awal perbaikan atau perburukan pada pasien dengan cedera kepala		
13.	Penilaian frekuensi pernafasan ≤ 12 kali/menit atau ≥ 24 kali/menit memiliki <i>outcome</i> yang buruk, diantaranya kecacatan permanen dan kematian pada pasien cedera kepala		
14.	Pemantauan frekuensi denyut nadi dan tekanan darah secara berkala untuk mendeteksi adanya hipotensi sebagai salah satu tanda terjadinya cedera kepala sekunder		
15.	Pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien cedera kepala dapat mengurangi tekanan intrakranial dan memperbaiki <i>cerebral perfusion pressure</i>		

D. Kerjasama Tim (Dukungan Staff dan Lingkungan Kerja)

No.	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Pimpinan memonitor semua kegiatan yang dilakukan oleh staff				
2.	Pimpinan mudah diajak berkonsultasi jika ada permasalahan				
3.	Pimpinan adalah orang yang terbuka dan baik dalam mendiskusikan tentang pelaksanaan tugas dengan stafnya				
4.	Pimpinan mempunyai kemampuan penyelesaian atau pemecahan masalah yang baik				
5.	Pimpinan memberikan peringatan jika terjadi kesalahan				
6.	Pimpinan memberikan pengarahan jika staf mengalami kesulitan				
7.	Ketersediaan sarana dan prasarana yang nyaman ketika memberikan pelayanan kepada pasien				
8.	Pemeliharaan sarana dan prasarana dilakukan dengan baik serta siap dipakai saat memberikan pelayanan kepada pasien				
9.	Ketersediaan sarana dan prasarana dalam jumlah yang cukup ketika memberikan pelayanan kepada pasien				
10.	Sarana dan prasarana sesuai				



	dengan perkembangan teknologi kesehatan			
11.	Ketersediaan kesempatan untuk berkomunikasi antara pasien, perawat ataupun dokter			
12.	Tercukupinya jumlah perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien			
13.	Komunikasi antar sejawat (sesama perawat) berjalan dengan baik meskipun ketika terjadi kesulitan saat memberikan pelayanan pada pasien			
14.	Komunikasi dengan pasien berjalan dengan baik			
15.	Pelayanan keperawatan dilakukan secara bersama dan saling membantu antar sesama tim IGD			
16.	Adanya kesempatan untuk menyampaikan ide antar sesama rekan			
17.	Kondisi lingkungan kerja yang kondusif			
18.	Adanya pembagian tugas yang jelas antara dokter dan perawat (kolaborasi yang bagus)			
19.	perawat mempunyai kepedulian (sifat <i>caring</i>) yang sama antara satu pasien dengan pasien yang lain, begitu pula dari satu hari ke hari berikutnya			
20.	Perawat membuat diagnosis keperawatan pada setiap pasien yang datang			
21.	Perawat ikut berpartisipasi dalam membuat keputusan			

	kebijakan di ruangan			
22.	Perawat memberikan perawatan yang berkualitas pada pasien			
23.	Perawat ikut mempunyai kesempatan dalam kebijakan rumah sakit (misalkan dalam komite keperawatan rumah sakit)			
24.	Setiap perawat sudah diberikan kesempatan yang sama mengikuti pelatihan keperawatan			

E. Sumber Daya Perawat

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
Tingkat Pendidikan			
1.	Pendidikan yang saya miliki, mengajarkan bagaimana menangani pasien dengan benar		
2.	Menurut saya, pendidikan membuat saya bisa melayani pasien dengan baik.		
3.	Saya percaya, bisa menangani pasien dengan cepat karena pendidikan yang saya miliki		
4.	Menurut saya, pendidikan bermanfaat untuk menangani dan merawat pasien		
5.	Pendidikan bermanfaat dalam menangani kasus-kasus tertentu		
Pengalaman Kerja			
6.	Pengalaman kerja yang saya miliki membantu saya dalam bekerja		
7.	Saya bekerja sesuai prosedur kerja yang berlaku		
8.	Saya selalu menangani pasien sesuai dengan prosedur yang benar		



9.	Saya membantu pasien yang sehat untuk tetap memelihara kesehatannya		
10.	Saya dapat menguasai peralatan kerja yang disediakan oleh rumah sakit		
11.	Saya mengecek kembali hasil kerja saya sebelum menyerahkan kepada job selanjutnya		
12.	Saya selalu menyelesaikan tugas tepat waktu saat bekerja		
13.	Saya tidak membuang-buang waktu kerja dengan kegiatan lain yang tidak berkaitan dengan pekerjaan		
Ketenagaan			
14.	Apakah struktur organisasi yang berjalan di ruangan IGD sesuai dengan kemampuan perawat dibidangnya?		
15.	Apakah pembagian tugas di IGD sudah sesuai dengan struktur organisasi yang ada ?		
16.	Apakah anda merasa puas dengan kebijakan rumah sakit dalam pemberian beasiswa atau pelatihan keperawatan ?		
17.	apakah anda merasa membutuhkan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan atau pendidikan tambahan ?		
18.	Apakah jumlah perawat dan pasien di IGD sudah sesuai ?		
19.	Apakah ada kesempatan untuk cuti dalam 1 minggu ?		
20.	Apakah peran pembantu perawat di IGD dapat meringankan pekerjaan anda ?		
21.	Apakah jumlah pendapatan yang anda terima sesuai dengan latar belakang pendidikan ?		

LAMPIRAN 4

LEMBAR OBSERVASI F
KETRAMPILAN PERAWAT

No. Responden:										
Inisial Responden:										
Indikator Ketrampilan					Penilaian					
					A	B	C	D	NA	
Benar Pasien										
Komunikasi dan memperoleh informasi pasien dengan menghargai hak, privasi dan kerahasiaan informasi										
Melibatkan pasien dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan										
Memberikan informasi yang akurat kepada pasien dan keluarga di waktu yang tepat										
Penilaian Tingkat Kesadaran (<i>Glasgow coma scale</i>)										
Respon Membuka Mata (<i>Eye Opening</i>)										
Respon Bicara (<i>Verbal</i>)										
Respon Motorik (<i>Motorik</i>)										
Penilaian Frekuensi Pernafasan										
Frekuensi pernafasan dihitung selama satu menit penuh										
Frekuensi pernafasan dihitung saat meraba nadi radial pasien, sehingga pasien tidak sadar saat sedang diamati										
Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa 12-20 kali/menit										
Panggilan darurat klinis harus dilakukan untuk RR ≤ 8 dan ≥ 24										
Panggilan darurat klinis harus dilakukan jika kebutuhan oksigen meningkat untuk menjaga pernafasan pasien										
Penilaian Frekuensi Denyut Nadi										
Jika tidak dapat mengukur denyut nadi secara radial dapat dilakukan pada arteri brachialis, carotis, temporalis, femoralis, dan dorsalis										

Frekuensi denyut nadi diukur selama 30 detik atau 1 menit jika irama tidak beraturan					
Denyut nadi harus diukur saat pasien sedang beristirahat (tidak ada aktivitas fisik selama 20 menit)					
Panggilan darurat klinis harus dilakukan untuk denyut nadi ≤ 40 dan ≥ 130					
Penilaian Tekanan Darah					
Penilaian tekanan darah rutin dilakukan					
Tekanan darah normal pada orang dewasa harus sistolik ≤ 130 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg					
Perbedaan antara tekanan darah sistole dan tekanan darah diastolik normal adalah 30-50 mmHg					
Panggilan darurat klinis harus dilakukan untuk tekanan darah ≤ 90 dan ≥ 200					
Pengaturan posisi					
Pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien. Kontraindikasi pada kondisi syok					



LAMPIRAN 5

LEMBAR OBSERVASI G

MANAJEMEN CARE BUNDLE

No. Responden:			
Inisial Responden:			
NO.	Proses manajemen care bundle	Ya	Tidak
1.	Penilaian/monitoring tingkat kesadaran (Pemberian skor GCS) setiap 15-30 menit		
2.	Penilaian/monitoring frekuensi pernafasan dalam 1 menit, setiap 15-30 menit		
3.	Penilaian/ monitoring frekuensi denyut nadi selama 1 menit, setiap 15-30 menit		
4.	Penilaian/ monitoring tekanan darah, setiap 15-30 menit		
5.	Pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien		
	Nilai aktual		
	Nilai yang dibutuhkan		
	Persen total		

LAMPIRAN 6

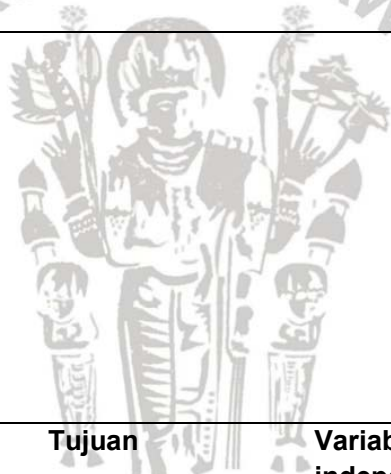
Mapping Penelitian

No	Penulis dan judul penelitian	Tujuan	Variabel yang diteliti	Metodologi	Hasil dan simpulan
1.	Penulis Damkliang, <i>et al.</i> , 2014 Judul Penelitian Using an evidence based care bundle to improve initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury	Mengetahui pengaruh dari <i>evidence based practice</i> manajemen <i>care bundle</i> terhadap penanganan awal pasien cedera otak berat	Variabel independen Penilaian awal kegawatan pada cedera otak berat Variabel Dependen <i>Care bundle</i>	Desain penelitian Kuantitatif metode observasi Sampel 45 pasien dengan cedera otak berat. Tempat Instalasi gawat darurat di Thailand Metode Pre dan post test observasi manajemen <i>care bundle</i>	Hasil 1. Penggunaan pemantauan ETCO ₂ yaitu pre test 0% dan post test 56% dengan nilai p ≤0,001 2. Penilaian frekuensi pernafasan yaitu pre test 25% dan post test 72% dengan nilai p = 0,01 3. Penilaian frekuensi denyut nadi dan tekanan darah yaitu pre test 55% dan post test 88% dengan nilai p = 0,03 4. Pengaturan posisi 30° pada kepala tempat tidur pasien yaitu pre test 63% dan post test 75% dengan nilai p ≤ 0,001 Simpulan pendekatan manajemen <i>care bundle</i> dapat digunakn sebagai strategi untuk meningkatkan asuhan keperawatan

2.	Penulis	Tujuan	Variabel independen	Metode Penelitian	Hasil
	<p>Damkliang, <i>et al.</i>, 2014</p> <p>Judul Penelitian</p> <p><i>Initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: Development of an evidence based care bundle for the Thai emergency deprtement context</i></p>	<p>Mendeskripsikan pengembangan <i>evidence based practice</i> komponen perawatan sebagai manajemen awal keperawatan gawat darurat pada pasien cedera otak berat digunakan dalam konteks Instalasi gawat darurat Thailand</p>	<p>Manajemen awal keperawatan gawat darurat pada pasien dengan cedera otak berat</p> <p>Variabel Dependen</p> <p>Pengembangan <i>evidence based practice</i> care bundle di instalasi gawat darurat Thailand</p>	<p>Analisis literatur review keperawatan gawat darurat dalam pengelolaan otak berat. Pencarian menggunakan database elektronik, Medline, index perawat dan CINAHL dengan istilah <i>severe head injury, nursing management and nursing intervention.</i></p>	<p><i>Evidenced based practice care bundle</i> berfokus pada 7 elemen utama : (1) mengobservasi stabilisasi jalan nafas, (2) mengobservasi kecukupan oksigenasi dan ventilasi, (3) mengobservasi sirkulasi dan keseimbangan cairan, (4) penilaian <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS) dan ukuran pupil, (5) mempertahankan sirkulasi vena seebral, (6) penanganan nyeri, agitasi dan irritabiliy dan (7) pemeriksaan CT Scan darurat.</p> <p>Simpulan</p> <p><i>Care bundle</i> merupakan salah satu metode pemberian asuhan keparawatan yang konsisten berdasarkan <i>evidence based practice</i> pada pasien dengan cedera kepala berat untuk mengurangi variasi dalam pemberian asuhan keperawatan, mengurangi resiko cedera otak</p>

				sekunder dari perawatan yang tidak optimal.
3.	Penulis Damkliang, <i>et al.</i> , 2015	Tujuan Mendeskripsikan situasi di instalasi gawat darurat melalui persepsi perawat terhadap penggunaan perawatan <i>care bundle</i>	Desain Penelitian Deskriptif kualitatif untuk menggambarkan keadaan gawat darurat dan persepsi perawat tentang penggunaan <i>care bundle</i>	Hasil Pada tahap 1 terdapat lima faktor penting yang diidentifikasi sehubungan dengan penggunaan <i>care bundle</i> (1) kualitas perawatan, (2) prioritas bersaing, (3) peralatan yang tidak memadai, (4) pasien yang gelisah dan (5) kerja sama tim. Pada tahap 2 partisipan merasa bahwa dengan menggunakan <i>care bundle</i> sangat membantu mereka dalam meningkatkan kualitas perawatan, meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan kepercayaan perawat.
	Judul Penelitian <i>Nurses perceptions of using evidenced based care bundle for intial emergency nursing management of patents with severe traumatic brain injury : A qualitative study</i>		Sampel 10 perawat berpartisipasi dalam tahap 1 dan 12 perawat berpartisipasi dalam tahap 2	Simpulan Manajemen <i>care bundle</i> merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan integrasi berdasarkan penelitian <i>evidence based practice</i> ke dalam praktik klinis sehingga memudah penyedia layanan kesehatan untuk
			Tempat Instalasi gawat darurat Thailand	

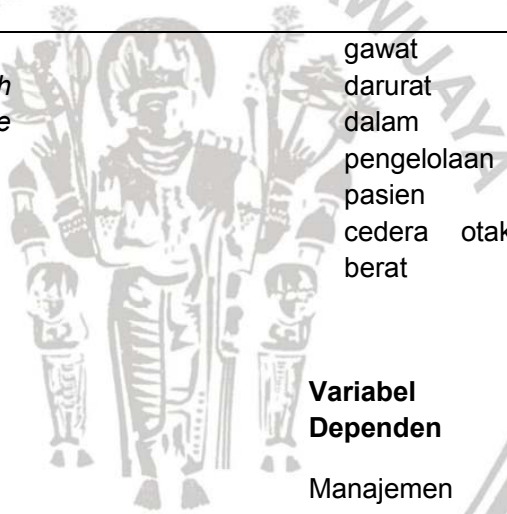
UNIVERSITAS BRAWIJAYA



Metode memberikan hasil yang optimal dengan menggunakan teknik lingkungan perawatan yang *crowded in depth interview* dan jumlah sumber daya perawat yang terbatas. untuk menggali data yang tidak lebih dalam yang tidak dapat di observasi secara langsung terkait perasaan maupun pengalaman individu.

4. Penulis	Tujuan	Variabel independen	Desain penelitian	Hasil
Damkliang, et al., 2013 Judul Penelitian <i>Thai emergency nurses management of patients with severe traumatic brain injury: comparison of knowledge and clinical management with best available</i>	Mengeksplorasi manajemen perawat gawat darurat dalam penatalaksanaan manajemen cedera otak berat	1. Pengetahuan perawat instalasi gawat darurat dalam pengelolaan pasien cedera otak berat 2. Manajemen klinis perawat instalasi	Deskriptif eksploratif untuk memeriksa pengetahuan dan manajemen perawat IGD dalam pengelolaan pasien cedera otak berat Sampel 34 perawat pada tahap 1 dan 20 pasien dengan cedera otak berat yang observasi lebih dari 40 jam pada	Pada tahap 1 dengan 34 perawat diperoleh tingkat respons 91,9% dengan presentasi tanggapan yang benar berkisar antara 33,3% sampai 95,2% dengan pertanyaan terkait pengamanan jalan nafas dengan intubasi endotrakeal, tujuan penggunaan manitol dan CT Scan. Untuk masing-masing pertanyaan ini 97,1% (33 perawat) memiliki respon yang benar. Pada tahap 2 di 160 titik pengukuran yang diobservasi pada 20 pasien dengan cedera otak berat selama lebih dari 40 jam diperoleh data

evidence management with best available evidence



gawat darurat dalam pengelolaan pasien cedera otak berat

**Variabel
Dependen**

Manajemen perawat instalasi gawat darurat berdasarkan *evidence based practice* dalam pengelolaan pasien cedera kepala

tahap 2.
Tempat

Instalasi gawat darurat di Thailand

Metode

metode survei pada tahap 1 untuk memeriksa pengetahuan perawat dalam manajemen pasien cedera otak berat dan metode observasional pada tahap 2 untuk memeriksa manajemen klinis perawat pada pasien cedera otak berat

observasi pasien rata-rata GCS 5 atau 30%, 3 pasien memiliki hipoksemia melalui pemantauan SpO2, pemantau tingkat pernafasan yang diobservasi melalui ETT pada 12 pasien, pemantau denyut nadi yaitu 4 pasien dengan pemantauan EKG secara berkala, pemantauan TTV yaitu 5 pasien dengan hipotensi dan 20 pasien dengan abnormalitas pada GCS dan reaksi pupil. Untuk seluruh tindakan klinis keperawatan terdapat 1 pasien yang ditinggikan posisi kepala tempat tidur 30°. Sehingga dalam penelitian ini ada lima area utama yang diidentifikasi untuk perbaikan perawatan pasien dengan cedera otak: pemantauan end tidal volum (ETCO2), penggunaan analgesia dan sedasi, posisi pasien, frekuensi penilaian keperawatan dan dosis diuretik mannitol.

Simpulan

Ada variasi dalam praktik perawatan dan pengetahuan perawat dalam penatalaksanaan pasien cedera otak berat di IGD Thailand.

5.	Penulis	Tujuan	Variabel independen	Desain penelitian	Hasil
	Damkliang, <i>et al.</i> , 2015	Menguji efektivitas dari <i>evidence based care bundle</i> terhadap pengetahuan perawat dalam penanganan pasien cedera otak berat	Manajemen <i>care bundle</i>	Pra test / post test desain dengan satu grup	Adanya peningkatan yang signifikan secara statistik pada skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi manajemen <i>care bundle</i> yaitu ($p < 0,001$). Adanya peningkatan pengetahuan di 5 bidang yaitu pemahaman terhadap end tidal carbon-dioxide (ETCO ₂) dengan $p < 0,001$, implikasi hypocapnia cedera otak berat ($p^{1/4} 0,01$), implikasi hipercapnia cedera otak berat ($p^{1/2} 0,01$), pentingnya mempertahankan posisi netral pada kepala dan leher ($p^{1/4} 0,05$), dan pemberian obat penenang dan analgesik pada cedera otak berat ($p^{1/4} 0,01$).
	Judul Penelitian <i>Using an evidence based care bundle to improve Thai Emergency nurses knowledge of care for patients with severe traumatic brain injury</i>		Variabel Dependen Pengetahuan perawat dalam perawatan cedera otak berat	Sampel Semua perawat yang bekerja di IGD yang telah memenuhi kriteria penelitian	
				Tempat Instalasi gawat darurat di Thailand	Simpulan penerapan manajemen <i>care bundle</i> dapat meningkatkan pengetahuan dan penanganan gawat darurat pada pasien dengan cedera otak berat
				Metode Pra test dan post test dilakukan pada 34 perawat dengan alat ukur manajemen <i>care bundle</i> pada cedera otak berat	

6.	Penulis	Tujuan	Variabel	Desain Penelitian	Hasil
	Whitaker-Lea, A. W and Valadka B. A. 2017	Untuk mengembangkan perawatan pada cedera kepala sedang dan berat pada pasien dewasa	Manajemen perawatan cedera kepala sedang dan berat	Study observasi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawatan saraf pada pasien cedera otak berfokus pada pencegahan dan pengobatan segera, otak yang mengalami cedera berat sangat rentan terhadap perubahan tanda-tanda fisiologis, pengobatan yang diberikan secara profilaksis terhadap peningkatan tekanan intrakranial dan penataaksanaan cedera otak memerlukan perawatan yang disesuaikan dengan subtype kondisi pasien.
	Judul Penelitian <i>Acute Management of moderate – severe traumatic brain injury.</i>			Sampel	
7.	Penulis	Tujuan	Variabel	Desain Penelitian	Hasil
	Robb, et all., 2010	Untuk mengurangi angka kematian rawat nap di rumah sakit sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan	Manajemen <i>care bundle</i>	Survey kuantitatif	Penggunaan 8 komponen <i>care bundle</i> pada 25 diagnosis klinis efektif dalam mengurangi angka mortalitas di rumah sakit, dibandingkan dengan tahun sebelumnya untuk 13 diagnosis klinis. Dampak signifikan dari penurunan standar rasio mortalitas terlihat dari tahun 2006 yaitu 89,6% menajdi 71,1% di tahun 2007. Terdapat 174 diagnosis untuk 83 kasus kematian yang diteliti
	Judul Penelitian <i>Using care bundles to reduce in hospital mortality: quantitative survey</i>		Variabel Independen	Tempat Rumah Sakit North West London	Sampel 1200 lembar kuestioner <i>care bundle</i> , yaitu
			Variabel Dependen outcome penurunan		



kesehatan angka mortalitas di rumah sakit 1000 lembar mengaami menurun di tahun 2006 yaitu 3,4% menjadi 2,7% dan pada tahun 2007 dari 6,9% menjadi 5,7% dan 4,6% di dua lokasi rumah sakit lainnya untuk klinis pada pasien dengan odd ratio mengetahui standar 99%.
 rasio mortality

Simpulan

Metode
 Menggunakan pedoman perawatan dari *Healthcare Improvement Institute Care Bundle* dengan bantuan data base rekam medis untuk data kematian pasien
 Untuk 13 diagnosis yang diteliti terjadi penurunan angka mortalitas yang signifikan dengan penggunaan manajemen *care bundle*.

8. Penulis	Tujuan	Variabel Independen	Desain Penelitian	Hasil
Rizoli, <i>et al.</i> , 2016	Untuk mengukur efek dari <i>care bundle cranioplasty</i> pada komplikasi perioperatif	Faktor predictor <i>outcome</i> setelah cedera otak berat	Studi prospektif	Tingkat komplikasi bedah kranioplasti adalah 22% dan tingkat SSI adalah 10,5%. Pengukuran secara bersama pada tingkat SSI dan kraniektomi sebesar 1,9%. Faktor-faktor yang terkait dengan SSI adalah vankomisis perioperatif yaitu 68,6% dan 16,7%
Judul Penelitian			Sampel	
<i>Early prediction of outcome after severe</i>			57 pasien yang menajalani cranioplasty	

traumatic brain injury:
a simple and practical
model

**Variabel
Dependen**
Manajemen *care
bundle*
cranioplasty
pada komplikasi
perioperatif

Tempat dengan nilai $p = 0,0217$. Tingkat komplikasi tanpa *care bundle* ($n = 21$) yaitu 23,8% dan dengan *care bundle* ($n = 36$) 2,8% dengan nilai $p = 0,0217$.

Metode
Pusat pengobatan
kraniektomi Kaiser
Sacramento
wawancara ahli bedah
saraf sebelum dan
sesudah implementasi
care bundle
perioperatif

Simpulan

Care bundle cranioplasty dihubungkan dengan penurunan tingkat SSI dan kebutuhan akan tindakan kraniektomi

9. **Penulis**

Khormi, et al., 2015

Tujuan

untuk menguji keefektifan intervensi yang telah ditargetkan berdasarkan *evidence based practice* untuk meningkatkan rekomendasi utama dalam penatalaksanaan pasien cedera

**Variabel
Independen**

Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan pedoman *Brain Trauma Foundation* pada pasien cedera kepala

Desain Penelitian

Cluster randomised trial pada kelompok intervensi dan kontrol.

Sampel

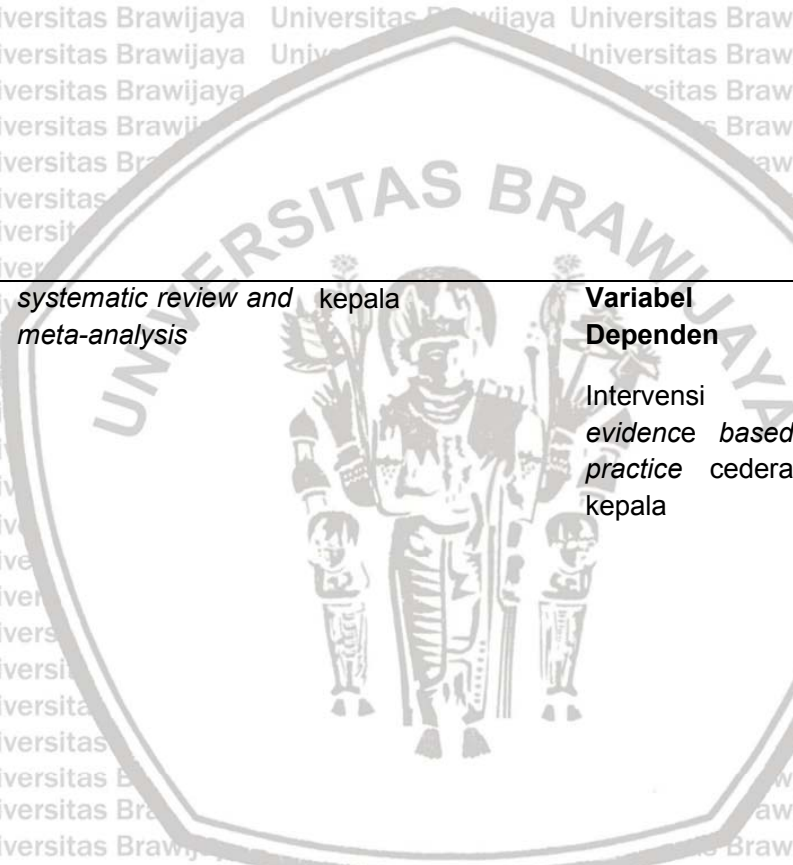
34 instalasi gawat darurat, pelayanan kesehatan 24 jam.

Tempat

Seluruh IGD di Rumah

Hasil

Tingkat kepatuhan tenaga kesehatan secara profesional pada *Brain Trauma Foundation* pada pasien dengan cedera otak berat dengan faktor-faktor yang mempengaruhi tatalaksana di IGD adalah pertemuan antara petinggi untuk kepentingan lokal, indentifikasi para pemimpin keperawatan, opini medis disetiap lokasi, pelatihan dan lokakarya interaktif.



systematic review and meta-analysis	kepala	Variabel Dependen	Sakit Australia	Simpulan
		Intervensi <i>evidence based practice</i> cedera kepala	Metode pada kelompok kontrol akan menerima salinan pedoman <i>evidence based practice</i> penatalaksanaan akut cedera kepala. pada kelompok intervensi berdasarkan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tatalaksana cedera kepala. Hasil penelitian dikumpulkan secara retrospektif dari rekam medis.	Tinjauan literatur ini direkomendasikan untuk memeriksa kepatuhan perawatan cedera kepala dengan faktor penentu klinis yang berbeda
10. Penulis	Tujuan	Variabel Independen	Desain Penelitian	Hasil
Judith Kutzleb, 2012	Menerapkan protokol <i>evidence based practice</i> untuk penanganan klinis pasien	Protokol <i>evidence based practice</i> tatalaksana	<i>Cluster randomised trial</i> pada kelompok intervensi dan kontrol.	Terdapat perubahan yang signifikan dalam memperbaiki hasil pasien yaitu pada protokol <i>evidence based practice</i> penilaian pasien, ambulasi dan evaluasi status hemodinak terhadap
Judul Penelitian				

Evidence based practice interventions for improved functional and cognitive outcomes in the traumatic brain injury

cedera otak klinis otak.
Variabel Dependen
Pemantauan saturasi oksigen, tekanan darah, penilaian log orientasi dan evaluasi kognitif

Sampel
58 pasien dengan cedera otak
Metode
Analisis kecenderungan pengelolaan klinis cedera otak pra test 58 pasien dan post test 50 pasien yang digunakan untuk mengevaluasi perubahan dalam praktik *evidence based practice*.

ketergantungan perawatan mengalami penurunan sebesar 80% yang memungkinkan pasien mencapai kesehatan fungsional dan kognitif melalui pendekatan terstruktur terhadap manajemen klinis.

Simpulan
Melalui protokol *evidence based practice* pasien merasa lebih aman, tidak mengalami kebingungan dan gelisah sehingga kebutuhan pasien akan perawatan berkurang.

LAMPIRAN 7

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Di bawah ini akan disajikan tabel uji validitas dan reliabilitas, dimana nilai r hitung $\geq r$ tabel dikatakan valid dan nilai α $\geq r$ tabel dikatakan reliabel. R tabel pada penelitian ini adalah 112 dan r tabel pada DF 112 probability (ρ) 0.05 adalah = 0.1840.

1. Variabel Dependen

Pelaksanaan Manajemen Care Bundle						
Validitas			Statistic Reliabilitas			Keterangan
No	r_{xy}	r_{tabel}	Cronbach α	Cronbach α based on Standardize d Items	N	
1.	0.590	0.184	0.660	0.521	5	Valid & Reliabel
2.	0.829	0.184				Valid & Reliabel
3.	0.858	0.184				Valid & Reliabel
4.	0.659	0.184				Valid & Reliabel
5.	0.311	0.184				Valid & Reliabel

2. Variabel Independen

Pengetahuan Perawat						
Validitas			Statistic Reliabilitas			Keterangan
No	r_{xy}	r_{tabel}	Cronbach α	Cronbach α based on Standardized Items	N	
1.	0.611	0.184	0.622	0.561	15	Valid & Reliabel
2.	0.259	0.184				Valid & Reliabel
3.	0.562	0.184				Valid & Reliabel
4.	0.749	0.184				Valid & Reliabel
5.	0.349	0.184				Valid & Reliabel
6.	0.491	0.184				Valid & Reliabel
7.	0.261	0.184				Valid & Reliabel
8.	0.651	0.184				Valid & Reliabel
9.	0.256	0.184				Valid & Reliabel
10.	0.824	0.184				Valid & Reliabel
11.	0.462	0.184				Valid & Reliabel
12.	0.833	0.184				Valid & Reliabel
13.	0.790	0.184				Valid & Reliabel
14.	0.560	0.184				Valid & Reliabel
15.	0.431	0.184				Valid & Reliabel

Ketrampilan Perawat						
Validitas			Statistic Reliabilitas			
No	r_{xy}	r_{tabel}	Cronbach α	Cronbach α based on Standardized Items	N	Keterangan
1.	0.420	0.184	0.953	0.957	20	Valid & Reliabel
2.	0.420	0.184				Valid & Reliabel
3.	0.721	0.184				Valid & Reliabel
4.	0.726	0.184				Valid & Reliabel
5.	0.883	0.184				Valid & Reliabel
6.	0.850	0.184				Valid & Reliabel
7.	0.805	0.184				Valid & Reliabel
8.	0.775	0.184				Valid & Reliabel
9.	0.882	0.184				Valid & Reliabel
10.	0.880	0.184				Valid & Reliabel
11.	0.668	0.184				Valid & Reliabel
12.	0.757	0.184				Valid & Reliabel
13.	0.345	0.184				Valid & Reliabel
14.	0.897	0.184				Valid & Reliabel
15.	0.843	0.184				Valid & Reliabel
16.	0.772	0.184				Valid & Reliabel
17.	0.672	0.184				Valid & Reliabel
18.	0.804	0.184				Valid & Reliabel
19.	0.753	0.184				Valid & Reliabel
20.	0.880	0.184				Valid & Reliabel

Sumber Daya Perawat						
Validitas			Statistic Reliabilitas			
No	r_{xy}	r_{tabel}	Cronbach α	Cronbach α based on Standardized Items	N	Keterangan
1.	0.336	0.184	0.838	0.819	21	Valid & Reliabel
2.	0.203	0.184				Valid & Reliabel
3.	0.561	0.184				Valid & Reliabel
4.	0.744	0.184				Valid & Reliabel
5.	0.452	0.184				Valid & Reliabel
6.	0.217	0.184				Valid & Reliabel
7.	0.200	0.184				Valid & Reliabel
8.	0.314	0.184				Valid & Reliabel
9.	0.200	0.184				Valid & Reliabel
10.	0.838	0.184				Valid & Reliabel
11.	0.390	0.184				Valid & Reliabel
12.	0.817	0.184				Valid & Reliabel
13.	0.458	0.184				Valid & Reliabel
14.	0.543	0.184				Valid & Reliabel
15.	0.199	0.184				Valid & Reliabel
16.	0.820	0.184				Valid & Reliabel
17.	0.207	0.184				Valid & Reliabel

18.	0.824	0.184	Valid & Reliabel
19.	0.529	0.184	
20.	0.207	0.184	
21.	0.419	0.184	

Kerjasama Tim						
Validitas			Statistic Reliabilitas			
No	r_{xy}	r_{tabel}	Cronbach α	Cronbach α based on Standardized Items	N	Keterangan
1.	0.595	0.184	0.961	0.964	24	Valid & Reliabel
2.	0.437	0.184				Valid & Reliabel
3.	0.722	0.184				Valid & Reliabel
4.	0.856	0.184				Valid & Reliabel
5.	0.807	0.184				Valid & Reliabel
6.	0.829	0.184				Valid & Reliabel
7.	0.794	0.184				Valid & Reliabel
8.	0.823	0.184				Valid & Reliabel
9.	0.680	0.184				Valid & Reliabel
10.	0.907	0.184				Valid & Reliabel
11.	0.586	0.184				Valid & Reliabel
12.	0.887	0.184				Valid & Reliabel
13.	0.315	0.184				Valid & Reliabel
14.	0.830	0.184				Valid & Reliabel
15.	0.904	0.184				Valid & Reliabel
16.	0.901	0.184				Valid & Reliabel
17.	0.468	0.184				Valid & Reliabel
18.	0.927	0.184				Valid & Reliabel
19.	0.867	0.184				Valid & Reliabel
20.	0.916	0.184				Valid & Reliabel
21.	0.788	0.184				Valid & Reliabel
22.	0.371	0.184				Valid & Reliabel
23.	0.925	0.184				Valid & Reliabel
24.	0.767	0.184				Valid & Reliabel

LAMPIRAN 8

TABULASI DATA PENELITIAN

1. Faktor Pengetahuan Perawat

Pengetahuan					
No	Keterangan		Frekuensi	Presentase	Jumlah
1.	Pengetahuan Perawat 01	Salah	1	0,9%	100
		Benar	113	99,1%	
2.	Pengetahuan Perawat 02	Salah	4	3,5%	100
		Benar	110	96,5%	
3.	Pengetahuan Perawat 03	Salah	63	55,3%%	100
		Benar	51	44,7%	
4.	Pengetahuan Perawat 04	Salah	46	40,4%	100
		Benar	68	59,6%	
5.	Pengetahuan Perawat 05	Salah	9	7,9%	100
		Benar	105	92,1%	
6.	Pengetahuan Perawat 06	Salah	4	3,5%	100
		Benar	110	96,5%	
7.	Pengetahuan Perawat 07	Salah	10	8,8%	100
		Benar	104	91,2%	
8.	Pengetahuan Perawat 08	Salah	7	6,1%	100
		Benar	107	93,9%	
9.	Pengetahuan Perawat 09	Salah	3	2,6%	100
		Benar	111	97,4%	
10.	Pengetahuan Perawat 10	Salah	51	44,7%	100
		Benar	63	55,3%	
11.	Pengetahuan Perawat 11	Salah	24	21,1%	100
		Benar	90	78,9%	
12.	Pengetahuan Perawat 12	Salah	53	46,5%	100
		Benar	61	53,5%	
13.	Pengetahuan Perawat 13	Salah	29	25,4%	100
		Benar	85	74,6%	
14.	Pengetahuan Perawat 14	Salah	6	5,3%	100
		Benar	108	94,7%	
15.	Pengetahuan Perawat 15	Salah	69	60,5%	100
		Benar	45	39,5%	

2. Faktor Ketrampilan Perawat

Ketrampilan							
No	Keterangan	Jawaban (%)					Total
		NA	D	C	B	A	
1.	Ketrampilan Perawat 01	-	-	-	35	79	114
	Presentase				30.7	69.3	100
2.	Ketrampilan Perawat 02	-	-	-	35	79	114
	Presentase				30.7	69.3	100
3.	Ketrampilan Perawat 03	-	-	-	81	33	114
	Presentase				71.1	28.9	100
4.	Ketrampilan Perawat 04	-	-	48	46	20	114
	Presentase			42.1	40.4	17.5	100
5.	Ketrampilan Perawat 05	-	-	44	46	24	114
	Presentase			38.6	40.4	21.1	100
6.	Ketrampilan Perawat 06	-	-	49	47	18	114
	Presentase			43.0	41.2	15.8	100
7.	Ketrampilan Perawat 07	-	-	-	83	31	114
	Presentase				72.8	27.2	100
8.	Ketrampilan Perawat 08	-	-	-	89	25	114
	Presentase				78.1	21.9	100
9.	Ketrampilan Perawat 09	-	-	3	92	19	114
	Presentase			2.6	80.7	16.7	100
10.	Ketrampilan Perawat 10	-	-	84	18	12	114
	Presentase			73.7	15.8	10.5	100
11.	Ketrampilan Perawat 11	-	-	3	100	11	114
	Presentase			2.6	87.7	9.6	100
12.	Ketrampilan Perawat 12	-	-	-	97	17	114
	Presentase				85.1	14.9	100
13.	Ketrampilan Perawat 13	-	-	-	53	61	114
	Presentase				46.5	53.5	100
14.	Ketrampilan Perawat 14	-	-	76	26	12	114
	Presentase			66.7	22.8	10.5	100
15.	Ketrampilan Perawat 15	-	-	78	19	17	114
	Presentase			68.4	16.7	14.9	100
16.	Ketrampilan Perawat 16	-	-	-	102	12	114
	Presentase				89.5	10.5	100
17.	Ketrampilan Perawat 17	-	-	6	93	15	114
	Presentase			5.3	81.6	13.2	100
18.	Ketrampilan Perawat 18	-	-	73	26	15	114
	Presentase			64.0	22.8	13.2	100
19.	Ketrampilan Perawat 19	-	-	2	97	15	114
	Presentase			1.8	85.1	13.2	100
20.	Ketrampilan Perawat 20	-	-	84	18	12	114
	Presentase			73.7	15.8	10.5	100

3. Faktor Kerjasama Tim Perawat

Kerjasama Tim						
No	Keterangan	Jawaban (%)				Total
		STS	TS	S	SS	
1.	Kerjasama Tim 1	1	1	94	18	114
	Presentase	0.9	0.9	82.5	15.8	100
2.	Kerjasama Tim 2	-	1	31	82	114
	Presentase		0.9	27.2	71.9	100
3.	Kerjasama Tim 3	-	-	79	35	114
	Presentase			69.3	30.7	100
4.	Kerjasama Tim 4	1	56	39	18	114
	Presentase	0.9	49.1	34.2	15.8	100
5.	Kerjasama Tim 5	-	60	38	16	114
	Presentase		52.6	33.3	14.0	100
6.	Kerjasama Tim 6	2	56	38	18	114
	Presentase	1.8	49.1	33.3	15.8	100
7.	Kerjasama Tim 7	-	-	82	32	114
	Presentase			71.9	28.1	100
8.	Kerjasama Tim 8	-	-	81	33	114
	Presentase			71.1	28.9	100
9.	Kerjasama Tim 9	1	-	90	23	114
	Presentase	0.9		78.9	20.2	100
10.	Kerjasama Tim 10	6	76	14	18	114
	Presentase	5.3	66.7	12.3	15.8	100
11.	Kerjasama Tim 11	-	10	88	16	114
	Presentase		8.8	77.2	14.0	100
12.	Kerjasama Tim 12	-	-	94	20	114
	Presentase			82.5	17.5	100
13.	Kerjasama Tim 13	-	-	46	68	114
	Presentase			40.4	59.6	100
14.	Kerjasama Tim 14	1	73	23	17	114
	Presentase	0.9	64.0	20.2	14.9	100
15.	Kerjasama Tim 15	3	78	16	17	114
	Presentase	2.6	68.4	14.0	14.9	100
16.	Kerjasama Tim 16	-	1	95	18	114
	Presentase		0.9	83.3	15.8	100
17.	Kerjasama Tim 17	2	10	87	15	114
	Presentase	1.8	8.8	76.3	13.2	100
18.	Kerjasama Tim 18	2	75	19	18	114
	Presentase	1.8	65.8	16.7	15.8	100
19.	Kerjasama Tim 19	-	2	94	18	114
	Presentase		1.8	82.5	15.8	100
20.	Kerjasama Tim 20	6	76	14	18	114
	Presentase	5.3	66.7	12.3	15.8	100
21.	Kerjasama Tim 21	-	2	95	17	114
	Presentase		1.8	83.3	14.9	100
22.	Kerjasama Tim 22	2	-	31	81	114
	Presentase	1.8		27.2	71.1	100

23.	Kerjasama Tim 23	2	75	19	18	114
	Presentase	1.8	65.8	16.7	15.8	100
24.	Kerjasama Tim 24	-	-	81	33	114
	Presentase			71.1	28.9	100

4. Faktor Sumber Daya Perawat

Sumber Daya Perawat					
No	Keterangan		Frekuensi	Presentasi	Total
1.	Sumber Daya Perawat 1	Tidak	2	1,8%	100
		Ya	112	98,2%	
2.	Sumber Daya Perawat 2	Tidak	4	3,5%	100
		Ya	110	96,5%	
3.	Sumber Daya Perawat 3	Tidak	63	55,3%	100
		Ya	51	44,7%	
4.	Sumber Daya Perawat 4	Tidak	46	40,4%	100
		Ya	68	59,6%	
5.	Sumber Daya Perawat 5	Tidak	11	9,6%	100
		Ya	103	90,4%	
6.	Sumber Daya Perawat 6	Tidak	6	5,3%	100
		Ya	108	94,7%	
7.	Sumber Daya Perawat 7	Tidak	12	10,5%	100
		Ya	102	89,5%	
8.	Sumber Daya Perawat 8	Tidak	9	7,9%	100
		Ya	105	92,1%	
9.	Sumber Daya Perawat 9	Tidak	3	2,6%	100
		Ya	111	97,4%	
10.	Sumber Daya Perawat 10	Tidak	49	43%	100
		Ya	65	57%	
11.	Sumber Daya Perawat 11	Tidak	22	19,3%	100
		Ya	92	80,7%	
12.	Sumber Daya Perawat 12	Tidak	52	45,6%	100
		Ya	62	54,4%	
13.	Sumber Daya Perawat 13	Tidak	58	50,9%	100
		Ya	56	49,1%	
14.	Sumber Daya Perawat 14	Tidak	68	59,6%	100
		Ya	46	40,4%	
15.	Sumber Daya Perawat 15	Tidak	22	19,3%	100
		Ya	92	80,7%	
16.	Sumber Daya Perawat 16	Tidak	50	43,9%	100
		Ya	64	56,1%	
17.	Sumber Daya Perawat 17	Tidak	12	10,5%	100
		Ya	102	89,5%	
18.	Sumber Daya Perawat 18	Tidak	50	43,9%	100
		Ya	64	56,1%	
19.	Sumber Daya Perawat 19	Tidak	69	60,5%	100
		Ya	45	39,5%	
20.	Sumber Daya Perawat	Tidak	9	7,9%	100

	20	Ya	105	92,1%	
21.	Sumber Daya Perawat 21	Tidak	13	11,4%	100
		Ya	101	88,6%	

5. Faktor Pelaksanaan Manajemen Care Bundle

Pelaksanaan Manajemen Care Bundle					
No	Keterangan		Frekuensi	Presentase	Total
1.	Pelaksanaan MCB 01	Tidak	102	89,5%	100
		Ya	12	10,5%	
2.	Pelaksanaan MCB 02	Tidak	79	69,3%	100
		Ya	35	30,7%	
3.	Pelaksanaan MCB 03	Tidak	69	60,5%	100
		Ya	45	39,5%	
4.	Pelaksanaan MCB 04	Tidak	39	34,2%	100
		Ya	75	65,8%	
5.	Pelaksanaan MCB 05	Tidak	1	0,9%	100
		Ya	113	99,1%	



LAMPIRAN 9

ANALISIS UNIVARIAT

Statistics

		Presentase Total Nilai PP	Presentase Nilai KP	Zscore: Total Score Kerjasama Tim	Presentase Total Score SDP	Presentase Pelaksanaan MCB
N	Valid	114	114	114	114	114
	Missing	0	0	0	0	0

1. Faktor Pengetahuan Perawat

Kategori Pengetahuan Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pengetahuan Perawat KURANG	9	7.9	7.9	7.9
	Pengetahuan Perawat CUKUP	44	38.6	38.6	46.5
	Pengetahuan Perawat BAIK	61	53.5	53.5	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

2. Faktor Ketrampilan Perawat

Kategori Score Ketrampilan Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ketrampilan Perawat CUKUP	80	70.2	70.2	70.2
	Ketrampilan Perawat BAIK	34	29.8	29.8	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

3. Faktor Sumber Daya Perawat

Kategori SDP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sumber Daya Perawat KURANG	23	20.2	20.2	20.2
	Sumber Daya Perawat CUKUP	29	25.4	25.4	45.6
	Sumber Daya Perawat BAIK	62	54.4	54.4	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

4. Faktor Kerjasama Tim Perawat

Kategori Kerjasama Tim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kerjasama Tim BURUK	76	66.7	66.7	66.7
	Kerjasama Tim BAIK	38	33.3	33.3	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

5. Pelaksanaan Manajemen *Care bundle*

Kategori Pelaksanaan MCB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pelaksanaan MCB KURANG	68	59.6	59.6	59.6
	Pelaksanaan MCB CUKUP	18	15.8	15.8	75.4
	Pelaksanaan MCB BAIK	28	24.6	24.6	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

LAMPIRAN 10

ANALISIS BIVARIAT

1. Faktor Pengetahuan Perawat Dengan Manajemen *Care Bundle*

Correlations

			Pengetahuan Perawat	Presentase Pelaksanaan MCB
Spearman's rho	Pengetahuan Perawat	Correlation Coefficient	1.000	.278**
		Sig. (2-tailed)	.	.003
		N	114	114
		Presentase Pelaksanaan MCB		
	Presentase Pelaksanaan MCB	Correlation Coefficient	.278**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	.
		N	114	114

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

2. Faktor Ketrampilan Perawat Dengan Manajemen *Care Bundle*

Correlations

			Ketrampilan Perawat	Presentase Pelaksanaan MCB
Spearman's rho	Ketrampilan Perawat	Correlation Coefficient	1.000	.206*
		Sig. (2-tailed)	.	.028
		N	114	114
	Presentase Pelaksanaan MCB	Correlation Coefficient	.206*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.028	.
		N	114	114

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

3. Faktor Sumber Daya Perawat Dengan Manajemen *Care Bundle*

Correlations

			Sumber Daya Perawat	Presentase Pelaksanaan MCB
Spearman's rho	Sumber Daya Perawat	Correlation Coefficient	1.000	.244**
		Sig. (2-tailed)	.	.009
		N	114	114
	Presentase Pelaksanaan MCB	Correlation Coefficient	.244**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.009	.
		N	114	114

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

4. Faktor Kerjasama Tim Perawat Dengan Manajemen *Care Bundle*

Correlations

			Kerjasama Tim	Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)
Spearman's rho	Kerjasama Tim	Correlation Coefficient	1.000	.236*
		Sig. (2-tailed)	.	.012
		N	114	114
	Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	Correlation Coefficient	.236*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.012	.
		N	114	114

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

LAMPIRAN 11

ANALISIS MULTIVARIAT

REGRESI LINEAR SEDERHANA

1. Pengaruh Pengetahuan Perawat terhadap Pelaksanaan Manajemen Care Bundle

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	2.1999	0.92058	114
Pengetahuan Perawat	11.6754	2.15955	114

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.276 ^a	.076	.068	.88873

a. Predictors: (Constant), Pengetahuan Perawat

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.302	1	7.302	9.245	.003 ^b
	Residual	88.463	112	0.790		
	Total	95.765	113			

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle MCB)

b. Predictors: (Constant), Pengetahuan Perawat

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.826	.460		1.796	.075		
	Pengetahuan Perawat	.118	.039	.276	3.041	.003	1.000	1.000

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Pengetahuan Perawat
1	1	1.983	1.000	.01	.01
	2	.017	10.952	.99	.99

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

2. Pengaruh Ketrampilan Perawat terhadap Pelaksanaan Manajemen Care Bundle

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	2.1999	.92058	114
Ketrampilan Perawat	59.7982	8.04872	114

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.223 ^a	.050	.041	.90149

a. Predictors: (Constant), Ketrampilan Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.744	1	4.744	5.838	.017 ^a
	Residual	91.020	112	.813		
	Total	95.765	113			

a. Predictors: (Constant), Ketrampilan Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	.678	.636		1.066	.289		
Ketrampilan Perawat	.025	.011	.223	2.416	.017	1.000	1.000

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Ketrampilan Perawat
1	1	1.991	1.000	.00	.00
	2	.009	14.991	1.00	1.00

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

3. Pengaruh Sumber Daya Perawat terhadap Pelaksanaan Manajemen Care Bundle

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	2.1999	.92058	114
Sumber Daya Perawat	15.4737	3.97828	114

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.258 ^a	.066	.058	.89342

a. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	6.366	1	6.366	7.976	.006 ^a
Residual	89.398	112	.798		
Total	95.765	113			

a. Predictors: (Constant), Sumber Daya Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.277	.337		3.784	.000		
	Sumber Daya Perawat	.060	.021	.258	2.824	.006	1.000	1.000

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Sumber Daya Perawat
1	1	1.969	1.000	.02	.02
	2	.031	7.939	.98	.98

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

4. Pengaruh Kerjasama Tim Perawat terhadap Pelaksanaan Manajemen Care Bundle

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	2.1999	.92058	114
Kerjasama Tim	71.6228	10.40285	114

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.237 ^a	.056	.048	.89839

a. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5.369	1	5.369	6.652	.011 ^a
	Residual	90.396	112	.807		
	Total	95.765	113			

a. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.699	.588		1.189	.237		
	Kerjasama Tim	.021	.008	.237	2.579	.011	1.000	1.000

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	Kerjasama Tim
1	1	1.990	1.000	.01	.01
	2	.010	13.903	.99	.99

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

REGRESI LINEAR BERGANDA

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)	2.1999	.92058	114
Pengetahuan Perawat	11.6754	2.15955	114
Ketrampilan Perawat	59.7982	8.04872	114
Sumber Daya Perawat	15.4737	3.97828	114
Kerjasama Tim	71.6228	10.40285	114

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.327 ^a	.107	.074	.88581	1.962

a. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim, Sumber Daya Perawat, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10.238	4	2.559	3.262	.014 ^a
	Residual	85.527	109	.785		
	Total	95.765	113			

a. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim, Sumber Daya Perawat, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat

b. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	.019	.716		.027	.979		
	Pengetahuan Perawat	.072	.102	.170	.711	.479	.144	6.955
	Ketrampilan Perawat	.010	.012	.089	.832	.407	.714	1.401
	Sumber Daya Perawat	.009	.054	.038	.164	.870	.149	6.721
	Kerjasama Tim	.012	.0010	.128	1.202	.232	.725	1.379

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.327 ^a	.107	.074	.88581	1.962

a. Predictors: (Constant), Kerjasama Tim, Sumber Daya Perawat, Ketrampilan Perawat, Pengetahuan Perawat

a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
				(Constant)	Pengetahuan Perawat	Ketrampilan Perawat	Sumber Daya Perawat	Kerjasama Tim
1	1	4.918	1.000	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.050	9.930	.02	.01	.03	.09	.04
	3	.020	15.600	.52	.00	.05	.01	.85
	4	.008	24.114	.22	.01	.93	.01	.11
	5	.003	39.881	.24	.98	.00	.90	.00

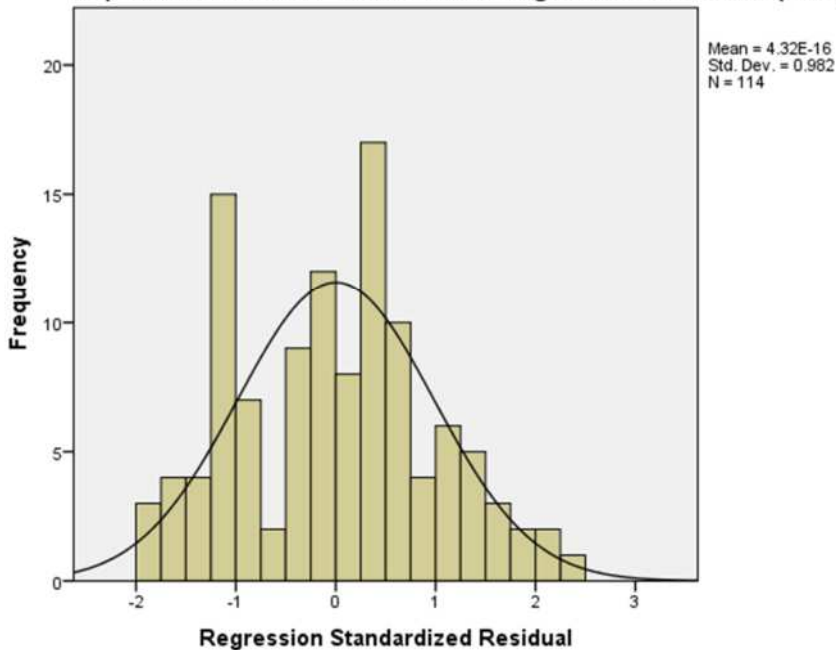
a. Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle





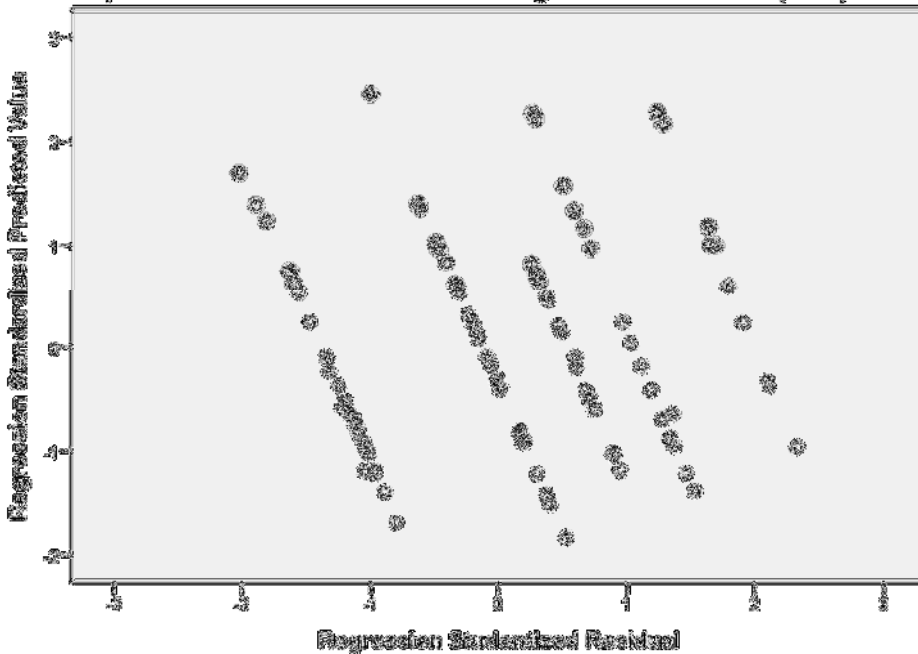
Histogram

Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)



Scatterplot

Dependent Variable: Pelaksanaan Management Care Bundle (MCB)



LAMPIRAN 12

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN STUDI PENDAHULUAN



PEMERINTAH KOTA KUPANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) S. K. LERIK
JLN.TIMOR RAYA - NO. 134 - PASIR PANJANG
Telp./Fax. (0380) 824157 | e-mail : raudakerik.pemkotkupang@gmail.com



Kupang, 24 Oktober 2017

Nomor : RSUD.SKL.074/1272/X/2017

Lampiran : -

Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada

Yth. Dekan Bidang Akademik

Fakultas Kedokteran

Universitas Brawijaya - Malang

di

Malang

Sehubungan dengan surat saudara Nomor 10961/UN 10.7/AK-S2KEP/2017 tanggal 13 Oktober 2017 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan yang ditujukan kepada kami, maka dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa atas nama Serly Sani Mahoklory, NIM 166070300111029 telah selesai melakukan studi pendahuluan di RSUD S. K. Lerik Kota Kupang pada tanggal 19 Oktober sampai dengan tanggal 21 Oktober 2017 dengan judul penelitian : Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Perawat dalam Penatalaksanaan Management Cara Bundle pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat.

Demikian untuk maklum dan urusan selanjutnya, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD S. K. Lerik
Kota Kupang

Kepala Bagian Tata Usaha,

LAMPIRAN 13

SURAT PERSETUJUAN ETIK



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NUSA CENDANA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
 JL. Adisucipto Penfui Kotak Pos, 104 Kupang 85001, NTT Tlp. 881972; Fax. 0380881972
 website <http://www.undana.ac.id> E-mail: meufkundana@co.id

LEMBAR KEPUTUSAN

Nomor : 04/UN15.16/KEPK/2018

Judul Penelitian : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Nama Peneliti : Serly Sani Mahoklory

No. Register : U N 0 2 1 7 1 2 1 2 7

A	Rangkuman penilaian oleh <i>reviewers</i> : Waktu penelitiannya dimulai pada bulan Desember 2017 - Januari 2018. Seharusnya pengajuan etik terlebih dahulu sebelum melakukan penelitian. Mohon diperhatikan.
B	Perlu full board : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak a. Ya (terus ke C) b. Tidak (terus ke D)
C	Catatan Rapat Etik (Full Board): Pemeriksaan dilakukan secara Expedited Tgl/bulan/tahun: 3 Januari 2018 Tindak lanjut/ Catatan Rapat Etik Dikirimkan kembali ke yang bersangkutan dengan tembusan kepimpinan instansi
D	Hasil Penilaian <input checked="" type="checkbox"/> a. Disetujui <input type="checkbox"/> b. Disetujui dengan sedikit perubahan tanpa perubahan substansi (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> c. Disetujui dengan perubahan substansi (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> d. Ditunda untuk beberapa alasan (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> e. Tidak dapat disetujui dengan beberapa alasan (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk)
E	Penugasan pengawan jalannya penelitian di lapangan untuk yang beresiko sedang – berat, mengobservasi apakah ada penyimpangan etik (tulis nama anggota komisi etik yang ditunjuk oleh rapat) : -

Kupang, 5 Januari 2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undana

dr. Desi Indria Rini, M. Biomed
 NIP. 19600130 200801 2 015

Sekretaris,

Rahel Rara Woda, S.Si.,MKM
 NIP. -



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NUSA CENDANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL. Adisucipto Penfui Kotak Pos, 104 Kupang 85001, NTT Tlp. 881972; Fax. 0380881972
website <http://www.undana.ac.id> E-mail: meufkundana@co.id

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
Nomor : 06/UN15.16/KEPK/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Nusa Cendana, setelah melalui pembahasan dan penilaian, pada rapat tertanggal 5 Januari 2018 telah memutuskan, protokol penelitian berjudul :

“Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen *Care Bundle* Pada Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang”

dengan Peneliti Utama : **Serly Sani Mahoklory**

No. Register

U	N	0	2	1	7	1	2	1	2	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

yang diterima pada tanggal : 19 - 12 - 2017
Perbaikan diterima tanggal : -

dapat disetujui untuk dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, RSUD S. K. Lerik Kota Kupang, RSUD Naibonat Kabupaten Kupang, RST Wirasakti Kupang, RS Bhayangkara Kupang dan RS TNI AL Lantamal VII Kupang. Persetujuan etik ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian harus menyerahkan laporan perkembangan dan laporan akhir penelitian kepada KEPK Fakultas Kedokteran Undana. Jika ada perubahan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian.


Kupang, 08 Januari 2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undana

Ketua


dr. Desi Indria Rini, M. Biomed
NIP. 198001302008012015

Sekretaris,


Rahel Rara Woda, S.Si., MKM
NIP. -

LAMPIRAN 14

SURAT IJIN PENELITIAN



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMPTSP)**

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmptsp.nttprov@gmail.com; Website: www.dpmptsp.nttprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/17/DPMPTSP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z.
Johannes Kupang
di -
KUPANG

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

**" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM
MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA
KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "**

Lokasi : RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROV. NTT,



Tembusan :

1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMPTSP)**

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmptsp.nttprov@gmail.com; Website:www.dpmptsp.nttprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/18/DPMPTSP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur RSUD S. K. Lerik Kota
Kupang
di -
KUPANG

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "

Lokasi : RSUD S.K. Lerik Kota Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN P.TSP PROV. NTT. L



Tembusan :

1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL**

DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMTSP)

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmtsp.nttprov@gmail.com; Website: www.dpmtsp.nttprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/19/DPMTSP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala RST. Wirasakti Kupang
di -
KUPANG

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "

Lokasi : RST. Wirasakti Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Walikota Kupang.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROV. NTT,



Tembusan :

1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMPSTP)**

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmptsp.nitprov@gmail.com; Website:www.dpmptsp.nitprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/20/DPMPSTP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala RS. Bhayangkara Kupang
di -
KUPANG

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

**" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM
MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA
KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "**

Lokasi : RS. Bhayangkara Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Walikota Kupang.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KERALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROV. NTT, L

Ir. SEMUEL REBO
Pembina Utama Madya
NIP. 19610626 198503 1 012

Tembusan :

- 1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
- 5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL**

DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMTSP)

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmtsp.nttprov@gmail.com; Website: www.dpmtsp.nttprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/21/DPMTSP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala RS. TNI AL Lantamal VII
Kupang
di -
KUPANG

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "

Lokasi : RS. TNI AL Lantamal VII Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Walikota Kupang.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PTSP PROV. NTT.

Ir. SEMUEL REBO
Pembina Utama Madya
NIP. 19510626 198503 1 012

Tembusan :

- 1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
- 4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
- 5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.



**PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMTSP)**

Jalan Basuki Rahmat No. 1 Kota Kupang – Telp / Fax. (0380) 833213, 821827
Email : dpmtsp.nttprov@gmail.com ; Website:www.dpmtsp.nttprov.go.id

Kupang, 8 Januari 2018

Nomor : 070/22/DPMTSP/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
PTSP Kabupaten Kupang
di -
OELAMASI

Menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Nomor : 13823/UN10.7/AK-S2KEP/2017 Tanggal 18 Desember 2018, tentang Permohonan Izin Pelaksanaan Penelitian, dan setelah mempelajari rencana kegiatan/proposal yang diajukan, maka dapat diberikan Izin Penelitian kepada mahasiswa :

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Jurusan / Prodi : Kedokteran
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian dengan judul :

**" ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM
MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA
KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG "**

Lokasi : RSUD. Naibonat Kabupaten Kupang
Pengikut : -
Lama Penelitian : 9 Januari s.d 9 Februari 2018
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Peneliti berkewajiban menghormati/mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di daerah setempat dan melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Bupati Kupang.

Demikian surat izin ini dan atas perhatian disampaikan terima kasih.

a.n. GUBERNUR NUSA TENGGARA TIMUR
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMTSP) PROV. NTT,



Tembusan :

1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
3. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
5. Kepala Kantor Kesbangpol Kabupaten Kupang di Oelamasi;
6. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang.

LAMPIRAN 15

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG
 JL. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892
 Website : www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id email : rsudjohannes@gmail.com
KUPANG Kode Pos : 85111

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : RSUD / 070 / Um. 53 / II / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan
NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016/Pembina-IVa

Menerangkan bahwa :

Nama : Serly Sani Mahoklory
Jenis Kelamin : Perempuan
NIM/NIP : 166 070 300 111 029
Asal Fak./Jur./Univ. : Fakultas Kedokteran Prodi Magister Keperawatan
 Universitas Brawijaya.

Benar-benar telah selesai melakukan Penelitian di Ruang IGD RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) bulan, mulai dari tanggal **09 Januari s/d 07 Fberuari 2018**, dengan Judul :

“ Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang “

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 07 Februari 2018
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang
 Kepala Bidang Pengembangan

Nurlaila Lanja S.Kep.Ners.
 Pembina
 NIP. 19641211 198703 2 016



PEMERINTAH KOTA KUPANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) S. K. LERIK
JLN.TIMOR RAYA - NO. 134 - PASIR PANJANG



Telp./Fax. (0380) 824157 | e-mail : rsudsklerik.pemkotkupang@gmail.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : RSUD.SKL.070/117/II/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anderias Woli, SH
NIP : 19650407 199903 1 002
Pangkat/Gol : Pembina/IVa
Jabatan : Kepala Bagian Tata Usaha
Unit Kerja : RSUD S. K. Lerik Kota Kupang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Serly Sani Mahoklory
NIM : 166070300111029
Judul Penelitian : **“ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT WILAYAH KUPANG”**
Fak./Jurusan : Kedokteran
Universitas/PT : Brawijaya Malang

yang bersangkutan adalah Mahasiswa pada Universitas Brawijaya di Malang yang telah selesai melakukan Penelitian di RSUD S. K. Lerik Kota Kupang terhitung sejak tanggal 12 Januari 2018 sampai dengan tanggal 03 Februari 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 05 Februari 2018

An. Direktur RSUD S. K. Lerik
Kepala Bagian Tata Usaha,

Anderias Woli, SH
NIK 09650407 199903 1 002

Tembusan, disampaikan kepada Yth :

KPS Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang di Malang.

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 09.04.01 KUPANG
RUMAH SAKIT Tk. IV 09.07.01 KUPANG

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
No. SKET / 0 / II / 2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : dr. Immanuel E.S. Purba, Sp.THT-KL
Pangkat/NRP : Mayor Ckm/11010001130751
Jabatan : Kepala Rumah Sakit Tk. IV 09.07.01 Kupang
Kesatuan : Kesadam IX / Udayana
Alamat : Jl. Moch. Hatta No.9-11 Fontein Kupang.

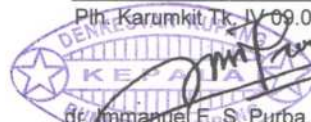
menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Serly Sani Mahoklory
NIM : 166070300111029
Fakultas : S2 Keperawatan
Univ/ST : Universitas Brawijaya Malang

Telah melakukan penelitian dan pengambilan data untuk tugas akhir (Tesis) terhitung tanggal 09 Januari 2018 s.d tanggal 07 Februari 2018 dengan judul penelitian " **Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang** " dengan demikian Mahasiswi tersebut telah menyelesaikan penelitian dan pengambilan data di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tk. IV 09.07.01 Wirasakti Kupang.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Kupang
Pada tanggal, 08 Februari 2018
Plh. Karumkit Tk. IV 09.07.01 Kupang



dr. Immanuel E. S. Purba, Sp.THT-KL
Mayor Ckm NRP 11010001130571



PANGKALAN UTAMA TNI AL VII
RUMAH SAKIT TNI AL SAMUEL JOHANNIS MOEDA
Jl. YOS SUDARSO NO. 5 OSMOK KUPANG NTT Telp / Fax. (0380)890670

SURAT KETERANGAN
NO :SK/ 16- /II/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Slamet Rahardja, Sp.B
Pangkat : Mayor Laut (K) NRP 14581/P
Jabatan : Kepala Rumah Sakit TNI AL Samuel J. Moeda

Menerangkan nama di bawah ini :

Nama : Serly Sani Mahoklory, S.Kep, Ns
NIM : 166070300111029
Program Studi : Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang
Judul : Analisa Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang

Bahwa benar yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit TNI AL Samuel J. Moeda terhitung mulai 12 Januari 2018 sampai dengan 03 Februari 2018.

Demikian surat keterangan ini kami berikan agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 06 Februari 2018

Karumkital Samuel J. Moeda Kupang



dr. Slamet Rahardja, Sp. B
Mayor Laut (K) NRP 14581/P

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH NUSA TENGGARA TIMUR
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG
Jalan Nangka 84, Kupang 85111



SURAT KETERANGAN
Nomor : SK/ 106 /IV/ 2018 /Rumkit

Yang bertanda tangan dibawah ini :

NAMA : dr. MARTINUS GINTING, Sp.P
PANGKAT / NRP : AKBP / 72060543
JABATAN : KARUMKIT BHAYANGKARA KUPANG
KESATUAN : RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

NAMA : SERLY SANI MAHOKLORY, S.Kep.,Ns
NIM : 166070300111029
FAKULTAS/JURUSAN : FAKULTAS KEDOKTERAN MAGISTER
KEPERAWATAN
UNIVERSITAS : UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Yang bersangkutan telah melakukan Pengambilan data di Instalasi Gawat Darurat Rumkit Bhayangkara Kupang selama 3 Minggu terhitung mulai tanggal 18 Januari s.d 9 Februari 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 5 April 2018
KARUMKIT BHAYANGKARA KUPANG
KEPALA

dr. MARTINUS GINTING, Sp.P
AKBP NRP 72060543



PEMERINTAH KABUPATEN KUPANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NAIBONAT

JL.TIMOR RAYA KM.37 OELAMASI
Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang 85362
E-mail: rsnaiobat@yahoo.co.id

Oelamasi, 20 Februari 2018

Nomor : 070/0180/PSDM/RSUDN/II/2018
Lampiran : -
Perihal : Menyelesaikan Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
di -
Malang

Dengan ini menyatakan bahwa atas nama :

Nama : Sherly Sani Mahoklory
NIM : 166070300111029
Jurusan : Kedokteran
Pekerjaan : Mahasiswa
Kebangsaan : Indonesia
Judul Penelitian :

**"ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM MELAKUKAN
MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT
DARURAT WILAYAH KUPANG"**

Telah Menyelesaikan Penelitian

Lokasi : RSUD Naibonat Kabupaten Kupang
Pengikut : -
Lamanya : 9 Januari 2018 s/d 9 Februari 2018
Penanggung Jawab : Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Demikian Surat ini di keluarkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Direktur

W/Kepala Bagian Tata Usaha

Mahef S. H. Ora, S.Sos

NIP. 19660205 198503 1 016

Tembusan:

1. Bupati Kupang di Oelamasi;
- ② Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya di Malang;
3. Kepala Badan Kesbangpol Propinsi NTT di Kupang.;
4. Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu (KPPTSP) Prov NTT di Kupang;
5. Kepala Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu (BPMP2T)
6. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Kupang di Oelamasi;
7. Yang bersangkutan;
8. Arsip

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 199 /UN10.F08.08/PN/2018

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

- Judul : Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang
- Penulis : Serty Sany Mahoklory
- NIM : 166070300111029
- Jumlah Halaman : 104
- Jenis Artikel : Tesis (Program Studi Magister Keperawatan)
- Kemiripan : 5 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

27 APR 2018

Ketua Badan Penerbitan Jurnal,

Hulsndi Khotimah, S.Si, M.Kes
NIP-16751125 200501 2 001



LAMPIRAN 17

SURAT KETERANGAN BEBAS JURNAL PREDATOR



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

SURAT KETERANGAN
Nomor : 134 /UN10.F08.12.21/2018

Perihal : Pernyataan bebas predator jurnal

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

Nama : SERLY SANI MAHOKLORY
NIM : 166070300111029
Judul Artikel : The Analysis Of Factors Influencing Nurses In Conducting Care Bundle Management Of Head Injured Patients In The Emergency Department In Kupang, East Nusa Tenggara.

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Malang, 22 Mei 2018
Ketua Tim Monev
Program Studi Magister Keperawatan,



Ns. Tony Suharsono , S.Kep., M Kep.
NIP. 198009022006041003

LAMPIRAN 20

THE ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING NURSES IN CONDUCTING CARE BUNDLE MANAGEMENT OF HEAD INJURED PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT IN KUPANGSerly Sani Mahoklory^{1*}, Ahsan², Mukhamad Fathoni³¹ Master of Nursing Student, Medicine Faculty, Brawijaya University^{2,3} Lecturer of Medicine Faculty, Brawijaya University**ABSTRACT**

The increasing number of head injury in East Nusa Tenggara (NTT) is mostly caused by traffic accident and fall. That happens due to the fact that the livelihood of majority native NTT is Palmyra Palm Tree (*Borassus flabellifer*) slicer which demands them to climb 15 to 30 meters tree. Moreover, 58.4% of native NTT does not wear helmet in riding their bike which is dangerous and life threatening if traffic accident occurred. Nurses in emergency room have important role in taking care head injured patients. However, the first aid which is care bundle management does not conducted well. Automatically, it influenced the quality of care received by patients. Thus, the objective of this study is to analyze factors influencing nurses in conducting care bundle management of head injured patients in emergency department in Kupang. The method used in this study is quantitative with cross sectional approach which involved 114 respondents. The technique used in taking the sample is purposive sampling. The obtained data which were analyzed using simple linear regression analysis shows that p value of nurses' knowledge factor is $0.003 < \alpha = 0.05$, nurses' skill factor is $p = 0.017 < \alpha = 0.05$, nurses' resources factor $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, and team work factor is $0.011 < \alpha = 0.05$. It can be concluded that H_0 is rejected or there is influence among nurses' knowledge, skill, resources, and team work on conducting care bundle management. Nurses' knowledge is the most influential factor on conducting care bundle management in emergency department in Kupang with R value of 7.6%. Therefore the need for nurse quality development through education and emergency skills.

Key Words : nurses' knowledge, nurses' skill, nurses' resources, nurses' team work, care bundle management, head injury



LAMPIRAN 21

MANUSKRIP

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM
MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN
CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT
WILAYAH KUPANG**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Megister Keperawatan**



Oleh :

SERLY SANI MAHOKLORY

NIM. 166070300111029

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

MALANG

2018

MANUSKRIP

**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERAWAT DALAM
MELAKUKAN MANAJEMEN CARE BUNDLE PADA PASIEN
CEDERA KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT
WILAYAH KUPANG**Serly Sani Mahoklory^{1*}, Ahsan², Mukhamad Fathoni³¹ Mahasiswa Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya^{2,3} Pengajar Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

*Address correspondence to: Serly Sani Mahoklory

Mahasiswa Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

Telp: +6285333525599

Email: sani.mahoklory04@gmail.com**ABSTRAK**

Peningkatan angka kejadian cedera kepala di Nusa Tenggara Timur (NTT) sebagian besar disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas dan jatuh. Hal ini dikarenakan mayoritas mata pencarian penduduk asli NTT adalah pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan mereka memanjat pohon setinggi 15-30 meter. Selain itu, kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm (58,4%) akan sangat berbahaya dan mengancam nyawa apabila terjadi kecelakaan lalu lintas. Perawat instalasi gawat darurat (IGD) memiliki peran penting dalam merawat pasien dengan cedera kepala. Namun kenyataannya pelaksanaan manajemen *care bundle* sebagai tindakan awal keperawatan tidak terlaksana dengan baik sehingga mempengaruhi kualitas perawatan yang diterima pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yang melibatkan 114 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana yang menunjukkan bahwa *p value* faktor pengetahuan perawat sebesar $0,003 < \alpha = 0,05$, faktor ketrampilan perawat $p = 0,017 < \alpha = 0,05$, faktor sumber daya perawat $p = 0,006 < \alpha = 0,05$, dan faktor kerjasama tim $p = 0,011 < \alpha = 0,05$ yang berarti H_0 ditolak atau ada pengaruh antara pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle*. Faktor pengetahuan perawat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang dengan nilai R sebesar 7,6%. Oleh karena itu perlunya pengembangan kualitas perawat melalui pendidikan dan ketrampilan kegawatdaruratan.

Kata Kunci : Pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, sumber daya perawat, kerjasama tim perawat, manajemen *care bundle*, cedera kepala

PENDAHULUAN

Cedera kepala merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Peningkatan angka cedera nasional di Indonesia yakni pada tahun 2007 sebanyak 7,5% dan tahun 2013 sebesar 8,2 % kasus. Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) ditemukan di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) (Risksedas, 2013).

Sebagian besar kasus cedera kepala di Provinsi NTT merupakan dampak dari kecelakaan lalu lintas (34,2%) dan jatuh (55,5%). Hal ini disebabkan mayoritas mata pencarian penduduk asli NTT adalah pengiris buah pohon lontar (*Borassus flabellifer*) yang mengharuskan mereka memanjat pohon setinggi 15-30 meter tanpa alat perlindungan diri. Mekanisme cedera yang ditimbulkan saat terjatuh dari pohon lontar adalah deselerasi cepat kedepan dengan benturan utama pada kepala dan servikal. Selain itu, kebiasaan warga NTT yang tidak menggunakan helm (58,4%), akan sangat berbahaya dan mengancam nyawa apabila terjadi kecelakaan lalu lintas (Fox, 1996; Risikesdas, 2013).

Setengah angka kematian pada cedera kepala terjadi pada 2 jam pertama dan kerusakan neurologis tidak terjadi saat trauma (cedera primer), tetapi terjadi dalam beberapa menit, jam dan hari. Hal ini menunjukkan bahwa akibat sekunder dari cedera menyebabkan peningkatan angka kematian dan kecacatan. Oleh karena itu pelaksanaan manajemen *care bundle* yang baik, cepat dan benar dapat meningkatkan kualitas

perawatan yaitu cedera kepala primer tidak jatuh dalam kondisi cedera kepala sekunder dan bertahan untuk proses pemulihan kesehatan selanjutnya.

Perawat instalasi gawat darurat (IGD) memiliki peran penting dalam penanganan awal dan pengambilan keputusan independen dalam kondisi gawat darurat terutama pada pasien cedera kepala agar tidak jatuh dalam kondisi cedera kepala sekunder, kecacatan dan kematian (Damkliang, *et al.*, 2013). Namun, hingga saat ini masih sedikit perawat yang melakukan manajemen *care bundle* secara tepat dan lugas di Indonesia, sehingga akan mempengaruhi kualitas penangan awal pada pasien cedera kepala. Pengetahuan, ketrampilan kerjasama tim, fasilitas kesehatan dan sumber daya perawat yang berkompeten berperan dalam menerapkan *care bundle* pada pasien dengan cedera kepala di IGD. (BTF, 2007; Damkliang, *et al.*, 2015).

Care bundle didefinisikan sebagai sekumpulan kecil intervensi spesifik keperawatan yang diterapkan pada pasien cedera kepala, dengan mengaplikasikan empat komponen secara bersamaan atau sepaket untuk hasil yang lebih efektif. (Sedwick, *et al.*, 2012). Komponen awal dalam manajemen *care bundle* adalah penilaian tingkat kesadaran. Penilaian tingkat kesadaran dan pemantauan berulang secara sistematis dapat mengidentifikasi secara awal perbaikan atau perburukan pada pasien B cedera kepala melalui *Glasgow Coma Scale*: (GCS) (Kondo, *et al.*, 2011).

Komponen kedua *care bundle* adalah penilaian frekuensi pernafasan. Perubahan frekuensi pernafasan yang dialami oleh pasien cedera kepala disebabkan adanya perdarahan intraserebral, sehingga mengganggu fungsi regulator pernafasan di otak. Komponen ketiga dari *care bundle* adalah penilaian frekuensi denyut nadi dan tekanan darah. Pemantauan nadi secara berkala untuk mendeteksi adanya hipotensi sebagai penyebab terjadinya cedera otak sekunder akibat hipoperfusi dan pengiriman oksigen yang terganggu ke otak. Komponen *care bundle* keempat adalah pengaturan posisi 30° pada bagian kepala tempat tidur pasien. Pasien dengan cedera kepala harus dirawat dalam posisi *semi fowler* untuk memaksimalkan drainase vena.

Berdasarkan hasil wawancara perawat dan data rekam medis di RSUD S.K. Lerik Kota Kupang tahun 2016 didapatkan jumlah kunjungan cedera kepala sebanyak 210 pasien dengan kasus terbanyak terjadi pada laki-laki, usia antara 15-24 tahun yaitu 119 kejadian, serta tingkat keberhasilan penanganan yang minimal, diantaranya pelaksanaan *care bundle* yang belum optimal. Salah satunya saat penanganan pasien cedera kepala primer yang tidak terpantau dengan baik status hemodinamik sehingga jatuh pada kondisi cedera sekunder yang mengakibatkan kematian (Rekam Medis RSUD S.K. Lerik Kota Kupang, 2016). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis faktor yang

mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle* pada pasien cedera kepala di IGD Wilayah Kupang.

METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*, yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh antara variabel independen (faktor pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat) dan variabel dependen (manajemen *care bundle*). Pengambilan data dilakukan sebanyak 1 kali yaitu pada bulan januari sampai dengan februari 2018. Analisa data yang digunakan yaitu univariat (frekuensi dan presentase), bivariat (uji *spearman*) dan multivariat (Uji regresi linear sederhana dan berganda).

HASIL PENELITIAN

1. Data Umum dan Distribusi

Frekuensi Responden

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Data Umum Responden

Karakteristik		n	%
Jenis Kelamin	Perempuan	67	58,8
	Laki-laki	47	41,2
Umur	≤ 25	18	15,8
	26 - 30	55	48,2
	31 - 35	24	21,1
	36 - 40	8	7
	≥ 40	9	7,9
Tingkat pendidikan	SPK	4	3,5
	DIII	72	63,2
Keperawatan	Keperawatan S1	38	33,3
	Keperawatan /Ners		
	Keperawatan S2	0	0

	≤ 3 tahun	53	46,5
Masa kerja	4 – 6 tahun	26	22,8
	7 – 9 tahun	12	10,5
	≥ 10 tahun	23	20,2
Ketrampilan klinis	Tidak Pernah	18	15,8
	BLS	43	37,7
	BT & CLS	53	46,5
	ACLS	0	0

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 114 responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yakni 67 responden (58,8%), hampir setengah berusia antara 26-30 tahun yakni 55 responden (48,2%), sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan yakni 72 responden (63,2%), hampir setengah responden memiliki masa kerja ≤ 3 tahun yakni 53 responden (46,5%) dan hampir setengah responden memiliki ketrampilan klinis BT & CLS yakni 53 responden (46,5%).

Tabel 2. Hasil Analisis Univariat

Variabel	n	%
Pengetahuan perawat	Kurang	9 7,9
	Cukup	44 38,6
	Baik	61 53,5
Ketrampilan Perawat	Kurang	0 0
	Cukup	80 70,2
	Baik	34 29,8
Sumber Daya Perawat	Kurang	23 20,2
	Cukup	29 25,4
	Baik	62 54,4
Kerjasama Tim	Buruk	76 66,7
	Baik	38 33,3

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 114 responden sebagian besar yaitu 61 perawat (53,5%) memiliki pengetahuan manajemen *care*

bundle yang baik, 80 perawat (70,2%) memiliki ketrampilan cukup, 62 responden (54,4%) memiliki kualitas sumber daya yang baik dan 76 responden (66,7%) menyatakan kerjasama tim perawat buruk.

2. Faktor yang berpengaruh dalam pelaksanaan manajemen *care bundle*

Tabel 3. Hasil Analisis Bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependent	p value	r
Pengetahuan perawat	Pelaksanaan manajemen <i>care bundle</i>	0,003	0,278
Ketrampilan Perawat	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,028	0,206
Sumber Daya perawat	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,009	0,244
Kerjasama Tim	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,012	0,236

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa p *value* pengetahuan perawat $0,003 < \alpha = 0,05$, p *value* ketrampilan perawat $0,028 < \alpha = 0,05$, p *value* sumber daya perawat $0,009 < \alpha = 0,05$ dan p *value* kerjasama tim perawat $0,012 < \alpha = 0,05$ yang artinya ada pengaruh antara faktor pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat dengan pelaksanaan manajemen *care bundle* dengan koefisien korelasi berada pada kisaran 0,20 – 0,399.

3. Faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan manajemen *care bundle*

Tabel 4. Hasil Analisis Multivariat

Variabel Independen	Variabel Dependent	p value	R ²
Pengetahuan perawat	Pelaksanaan manajemen <i>care bundle</i>	0,003	0,076
Ketrampilan Perawat	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,017	0,050
Sumber Daya perawat	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,006	0,066
Kerjasama Tim	Pelaksanaan manajemen <i>Care bundle</i>	0,011	0,056

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa p value pengetahuan perawat $0,003 < \alpha = 0,05$ dengan $R^2 = 0,076$ yang berarti pelaksanaan MCB sebesar 7,6%, p value ketrampilan perawat 0,017 dengan $R^2 = 0,050$ yang berarti pelaksanaan MCB sebesar 5%, p value sumber daya perawat 0,006 dengan $R^2 = 0,066$ yang berarti pelaksanaan MCB sebesar 6,6%, dan p value kerjasama tim perawat 0,011 $R^2 = 0,056$ yang berarti pelaksanaan MCB sebesar 5,6%.

Untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh dalam pelaksanaan manajemen *care bundle* digunakan uji regresi linear sederhana.

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Linear Sederhana

Variabel	R	R ²	p value
Pengetahuan perawat	0,276	0,076	0,003
Ketrampilan Perawat	0,223	0,050	0,017
Sumber Daya perawat	0,258	0,066	0,006
Kerjasama Tim Perawat	0,237	0,056	0,011

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa nilai R yang paling kuat terdapat pada variabel pengetahuan perawat yaitu 0,276 dengan nilai $R^2 = 0,076$ yang menunjukkan pengaruh terbesar dimiliki oleh variabel pengetahuan perawat yaitu sebesar 7,6%.

Selanjutnya untuk mengetahui arah koefisien regresi dan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara bersama-sama digunakan uji regresi linear berganda yang telah memenuhi syarat uji asumsi klasik yaitu heteroskedastisitas, autokorelasi, multikolinieritas dan normalitas.

Tabel 6. Hasil Analisis Regresi Linear Berganda

Model	Sum of Squares	Df	Mean Square	F hitung	F tabel	P value
Regressi	10.238	4	2.559	3.262	2,455	,014
Residual	85.527	109	.785			
Total	95.765	113				

Sumber: Data primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa $F_{Hitung} > F_{Tabel}$ ($3.262 > 2.455$), maka H_0 ditolak, artinya ada pengaruh secara signifikan antara pengetahuan perawat, ketrampilan perawat, kerjasama tim, dan sumber daya perawat secara bersama - sama terhadap pelaksanaan *management care bundle* di IGD Wilayah Kupang.

Tabel 7. Hasil Analisis Koefisien Regresi Linear Berganda

Model	Coefficients ^a			
	Unstandardized Coefficients		T	Sig.
	B	Std. Error		
constant	.019	.716	.027	.979
PP	.072	.102	.711	.479
KP	.010	.012	.832	.407
KT	.012	.010	1.202	.232
SDP	.009	.054	.164	.870

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel diatas koefisien regresi PP bernilai positif sebesar 0,072 artinya jika PP mengalami kenaikan 1 satuan maka pelaksanaan MCB akan mengalami kenaikan sebesar 0,072, KP bernilai positif sebesar 0,010 artinya jika KP mengalami kenaikan 1 satuan maka pelaksanaan MCB akan mengalami kenaikan sebesar 0,010, KT bernilai positif sebesar 0,012 artinya jika KT mengalami kenaikan 1 satuan maka pelaksanaan MCB akan mengalami kenaikan sebesar 0,012, dan SDP bernilai positif sebesar 0,009 artinya jika SDP mengalami kenaikan 1

satuan maka pelaksanaan MCB akan mengalami kenaikan sebesar 0,009.

PEMBAHASAN

1. Pengaruh faktor pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*

Pengetahuan merupakan suatu domain penting dalam terbentuknya suatu tindakan keperawatan. Tindakan yang didasari oleh pengetahuan yang baik akan berdampak pada kualitas perawatan pasien (Notoadmodjo, 2007). Hasil perhitungan regresi linear sederhana diperoleh signifikansi pengetahuan perawat terhadap manajemen *care bundle* adalah $0,003 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $3.041 > t_{tabel} 2.3610$ serta koefisien regresi positif sebesar 0,118 yang menyatakan bahwa penambahan 1 satuan nilai pada variabel pengetahuan perawat maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0,118. Hasil tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat maka semakin baik pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD.

Sesuai dengan hasil penelitian dari Damklian, *et al* (2015) yang menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan secara statistik pada skor pengetahuan setelah dilakukan intervensi manajemen *care bundle* yaitu ($p < 0,001$). Sehingga pengetahuan perawat yang baik tentang manajemen *care bundle* dapat menjadi salah satu strategi

untuk meningkatkan kualitas perawatan dengan hasil yang optimal disituasi lingkungan IGD yang crowded dan jumlah sumber daya perawat terbatas.

2. Pengaruh faktor ketrampilan perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat ketrampilan yang cukup yaitu sebanyak 61 responden (53,5%) sedangkan 34 responden (29,8%) memiliki tingkat ketrampilan yang baik. Hasil uji statistik diperoleh hasil signifikan regresi sebesar $0,011 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $2,579 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di Instalasi Gawat Darurat Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,025 yang menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel ketrampilan perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.025 dengan nilai signifikan

Manajemen *care bundle* merupakan salah satu metode pemberian asuhan keperawatan yang konsisten pada pasien dengan cedera kepala untuk mengurangi variasi dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga menghasilkan perawatan yang lebih optimal (Damkliang, *et al.*, 2014). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Damkliang, *et al* (2015) terhadap 22 partisipan di

IGD mengemukakan bahwa faktor ketrampilan perawat mempunyai pengaruh besar dalam pelaksanaan manajemen *care bundle*, dimana ketrampilan perawat dirasakan sangat membantu dalam meningkatkan kualitas perawatan, pengetahuan dan kepercayaan diri perawat selama merawat pasien dengan cedera kepala di IGD.

3. Pengaruh faktor sumber daya perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar sumber daya perawat yakni 62 responden (54,4%) berkategori baik dan sebagian kecil sumber daya perawat sejumlah 23 responden (20,2%) berkategori kurang. Hasil uji statistik diperoleh angka signifikan regresi sebesar $0,006 \leq 0,05$ dan nilai t hitung $2,824 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh sumber daya perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,060 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel sumber daya perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.060 dengan nilai signifikan sebesar

Berdasarkan hasil penelitian Harris & McDonald, (2014) terhadap 384 pasien di IGD diperoleh data analisis bahwa perawat senior lebih berkompeten untuk melakukan streaming pasien ke ruang gawat

darurat untuk penilaian lebih lanjut dibandingkan perawat junior. Hal ini mencerminkan kualitas perawat senior yang mampu bekerja secara profesional berdasarkan prosedur yang ada. Untuk itu latar belakang pendidikan, pelatihan dan pengalaman perawat di IGD perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan kualitas sumber daya perawat di rumah sakit. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Bosch, *et al* (2016) bahwa untuk menciptakan suatu perubahan dalam manajemen cedera kepala, perlu untuk mempertimbangkan kualitas ketenagaaan dengan situasi di IGD yang tidak dapat diprediksi. Melalui evaluasi setiap intervensi yang diberikan selama proses perawatan, diharapkan dapat memberikan kualitas pelayanan yang optimal.

4. Pengaruh faktor kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle*

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar kerjasama tim perawat yakni 76 responden (66,7%) berkategori buruk dan sebagian kecil kerjasama tim perawat yaitu 38 responden (33,3%) berkategori baik. Hal ini disebabkan, kurangnya koordinasi antara ketua tim dan anggotanya dalam pemberian asuhan keperawatan disituasi *crowded*, sehingga pelaksanaan manajemen *care bundle* menjadi tidak optimal.

Hasil uji statistik diperoleh angka signifikan regresi sebesar $0,011 \leq 0,05$ dan nilai t hitung

$2,579 \geq t$ tabel 2,3610 yang artinya H_0 ditolak atau ada pengaruh kerjasama tim perawat terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD Wilayah Kupang. Koefisien regresi positif sebesar 0,022 menyatakan bahwa setiap penambahan 1 satuan nilai pada variabel sumber daya perawat, maka pelaksanaan manajemen *care bundle* bertambah sebesar 0.022 dengan nilai signifikan sebesar

Kerjasama tim menjadi sebuah kebutuhan dalam mewujudkan kinerja dan prestasi kerja yang baik dimana rasa kebersamaan muncul untuk mengatasi perbedaan-perbedaan individual untuk tetap berada dalam satu tim kerja. Hal ini dapat terlihat dari hasil kerja perawat pelaksana yang menjalankan fungsi keperawatan dibawah pengawasan perawat profesional sebagai salah satu tim kerja dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal (Robert, 2005). Berdasarkan hasil penelitian Ajeigbe, *et al* (2014) terhadap kerjasama tim di IGD dengan menggunakan instrumen *Revised Nurse Work Index* berskala likert diperoleh data staff yang bekerja di IGD menunjukkan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi secara signifikan terhadap kerjasama tim yaitu $p < 0,0001$ dibandingkan dengan rekan-rekan kerja di IGD yang tidak memiliki kerjasama tim. Hal ini dikarenakan perawat di IGD bekerjasama dan berpartisipasi sebagai mitra dalam perawatan pasien yang mengarah ke

peningkatan hubungan interpersonal dan penekanan status masing-masing profesi. Sehingga praktek kerjasama tim yang terus aktif diharapkan dapat meningkatkan kepuasan kerja di IGD.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar perawat IGD dalam pelayanan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan meningkatkan pelaksanaan manajemen *care bundle*, menambah keilmuaan dibidang keperawatan gawat darurat melalui pengembangan kompetensi perawat dalam pelaksanaan manajemen *care bundle* dan dapat menjadi dasar untuk penelitian selanjutnya dengan berfokus pada faktor lainnya yang diduga memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan manajemen *care bundle* di IGD seperti faktor pengalaman perawat, kualitas perawatan, pasien yang gelisah dan fasilitas kesehatan.

KESIMPULAN

Adanya pengaruh positif faktor pengetahuan, ketrampilan, sumber daya dan kerjasama tim perawat dimana pengetahuan perawat merupakan faktor prediktor yang paling mempengaruhi pelaksanaan manajemen *care bundle*.

SARAN

Perlunya peningkatan dan pengembangan sumber daya perawat melalui pendidikan keperawatan, pelatihan kegawatdaruratan dan evaluasi kerjasama tim perawat di IGD.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajeigbe, D. O., Mcneese-smith, D., Phillips, L. R., & Leach, L. S. (2014). Nursing & Care Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000141>
- Bosch, M., Tavender, E. J., Brennan, S. E., & Knott, J. (2016). The Many Organisational Factors Relevant to Planning Change in Emergency Care Departments: A Qualitative Study to Inform a Cluster Randomised Controlled Trial Aiming to Improve the Management of Patients with Mild Traumatic Brain Injuries, 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148091>
- Damkliang, J., Nursing, M. N. S. A., Considine, J., & Kent, B. (2013). Thai emergency nurses' management of patients with severe traumatic brain injury: Comparison of knowledge and clinical management with best available evidence. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.09.001>
- Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2014). Nurse Education in Practice Using an evidence-based care bundle to improve Thai emergency nurses' knowledge of care for patients with severe traumatic brain injury, 15, 2010–2011.
- Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015). Nurses' perceptions of using

an evidence-based care bundle for initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(4), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.04.004>

Damkliang, J., Considine, J., Kent, B., & Street, M. (2015b). Using an evidence-based care bundle to improve initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3365–3373. <https://doi.org/10.1111/jocn.12923>

Fox, J., J. (1996). *Panen Lontar: Perubahan Ekologi dalam Kehidupan Masyarakat Pulau Rote dan Sawu*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Harris, T., & McDonald, K. (2014). How do clinicians with different training backgrounds manage walk-in patients in the ED setting ?, 975–979. <https://doi.org/10.1136/emermed-2013-202844>

Kondo, Y., Abe, T., Kohshi, K., Tokuda, Y., Cook, E. F., & Kukita, I. (2011). Revised trauma scoring system to predict in-hospital mortality in the emergency department: Glasgow Coma Scale, Age, and Systolic Blood Pressure score. *Critical Care*, 15(4), R191. <https://doi.org/10.1186/cc10348>

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta

Rekam Medis. (2016). RSUD S.K.

Lerik Kota Kupang Nusa Tenggara Timur

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (2013). *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.24065/risetkesehatan.dasarnasional.v13n1.1312013> Desember 2013

Robert, B. (2005). *Performance Management*. Jakarta : GM

Sedwick, M. B., Lance-smith, M., Reeder, S. J., & Nardi, J. (2012). Using Evidence-Based Practice to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia, 32(4).

Whitaker-Lea, W. A., & Valadka, A. B. (2017). Acute Management of Moderate-Severe Traumatic Brain Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2016.12.002>

LAMPIRAN 22

LEMBAR KONSULTASI



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

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192 Ext. 167 - Fax. (62) (0341) 364735
 http://skperawatan.fk.ub.ac.id e-mail: skperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Sertiy Sani Mahdilory
 NIM : 166070300111025
 Program Studi : Magister Keperawatan
 Judul Tesis : Analisis Pola yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melakukan Manajemen Care Bundle pada pasien Cedera kepala & Instabilitas Gaster Dorsal
 Pembimbing I : Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes
 Pembimbing II :

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
10/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	1, 2, 3, 4 dan 5	- Perbaiki penulisan bahasa asing - Interpretasi data berdasarkan An Lunto	
18/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Bab 6 dan 7	- Tambahkan referensi jurnal dalam pembahasan.	
16/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Bab 5, 6, dan 7	Perbaikan penulisan bahasa asing / Singing lean, perbaiki Analisa data (pramidi)	
10/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Bab 5, 6, dan 7	Interpretasi data sesuai artikel dan karakteristik keperawatan sesuai tingkatannya.	
10/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Abstract dan Manuskrip	Penulisan Abstract 250-300 kata - Interpretasi setiap tabel hasil penelitian	
10/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Abstract dan Manuskrip	- Penulisan referensi sesuai dgn list manus. dan perbaiki format penulisan	
10/04-2018	Dr. Ahsan, S.Kp, M. Kes	Bab 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 + lampiran		



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

Jalan Veteran Malang - 55145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 569117, 567192. Fax. (62) (0341) 564755
 http://skperawatan.fk.ub.ac.id e-mail : skperawatan@ub.ac.id

Form Tesis 04

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama : Serty Sani Maholony
 NIM : 166070300111029
 Program Studi : Magister Keperawatan
 Judul Tesis : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Melaksanakan Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala & Instansi Gawat Darurat
 Pembimbing I : Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS
 Pembimbing II : Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
04/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 1, 2, 3, 4 dan 5	- Tambahkan data epidemiologi cedera kepala & NPT - Spesifikasi hasil penelitian ke interpretasi data	
10/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 5	- Perbaiki uji statistik yang digunakan, sertakan dgn normalitas data	
14/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 6	- Tambahkan minimal 3 referensi/jurnal dan setiap variabel	
15/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 6 dan 7	- Fokus keterbatasan penelitian dan implikasi keperawatan	
18/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 6 dan 7	simpulan berdasarkan variabel	
17/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Abstract dan Manuskrip	Interpretasi tabel hasil penelitian - Tambahkan jurnal di pembahasan	
18/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Abstract dan Manuskrip	Perbaiki formatable penulisan	
19/04-2018	Ns. Mulhama D Fathoni, S.kep, MNS	Bab 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 + kesimpulan	Ace Upon STP	

LAMPIRAN 23

PLAN OF ACTION (POA) TESIS PENELITIAN

No	Kegiatan	2017				2018				
		September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1.	Persiapan Penyusunan Proposal									
2.	Penyusunan dan konsultasi proposal									
3.	Ujian Proposal									
3.	Revisi ujian proposal & Pengurusan ijin dan etik									
4.	Persiapan penelitian									
5.	Pelaksanaan penelitian (Pengumpulan data/ penyebaran kuesioner) 9 Januari - 9 Februari									
6.	Analisis Data									
7.	Konsultasi Hasil penelitian									
8.	Penyusunan dan konsultasi Manuskrip Jurnal									
9.	Ujian /Seminar Hasil penelitian									
10.	Publikasi Jurnal Internasional									
11.	Ujian Tutup									
12.	Acceptance Journal									

LAMPIRAN 24

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar: Pengisian kuesioner penelitian



Gambar: Pengisian kuesioner penelitian



Gambar: Pengisian kuesioner penelitian



Gambar: Observasi pelaksanaan manajemen care bundle



Gambar: Penyerahan surat keterangan selesai melakukan penelitian



Gambar: Penyerahan surat keterangan selesai melakukan penelitian



Gambar: Penyerahan surat keterangan selesai melakukan penelitian

LAMPIRAN 25

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Serly Sani Mahoklory, lahir di Dili 04 Oktober 1992, bertempat tinggal di Jalan Sumba Tuak Sabu RT.003

RW.010 Kelurahan Lasiana Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang. Pendidikan yang telah ditempuh yaitu: TK.

Kartika IX-16, Dili Timor-Timur lulus tahun 1997, SD

Inpres Lasiana, Kecamatan Kelapa lima, Kota Kupang lulus tahun 2004, SMP Negeri 2 Kupang lulus tahun 2007

SMA Negeri 1 Kupang lulus tahun 2010. Pada tahun 2014 lulus pendidikan sarjana Keperawatan dan tahun 2015 lulus dari pendidikan profesi Ners di STIKES Citra Husada Mandiri Kupang. Pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan program studi Magister Keperawatan peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

Sertifikat dan pelatihan yang pernah diikuti

No.	Nama Kegiatan	Penyelenggara	Status	Tahun
1.	Seminar Rapat Kerja Prov. NTT I	Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI NTT)	Peserta	2012
2.	Seminar nasional Undang-Undang Keperawatan Menjamin Pelayanan Keperawatan yang Aman bagi masyarakat Indonesia	Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI NTT)	Peserta	2012
3.	<i>The Recent Technics of Injury Treatment</i>	Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI NTT)	Peserta	2012
4.	Simulasi Penanganan Korban Bencana dan Kecelakaan	BNPB Prov. NTT, PMI Prov. NTT dan STIKES CHM-K	Peserta	2013
5.	Seminar Kesehatan Reproduksi Wanita	Universitas Nusa Cendana	Peserta	2013
6.	Kongres Nasional Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Ke-12	Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia Pusat	Anggota	2013
7.	Seminar nasional membangun kesehatan Jiwa	Persatuan Perawat Nasional Indonesia	Peserta	2013

- 
8. masyarakat NTT (PPNI NTT)
Workshop Essential Pain Ikatan Dokter Peserta 2013
Management Indonesia dan
Persatuan Perawat
Nasional Indonesia
(PPNI NTT)
 9. Seminar nasional sehat Universitas Nusa Peserta 2013
sejak muda menentukan Cendana
 10. Seminar cegah HIV AIDS, Komunitas aksi Peserta 2013
lindungi pekerja, keluarga kesehatan
dan bangsa Indonesia
 11. BPJS Kesehatan PT. Askes Cabang Peserta 2013
Kupang
 12. Seminar peran multisektor STIKES Citra Peserta 2013
membebaskan NTT dari Husada Mandiri
penyakit tropis terabaikan Kupang
 13. *Diabetes Symposium* Rumah Sakit Peserta 2013
Kartini
 14. Pratik Keperawatan Jiwa Rumah Sakit Jiwa Peserta 2015
Provinsi Bali
 15. Pelatihan Bantuan Hidup Rumah Sakit Peserta 2015
Dasar (BHD) Umum Pusat
Sanglah Denpasar
 16. Pelatihan *Basic Trauma and Yayasan Ambulans Peserta 2015*
cardiac life support Gawat Darurat 118
 17. Surat Tanda Registrasi Majelis Tenaga Nurse 2016
Perawat (STR) Kesehatan
Indonesia
 18. Integrasi peran perawat Program Studi Oral 2016
dalam optimalisasi program Magister *Presenter*
indonesia sehat dengan Keperawatan
pendekatan keluarga sehat Universitas Brawijaya
 19. Integrasi peran perawat Program Studi Panitia 2016
dalam optimalisasi program Magister
indonesia sehat dengan Keperawatan
pendekatan keluarga sehat Universitas Brawijaya
 20. Seminar ilmiah optimalisasi Fakultas Peserta 2016
peran laboratorium Brawijaya Kedokteran
diagnostik dalam penelitian Universitas Brawijaya
 21. Workshop Defibrilasi Pada PPNi Komisariat Peserta 2016
Jantung Universitas Brawijaya RS Putra Waspada
Kabupaten



- | | | | | |
|-----|---|--|-------------------|------|
| 22. | Update Kegawatdaruratan Pada Aritmia | Tulungagung
PPNI Komisariat
RS Putra Waspada
Kabupaten
Tulungagung | Peserta | 2016 |
| 23. | <i>The 3rd International Conference on Nursing (ICON)</i> | Faculty of Medicine
Universitas
Brawijaya | Participant | 2017 |
| 24. | <i>Oral Presentation The 3rd International Conference on Nursing (ICON)</i> | Faculty of Medicine
Universitas
Brawijaya | Participant | 2017 |
| 25. | Tatalaksana Perawat dalam Manajemen Bencana di Indonesia | Program Studi
Magister
Keperawatan
Universitas
Brawijaya | Panitia | 2017 |
| 26. | Tatalaksana Perawat dalam Manajemen Bencana di Indonesia | Program Studi
Magister
Keperawatan
Universitas
Brawijaya | Instruktur | 2017 |
| 27. | Workshop Legalitas Pelayanan Asuhan Praktek Mandiri Keperawatan Hypnotherapy Wound Pain and Akupressure | <i>Indonesia Care Center</i> | Peserta | 2017 |
| 28. | <i>Nurse Entrepreneur: Menghadapi Persaingan Masyarakat Ekonomi Asean 2017</i> | <i>Indonesia Care Center</i> | Peserta | 2017 |
| 29. | <i>Test of English Proficiency</i> | Pusat Pelayanan
Bahasa Universitas
Brawijaya | Peserta | 2017 |
| 30. | <i>Join Research and Publication with Porstmouth University, UK</i> | Faculty of Medicine
Universitas
Brawijaya | Oral
Presenter | 2018 |