

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

a. Pengertian

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi

sehari-hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Secara garis besar kegiatan di IGD rumah sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien.
- 2) Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 3) Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan.

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

- 1) Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
- 2) Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
- 3) Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.

- 4) Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
- 5) Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.
- 6) Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

b. Triase

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

- 1) Triase merupakan proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan.
- 2) Triase tidak disertai tindakan/intervensi medis.
- 3) Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/penyeleksian mana yang harus di dahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018):

- a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b) Dapat mati dalam hitungan jam
 - c) Trauma ringan
 - d) Sudah meninggal
- c. Prosedur Triase (Permenkes RI No. 47 tahun 2018)
- 1) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit
 - 2) Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - a) Menilai tanda vital dan kondisi umum Pasien
 - b) Menilai kebutuhan medis
 - c) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - d) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - e) Memprioritaskan penanganan definitif
 - 3) Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan gedung IGD rumah sakit).
 - 4) Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
 - a) Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi), pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Pasien kategori merah dapat langsung diberikan tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila

memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau di rujuk ke rumah sakit lain.

- b) Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan), pasien memerlukan tindakan defenitif tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.
- c) Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.
- d) Kategori hitam: prioritas nol pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah.

d. Fasilitas

Menurut Kemenkes (2012), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Ruang Penerimaan

- a) Ruang administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m²/petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, *safety box* dan peralatan kantor lainnya.
- b) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m²/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (*AC/Air Condition*).
- c) Ruang triase, ruang tempat memilah – milah kondisi pasien, *true emergency* atau *false emergency*. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.
- d) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan/ parker brankar pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.
- e) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri), ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah *drop off* dari ambulan dan sebelum memasuki area triase. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah *shower* dan sink lemari/rak alat dekontaminasi.

- f) Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal. Kenutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.

2) Ruang Tindakan

- a) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m². Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, *suction*, *trakeostomi set*, *bag valve mask*, kanul oksigen, *oksigen mask*, *chest tube*, ECG, *ventilator transport monitor*, *infusion pump*, *vena suction*, *nebulizer*, *stetoskop*, *warmer*, NGT, USG.
- b) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa, *dressing set*, *infusion set*, *vena section set*, *torakosintesis set*, *metalkauter*, tempat tidur, tiang infus, *film viewer*.
- c) Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/ meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu kumbah lambung set, EKG, irrigator, nebulizer, suction,

oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film viewer, ophtalmoskop, bronkoskopi, slit lamp.

- d) Ruang observasi, ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.
- e) Ruang pos perawat (*nurse station*), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, computer, dll.

3) Ruang Penunjang Medis

- a) Ruang petugas/staf, merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen, perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, pantry.
- b) Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.
- c) Gudang kotor, fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. *Spoolhoek* berupa bak atau kloset yang dilengkapi dengan leher angsa.

Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, kran air bersih.

- d) Toilet petugas, terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD.
- e) Ruang loker, merupakan ruang tempat menyimpan barang-barang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

2. Kepadatan

a. Pengertian

Kepadatan berasal dari kata padat yang artinya sangat penuh hingga tidak berongga (KBBI). Definisi lain dari kepadatan adalah sejumlah manusia dalam setiap unit ruangan (*Sundstrom dalam Wrightsman & Deaux, 1981*), sejumlah individu yang berada di suatu ruang atau wilayah tertentu dan lebih bersifat fisik (Holahan, 1982; Heimstra dan McFaring, 1978; Stokols dalam Schmidt dan Keating, 1978), suatu keadaan akan dikatakan semakin padat bila jumlah manusia pada suatu batas ruang tertentu semakin banyak dibandingkan dengan luas ruangnya (Sarwono, 1992).

b. Akibat Kepadatan

Kepadatan dapat mempengaruhi sikap, perilaku dan keadaan internal individu (Taylor dalam Guilford, 1982). Penelitian Valins dan Baum dalam Heimstra dan McFarling (1978), menunjukkan adanya hubungan yang erat antara kepadatan dengan interaksi antar individu. Ruang yang sempit dan terbatas bila tempati dengan jumlah individu

yang besar umumnya akan menimbulkan pengaruh negatif pada penghuninya (Jain, 1987).

Kepadatan tinggi merupakan *stressor* lingkungan yang dapat menimbulkan kesesakan bagi individu yang berada didalamnya (Holahan, 1982). Stressor lingkungan menurut Stokols (dalam Brigham, 1991), merupakan salah satu aspek lingkungan yang dapat menyebabkan stress, penyakit atau akibat-akibat negatif pada perilaku individu. Kepadatan memberikan akibat bagi manusia baik secara fisik, sosial maupun psikis. Akibat secara fisik yaitu reaksi fisik yang dirasakan individu seperti peningkatan detak jantung, tekanan darah dan penyakit fisik lain (Heimstra dan McFarling, 1978). Akibat psikis antara lain:

- 1) Stres, kepadatan tinggi menumbuhkan perasaan negatif, rasa cemas, stress (Jain, 1987) dan perubahan suasana hati (Holahan, 1982).
- 2) Menarik diri, kepadatan tinggi menyebabkan individu cenderung menarik diri dan kurang mau berinteraksi dengan lingkungan sosialnya (Heimstra dan McFarling, 1978; Holahan, 1982; Gifford, 1987).
- 3) Perilaku menolong, kepadatan tinggi menurunkan keinginan individu untuk menolong atau memberi bantuan pada orang lain yang membutuhkan, terutama orang yang tidak dikenal (Holahan, 1982; Fisher dkk., 1984).

- 4) Kemampuan mengerjakan tugas, situasi padat menurunkan kemampuan individu untuk mengerjakan tugas-tugas pada saat tertentu (Holahan, 1982)
- 5) Perilaku agresif, situasi padat yang dialami individu dapat menumbuhkan frustrasi dan kemarahan, serta pada akhirnya akan terbentuk perilaku agresi (Heimstra dan McFarling, 1978; Holahan, 1982).

3. Kepadatan IGD

a. Pengertian

Kepadatan atau dalam bahasa Inggris disebut *overcrowded* dapat diartikan penuh sesak atau terlalu penuh. Belum ada definisi universal mengenai *overcrowded* di IGD (Weiss, 2004). Kepadatan dalam layanan kegawat daruratan dapat diartikan kondisi ketika semua tempat tidur dalam IGD penuh, pasien ditempatkan di koridor IGD karena instalasi rawat inap penuh, IGD tidak menerima pasien baru atau mengalihkan ambulans yang akan datang, ruang tunggu IGD penuh, tenaga kesehatan di IGD merasa sibuk sekali dan waktu tunggu diperiksa dokter lebih dari satu jam (Hwang et al., 2011).

b. Faktor yang mempengaruhi kepadatan di IGD (Clark, 2009)

- 1) Kurang *bed* di IGD
- 2) Kompleksitas kasus IGD
- 3) Volume pasien meningkat
- 4) Kunjungan pasien tidak gawat

- 5) Kurangnya staf perawatan
 - 6) Kurangnya spesialis sebagai konsulen
 - 7) Kurangnya dukungan administratif
- c. Kapasitas IGD (*The Royal College of Emergency Medicine, 2015*)
- Merupakan kemampuan sistem IGD untuk memberikan layanan sesuai kemampuan dan perencanaannya. Kapasitas IGD mencerminkan :
- 1) Kebutuhan (*Demand*)
 - a) Jumlah pasien
 - b) Kompleksitas
 - c) Tingkat keparahan
 - d) Ketergantungan pasien
 - e) Lama tinggal pasien di IGD
 - 2) Kapasitas Fungsional
 - a) Pengelolaan staf / SDM
 - b) Efisiensi proses
 - c) Ukuran area IGD
 - d) Waktu tunggu pemeriksaan (TAT)
 - e) Budaya organisasi, misal : “*push*” vs. “*pull*”
- d. Penyebab kepadatan IGD (Asplin et al., 2003)
- 1) Input
 - a) Peningkatan jumlah rujukan pasien
 - b) Peningkatan kompleksitas kasus penyakit/cedera di masyarakat

- c) Kunjungan pasien yang tidak dalam keadaan gawat darurat di IGD
 - d) SPGDT belum optimal
- 2) Proses
- a) Respon petugas kesehatan, proses registrasi, triase, konsultasi, hasil tes diagnostik dan pengambilan keputusan yang lambat
 - b) Tidak tersedia brankar/tempat tidur di IGD
 - c) Pelayanan antar tim kesehatan yang tidak berkesinambungan
 - d) Miskoordinasi dalam tim kesehatan
 - e) Tim kesehatan yang tidak patuh pada prosedur
 - f) Desain bangunan IGD yang belum sesuai standar
 - g) Kuantitas dan kualitas sumber daya manusia yang kurang
- 3) Output
- a) Tidak tersedia tempat tidur pada instalasi rawat inap
 - b) Perubahan kondisi pasien yang tiba-tiba
 - c) Menunggu proses pemulangan pasien yang berada di instalasi rawat inap
 - d) Menunggu proses penyiapan serta pembersihan kamar ranap
 - e) Tingginya LOS pasien di instalasi rawat inap
 - f) Jumlah perawat di ruang perawatan belum sesuai kebutuhan
- e. Dampak kepadatan IGD (Schull et al., 2003; Affleck et al., 2013; Salway et al., 2017)
- 1) Meningkatnya mortalitas di rumah sakit khususnya IGD

- 2) Menurunkan perawatan klinis pada pasien
- 3) Meningkatnya *medical error*
- 4) Meningkatnya *Length Of Stay* (LOS)
- 5) Efek negatif bidang pada pendidikan dan penelitian
- 6) Ketidakmampuan melakukan evakuasi pada keadaan gawat darurat
- 7) Waktu tunggu pasien yang lama
- 8) Berkurangnya tingkat kepuasan pasien

f. Pengukuran Kepadatan IGD

NEDOCS (*National Emergency Department Overcrowding Scale*) adalah alat screening yang dapat digunakan dengan mudah dan cepat untuk menentukan derajat dari tingkat kepadatan IGD (Boyle et al., 2016). NEDOCS disebut juga alat pelacakan dan komunikasi untuk manajemen lonjakan pasien di pelayanan gawat darurat (Weiss, 2004). Pengertian lain dari NEDOCS adalah alat skrining yang dapat digunakan dengan mudah dan cepat untuk menentukan tingkat kepadatan IGD di rumah sakit (Hwang et al., 2011). NEDOCS terdiri dari tujuh komponen yaitu (Boyle et al., 2016) :

Variabel tetap :

1. Jumlah tempat tidur di IGD (b_{ED})
2. Jumlah tempat tidur di rumah sakit (b_h)

Variabel berubah :

1. Jumlah pasien IGD (L_{ED})
2. Jumlah pasien IGD dengan ventilator/respirator (L_{rp})

3. Jumlah pasien IGD yang sudah diputuskan ranap tapi masih berada di IGD/*boarding* (L_{admit})
4. Waktu terlama pasien IGD yang *boarding* dalam jam (W_{ED})
5. Waktu tunggu pemeriksaan dokter yang terakhir dalam jam (W_{admit})

Rumus NEDOCS, yang memberikan bobot pada variabel untuk menghasilkan skor adalah sebagai berikut: $NEDOCS = -20 + 85,8(L_{ED}/b_{ED}) + 600(L_{admit}/b_h) + 5,64 W_{ED} + 0,93 W_{admit} + 13,4 L_{tp=}$ (Boyle et al., 2016). Sedangkan penilaian skor dari NEDOCS dibagi menjadi 6 level, yaitu level 1 : tidak sibuk ($0 \leq NEDOCS < 20$), Level 2: Sibuk ($20 \leq NEDOCS < 60$), Level 3: Sangat sibuk tapi tidak penuh sesak ($60 \leq NEDOCS < 100$), Level 4: penuh sesak ($100 \leq NEDOCS < 140$), Level 5: Sangat penuh sesak ($140 \leq NEDOCS < 180$), Level 6: Berbahaya ($180 \leq NEDOCS$) (Boyle et al., 2016).

g. Implementasi NEDOCS

1. Tahap Persiapan (Khazaeni et al., 2015)

a. Membentuk tim yang terlibat dalam proses implementasi:

1) Petugas pengumpul data

2) Petugas pengolah data

b. Mendefinisikan / menyiapkan data variabel tetap :

1) Jumlah bed IGD : Jumlah tempat tidur resmi IGD

2) Jumlah bed RS : Jumlah tempat tidur resmi rumah sakit

c. Mendefinisikan / menyiapkan data variabel berubah

- 1) Jumlah pasien IGD : Jumlah pasien yang ada di IGD saat pengukuran
- 2) Jumlah pasien IGD dengan ventilator/respirator
- 3) Jumlah pasien IGD yang sudah diputuskan rawat inap tapi masih berada di IGD / *boarding*
- 4) Waktu terlama pasien IGD yang *boarding* (jam)
- 5) Waktu tunggu pemeriksaan dokter yang terakhir (jam) : Jam Pemeriksaan – Jam Daftar

2. Tahap Pengukuran (Khazaeni et al., 2015)

- a. Pengukuran dilakukan oleh perawat IGD yang berwenang.
- b. Minimal pengukuran dilakukan setiap operan jaga.
- c. Menetapkan percepatan interval pengukuran/pelaporan bila *level* NEDOCS meningkat (Misal pada level 4, lakukan pengukuran ulang pada 2 sampai 4 jam kemudian).
- d. Melakukan pengukuran kapanpun bila dinilai perlu/*urgent*.
- e. Hasil pengukuran : level 1 sampai dengan 6 sebagai berikut

Level 1 : Tidak sibuk	(0 - 20)
Level 2 : Sibuk	(21 - 60)
Level 3 : Sangat sibuk tapi tidak penuh sesak	(61 - 100)
Level 4 : Penuh sesak	(101 - 140)
Level 5 : Sangat penuh sesak	(141 - 180)
Level 6 : Berbahaya	(181 - 200)

4. Stres

a. Pengertian Stres

Stres adalah reaksi nonspesifik manusia terhadap rangsangan atau tekanan (stimulus stressor). Stres merupakan suatu reaksi adaptif, bersifat sangat individual, sehingga suatu stres bagi seseorang belum tentu sama tanggapannya bagi orang lain (Hartono, 2012). Perbedaan reaksi terhadap suatu rangsangan dapat terjadi karena stres merupakan persepsi individu terhadap situasi atau kondisi di dalam lingkungannya sendiri (NSC, 2003). Stres dihasilkan dari perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam, atau merusak keseimbangan seseorang (Smeltzer, 2012). Reaksi stres juga sangat dipengaruhi oleh tingkat kematangan berpikir, tingkat pendidikan, dan kemampuan adaptasi seseorang terhadap lingkungannya (Hartono, 2012)

Stres adalah kondisi fisik dan psikologis yang disebabkan karena adaptasi seseorang pada lingkungannya (Kasmarani, 2012). Dalam perkembangan selanjutnya ternyata dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (psikologi/psikiatrik) (Hawari, 2011).

Menurut Vincent, sebagaimana dikutip oleh Grant (2000) bahwa yang dimaksud stres adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan, yang dipengaruhi baik oleh lingkungan maupun penampilan individu di dalam lingkungan tersebut. Secara umum yang dimaksud stres adalah reaksi tubuh terhadap

situasi yang menimbulkan tekanan, perubahan, ketengangan emosi, dan lain-lain (Sunaryo, 2012).

b. Mekanisme Stres

Berbagai rangsangan baik secara fisik, kimiawi, psikologis, maupun psikososial yang merupakan ancaman gangguan pada sistem homeostasis tubuh dan dapat memicu response stres. Semua stressor dapat menimbulkan respon umum yang berefek sama apa pun jenis stressor nya. Respon tersebut adalah respon umum / *general adaption syndrome* dikendalikan oleh hipotalamus (Kadir, 2010).

Hipotalamus menerima masukan mengenai stresor fisik dan psikologis dari hampir semua daerah di otak dan dari banyak reseptor di seluruh tubuh. Sebagai respon hipotalamus secara langsung mengaktifkan sistem saraf simpatis. Mengeluarkan CRH untuk merangsang sekresi ACTH dan *kortisol*, dan memicu pengeluaran Vasopresin. Stimulasi simpatis pada gilirannya menyebabkan sekresi *epinephrine*, dimana keduanya memiliki efek sekresi terhadap insulin dan *glukagon* oleh pankreas. Selain itu *vasokonstriksi arteriole* di ginjal oleh *katekolamin* secara tidak langsung memicu sekresi rennin dengan menurunkan aliran darah (konsumsi oksigen menurun) ke ginjal. Renin kemudian mengaktifkan mekanisme rennin-angiotensinaldosteron. Dengan cara ini, selama stres, *hipotalamus* mengintegrasikan berbagai respon baik dari sistem saraf simpatis maupun sistem endokrin (Hole, 1981).

Menurut Reilly (1985), reaksi normal pada seseorang yang sehat pada keadaan darurat, yang mengancam jiwanya, akan merangsang pengeluaran hormon adrenalin, yang menyebabkan meningkatnya denyut nadi, pernapasan, memperbaiki tonus otot dan rangsangan kesadaran yang kesemuanya akan meningkatkan kewaspadaan dan siap akan kecemasan dan antisipasi yang akan dihadapi, untuk kembali pada keadaan yang normal setelah suatu krisis yang dihadapinya. Walaupun kondisi ini akan dilanjutkan dengan keadaan stres yang siap akan terjadinya suatu kerusakan pada tubuh (Kadir, 2010).

c. Tahapan Stres

Gejala-gejala stres pada diri seseorang sering kali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stres timbul secara lambat dan baru dirasakan apabila tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja maupun di lingkungan pergaulan sosialnya.

Hans (1950) memperkenalkan suatu konsep tentang stres yang dikenal dengan *General Adaptation Syndrom*. Ia menyatakan bahwa ada tiga fase yang dapat diidentifikasi bila seseorang terpapar stres, yaitu :

1. Tahap tanda waspada (*alarm*), dalam keadaan bahaya timbul ketegangan atau ketakutan tubuh memobilisasi sumber-sumber yang ada untuk meningkatkan aktivitas mekanisme pertahanan. Kelenjar-kelenjar dalam tubuh mengeluarkan adrenalin, cortisone dalam

- jumlah yang besar. Muncul reaksi emergensi yang dikenal dengan "melarikan diri atau menyerang".
2. Tahap resistensi (*resistance*), dimana tubuh berusaha beradaptasi dengan stres dan terjadi perlawanan terhadap stres. Mekanisme pertahanan bekerja secara maksimum untuk beradaptasi dengan stres. Apabila proses fisiologis telah teratasi maka gejala-gejala stres akan menurun, tubuh akan secepat mungkin berusaha normal kembali karena ketahanan tubuh ada batasnya dalam beradaptasi. Jika stresor berjalan terus dan tidak dapat diatasi/terkontrol maka ketahanan tubuh untuk beradaptasi akan habis dan timbul berbagai keluhan pada individu.
 3. Tahap kelelahan/kepayahan (*exhaustion*), terjadi bila fungsi fisik dan psikologis seseorang telah terganggu sebagai akibat selama fase resistensi. Bila reaksi ini berlanjut tanpa adanya pemulihan akan memacu terjadinya penyakit atau kemunduran dan orang tidak dapat mengatasi tuntutan lingkungan yang dirasakan. Fase ini terjadi akibat reaksi tanda waspada datang terlalu kuat atau sering dan berlangsung dalam waktu lama, kebutuhan energi untuk beradaptasi menjadi habis sehingga timbul kelelahan. Akibat yang ditimbulkan pada fase ini adalah ketidakmampuan menyelesaikan pekerjaan yang sederhana dan ringan, gangguan pencernaan berat, meningkatnya rasa takut dan cemas, bingung, dan panik.

d. Gejala Stres

Gejala stres menurut Beehr (1987) dalam Supardi (2007) dibagi menjadi tiga gejala yakni : gejala psikologis, gejala fisik dan perilaku.

Tabel 1.
Gejala-Gejala Stres Menurut Beehr

No.	Gejala Psikologis	Gejala Fisik	Gejala Perilaku
1.	Kecemasan, ketegangan	Meningkatnya nadi dan tekanan darah	Menunda, menghindari pekerjaan
2.	Bingung, marah sensitif	Meningkatnya sekresi Adrenalin	Produktivitas menurun
3.	Memendam perasaan	Gangguan lambung	Minuman keras
4.	Komunikasi tidak efektif	Mudah terluka	Perilaku sabotase
5.	Mengurung diri	Mudah lelah fisik	Absensi meningkat
6.	Depresi	Kematian	Banyak/kurang makan
7.	Merasa terasing	Gangguan Kardiovaskuler	Nafsu makan hilang
8.	Kebosanan	Gangguan pernapasan	Tindakan risiko tinggi
9.	Ketidakpuasan kerja	Sering berkeringat	kejahatan kriminalitas
10.	Lelah mental	Gangguan kulit	Interpersonal tidak baik
11.	Menurunnya intelektual	Kepala pusing	Cenderung bunuh diri
12.	Hilang daya konsentrasi	Kanker	
13.	Hilang kreatifitas	Ketegangan otot	
14.	Hilang semangat hidup	Sulit tidur	

Sumber : Supardi, 2007

5. Stres Kerja

Stres kerja merupakan keadaan psikologis yang mewakili ketidakseimbangan atau ketidaksesuaian persepsi seseorang mengenai tuntutan pekerjaan dan kemampuan mereka untuk mengatasi tuntutan tersebut. Pada lingkungan kerja, stres merupakan bahaya fisik dan respon emosional yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan dan cedera bagi para pekerja. Stres terjadi ketika persyaratan pekerjaan tidak sesuai dengan kemampuan, sumber daya, atau kebutuhan pekerja (NIOSH, 1999).

Stres kerja dihasilkan dari ketidaksesuaian antara tuntutan dan tekanan serta ketidaksesuaian dengan pengetahuan dan kemampuan. Situasi seperti ini tidak hanya berkaitan dengan tekanan pekerjaan yang melebihi kemampuan pekerja untuk mengendalikannya tetapi juga terkait dengan pengetahuan dan kemampuan individu yang tidak digunakan dengan baik sehingga memicu timbulnya masalah bagi mereka. Pekerjaan yang sehat seharusnya dapat menyesuaikan antara tekanan dengan kemampuan dan sumber daya yang dimiliki individu, kemampuan yang dimiliki untuk mengontrol pekerjaan, dan dukungan yang diterima dari orang-orang disekitarnya (WHO, 2013).

Pada dasarnya stres dapat dipandang dalam dua cara yaitu sebagai stres baik dan stres buruk (*distres*). Stres yang baik disebut sebagai stres positif yaitu situasi atau kondisi yang mampu memotivasi atau memberikan inspirasi, seperti situasi yang menyenangkan dan tidak dianggap sebagai ancaman bagi kesehatan seseorang. Sedangkan stres buruk (*distres*)

merupakan stres yang membuat seseorang menjadi marah, tegang, bingung, cemas, merasa bersalah atau kewalahan (NSC, 2013).

Stres buruk terbagi atau dua bentuk yaitu stres akut dan stres kronik. Stres akut merupakan stres yang muncul cukup kuat namun dapat menghilang dengan cepat. Sedangkan stres kronik merupakan stres yang tidak terlalu kuat namun dapat bertahan dalam jangka waktu yang cukup lama mulai dari sehari-hari, berminggu-minggu, hingga berbulan-bulan. Stres kronik yang terjadi berulang kali dapat memengaruhi kesehatan dan produktivitas seseorang (NSC, 2013)

a. Dampak dari Stres Kerja

Pengerahan mekanisme pertahanan tubuh bukanlah satu-satunya konsekuensi potensial yang timbul dari adanya kontak dengan stresor. Dampak stres sangat banyak dan beragam sehingga teridentifikasi 5 jenis konsekuensi dampak stres yang potensial. Kategori yang disusun meliputi (Gobel, 2014) :

- 1) Dampak subyektif : kecemasan, agresi, angkuh, kebosanan, keletihan, frustrasi, kehilangan kesabaran, rendah diri, gugup, dan merasa kesepian.
- 2) Dampak perilaku (*behavioral effects*) : kecenderungan mendapat kecelakaan, alkoholik, penyalahgunaan obat-obatan, emosi yang tiba-tiba meledak, makan berlebihan, merokok berlebihan, perilaku yang mengikuti kata hati, dan ketawa gugup.

- 3) Dampak kognitif : ketidakmampuan mengambil keputusan yang jelas konsentrasi yang buruk, rentang perhatian yang pendek, sangat peka terhadap kritik, dan rintangan mental.
- 4) Dampak fisiologis : meningkatnya kadar gula, meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah, kekeringan di mulut, berkeringat, membesarnya pupil mata, dan tubuh panas dingin.
- 5) Dampak organisasi : keabsenan, pergantian karyawan, rendahnya produktivitas, keterasingan dari rekan sekerja, ketidakpuasan kerja, menurunnya keikatan dan kesetiaan terhadap organisasi.

Dampak yang telah disebutkan hanya mewakili beberapa dampak potensial yang sering dikaitkan dengan stres. Akan tetapi, jangan diartikan bahwa stres selalu menyebabkan dampak seperti yang disebutkan di atas.

b. Cara Pengukuran Stres Kerja

Berbagai cara pengukuran stres telah digunakan oleh ahli psikologi. Namun, sebagian besar pengukuran digolongkan menjadi : *self-report*, *physiological*, dan *biochemical*. Berikut ini merupakan penjelasan masing-masing cara pengukuran tersebut Eysenck (2012) :

1. *Physiological Measure*

Cara pengukuran dilakukan untuk melihat perubahan yang terjadi pada fisik seseorang seperti perubahan tekanan darah, ketegangan otot-otot bahu, leher dan pundak, dan sebagainya. Cara ini sering

dianggap memiliki realibilitas paling tinggi, namun sangat tergantung pada alat yang digunakan dan pengukur itu sendiri.

2. *Biochemical Measure*

Cara pengukuran ini dilakukan untuk melihat respon kimia melalui perubahan kadar hormon kotekolamin dan kortikosteroid setelah pemberian suatu stimulus. Cara ini dianggap memiliki realibilitas yang tinggi, namun terdapat kelemahan apabila subjek penelitian adalah seorang perokok, peminum alkohol dan sering mengonsumsi kopi, karena pemberian stimulus tersebut juga dapat meningkatkan kadar hormon kotekolamin dan kortikosteroid.

3. *Self-report Measures*

Cara pengukuran ini merupakan yang paling sering digunakan oleh peneliti untuk menilai stres kerja akut maupun kronis. Pengukuran dilakukan dengan menanyakan intensitas pengalaman baik psikologis, fisiologis dan perubahan fisik yang dialami seseorang menggunakan kuesioner. Cara pengukuran ini terlihat masuk akal untuk menemukan sejauh mana tingkat stres yang dialami seseorang dengan menanyakan secara langsung. Selain itu, cara pengukuran ini dapat digunakan dengan mudah dan cepat. Cara pengukuran berupa *self-report measure* atau kuesioner dan wawancara memberikan informasi yang lebih spesifik tentang sumber stres kerja. Berdasarkan APA (2012) dan HSE (2014), beberapa instrumen pengukuran stres yang umum digunakan terdiri dari :

- a) *Occupational Stress Inventory-Revised Edition (OSI-R)*
- b) *Job Stress Survey (JSS)*
- c) *Job Content Questionnaire*
- d) *NIOSH Generic Job Stress Questionnaire*
- e) *The Workplace Stress Scale*

Tabel 2.
Instrumen Pengukuran Stres Kerja

Nama Instrumen	Penyusun	Kelebihan	Kekurangan
<i>Occupational Stress Inventory-Revised Edition (OSI-R)</i>	Osipow and Davis (1988)	Digunakan untuk mengukur tiga bidang yaitu <i>occupational stresss, psychological strain, and coping resources.</i>	
<i>Job Stress Survey (JSS)</i>	Spielberger (1994)	Digunakan untuk menilai tingkat keparahan dan frekuensifaktor lingkungan kerja yang berdampak pada keadaan psikologis pekerja	a. Faktor penilaian hanya pada lingkungan kerja dan dampaknya terhadap perubahan psikologis b. Validitas dan reabilitas diragukan
<i>Job Content Questionnaire</i>	Karasek (1985)	a. Dapat digunakan untuk mengukur risiko kerja yang berhubungan dengan penyakit jantung. b. Validitas dan reabilitas kuesioner sudah teruji	Hanya terfokus pada penilaian situasi psikologi dan sosial di lingkungan kerja
<i>NIOSH Generic Job Stress Questionnaire</i>	Hurrell & McLaney (1988)	a. Dapat digunakan untuk mengukur sumber stres yang berasal dari lingkungan kerja, di luar lingkungan kerja, serta faktor pendukung lainnya. b. Dapat digunakan untuk mengevaluasi stres pada kondisi akut dan kronis c. Reabilitas dan validitas instrumen telah teruji d. Tersedia dalam berbagai bahasa	Jumlah pertanyaan yang terlalu banyak
<i>The Workplace Stress Scale</i>	American Institute of Stress (AIS)	a. Dapat digunakan untuk mengukur tingkat stres kerja dengan interpretasi skor yang jelas. b. Sumber stres yang diukur berasal dari dalam lingkungan kerja	Hanya dapat digunakan untuk mengukur sumber stres yang terdapat di lingkungan kerja

NIOSH Generic Job Stress Questionnaire disusun oleh Hurrell dan McLaney. NIOSH dipilih menjadi kuesioner yang akan digunakan untuk mendapatkan data mengenai stres kerja perawat. Kuesioner ini terdiri dari 13 stresor pekerjaan yang disusun dari berbagai literatur stres kerja dengan skala yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner ini telah digunakan pada berbagai penelitian. Kelebihan dari kuesioner ini adalah dapat digunakan untuk mengukur sumber stres yang berasal dari lingkungan kerja, di luar lingkungan kerja, serta faktor pendukung lainnya, dapat digunakan untuk mengevaluasi stres pada kondisi akut dan kronis, reliabilitas dan validitas instrumen telah teruji, serta tersedia dalam berbagai bahasa. Sedangkan kekurangan pada kuesioner ini yaitu jumlah pertanyaan yang terlalu banyak (Nurazizah, 2017)

b. Faktor Risiko Stres Kerja

1. Faktor Pekerjaan

Faktor pekerjaan merupakan faktor yang meliputi lingkungan dan faktor dari pekerjaan itu sendiri. Menurut HSE (2014) dan ILO (2016), karakteristik pekerjaan yang dapat menyebabkan stres terdiri dari jumlah beban kerja, variasi beban kerja, kemampuan yang tidak digunakan, ketidakpastian pekerjaan, shift kerja, konflik peran, kurangnya kontrol, dan konflik interpersonal. Selain itu, terdapat beberapa faktor pekerjaan lain yang dijelaskan oleh Hurrell &

McLaney (1988) yaitu lingkungan fisik, kurangnya kesempatan kerja, tanggung jawab terhadap orang lain, dan tuntutan mental.

2. Faktor di Luar Pekerjaan

Faktor di luar pekerjaan merupakan faktor yang berhubungan dengan lingkungan di luar pekerjaan yang dapat mempengaruhi stres kerja pada seseorang (Hurrell & McLaney, 1988). Aktivitas di luar pekerjaan merupakan kategori pembangkit stres potensial mencakup segala unsur kehidupan seseorang yang dapat berinteraksi dengan peristiwa-peristiwa kehidupan dan kerja di dalam satu organisasi, dan dengan demikian memberi tekanan pada individu. Isu-isu tentang keluarga, krisis kehidupan, kesulitan keuangan, keyakinan-keyakinan pribadi dan organisasi yang bertentangan, konflik antara tuntutan keluarga dan tuntutan perusahaan, semuanya dapat merupakan tekanan pada individu dalam pekerjaannya, sebagaimana halnya stres dalam pekerjaan mempunyai dampak yang negatif pada kehidupan keluarga dan pribadi. Namun demikian, peristiwa kehidupan pribadi/dukungan sosial dapat meringankan akibat dari pembangkit stres organisasi dan kepuasan kerja dapat membantu individu untuk menghadapi kehidupan pribadi yang penuh stres (Munandar, 2001). Tuntutan dari luar pekerjaan berpengaruh positif terhadap stres kerja. apabila tuntutan dari luar mengalami peningkatan maka akan menyebabkan peningkatan pada stres kerja (Musangadah, 2015).

3. Faktor Individual

Faktor individual merupakan faktor yang berkaitan dengan pribadi seseorang. Menurut Hurrell & McLaney (1988), faktor individual terdiri dari umur, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja, kepribadian tipe A, dan penilaian diri.

4. Faktor Pendukung

Faktor pendukung merupakan kemampuan/keahlian dan semua sumber - sumber yang diperlukan untuk mengurangi dampak stres terhadap individu. Dukungan sosial merupakan faktor pendukung yang dapat mempengaruhi stres kerja seseorang (HSE, 2014; Hurrell & McLaney 1988). Dukungan sosial adalah kesenangan, bantuan, atau keterangan yang diterima seseorang melalui hubungan, formal dan informal dengan yang lain atau kelompok. Dukungan sosial dianggap mampu untuk melindungi atau menyangga individu dari konsekuensi negatif penyebab stres. Semakin tinggi dukungan sosial yang diberikan maka semakin sedikit keluhan tentang kesehatan yang ditimbulkan (Nurazizah, 2017).

Stres kerja dapat terjadi karena tidak adanya dukungan sosial yang mana bisa berupa dukungan dari lingkungan pekerjaan maupun lingkungan keluarga. Sehingga cenderung lebih mudah terkena stres. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya dukungan sosial yang menyebabkan ketidaknyamanan menjalankan pekerjaan dan tugasnya (Indah, 2010). Oleh karena itu dibutuhkan dukungan sosial yang

tinggi guna meminimalisir risiko terjadinya stres kerja. Dukungan sosial yang tinggi yang diberikan dari orang-orang disekitar perawat akan mampu menekan tingginya tingkat stres kerja yang terjadi di lingkungan kerja (Suryaningrum, 2015).

Sumber-sumber stres kerja dapat didefinisikan sebagai tekanan yang dialami oleh individu sebagai akibat dari faktor organisasi dan spesifik pekerjaan diikuti dengan tuntutan dan kendala yang telah ditempatkan pada mereka (Kahn, Wolfe, Quinn, & Snoek, 1964 dalam Essiam et al., 2015). Terdapat sumber - sumber stres yang lain berasal dari penelitian terdahulu yang secara khusus akan digunakan dalam penelitian ini yaitu oleh Essiam et al. (2015) yang terdiri dari 4 konstruksi, yaitu: peran yang berlebih; ambiguitas peran; lingkungan fisik; dukungan sosial (dukungan atasan dan dukungan rekan kerja).

- a) Peran yang berlebih, didefinisikan sebagai "memiliki terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu yang tersedia" (Beehr et al., 1976 dalam Zhao & Rashid, 2010).
- b) Ambiguitas peran, telah dijelaskan oleh Kahn et al. (1964) dalam Iqbal & Waseem (2012) sebagai satu atau beberapa peran yang menghadapi *role incumbent*, yang mungkin tidak jelas diartikulasikan (dikomunikasikan) dalam hal perilaku (aktifitas peran atau tugas/prioritas) atau tingkat kinerja.
- c) Lingkungan fisik, dianggap sebagai penentu utama dari produktivitas karyawan. Efek pencahayaan, suhu, kebisingan,

dan kondisi atmosfer pada produktivitas pekerja. Namun, tidak ada hubungan yang konsisten bisa dicatat antara komponen-komponen ini dari lingkungan kerja fisik (Srivastava, 2008).

- d) Dukungan sosial, mencakup dukungan atasan dan dukungan rekan kerja. Penelitian menjelaskan bahwa dukungan sosial yang rendah disertai dengan kondisi stres yang tinggi dapat meningkatkan ketidakpuasan kerja sementara dukungan sosial yang tinggi bermanfaat untuk kontrol pekerjaan dibandingkan dengan kondisi lain (Essiam et al., 2015).

6. Perawat

a. Pengertian Perawat (UU 38 Tahun 2014).

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

b. Hak Perawat (UU 38 Tahun 2014).

Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak:

- 1) Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2) Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari klien dan/atau keluarganya.

- 3) Menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan;
- 4) Menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- 5) Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

c. Kewajiban Perawat (UU 38 Tahun 2014).

Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban:

- 1) Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2) Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 3) Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
- 4) Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar;
- 5) Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;

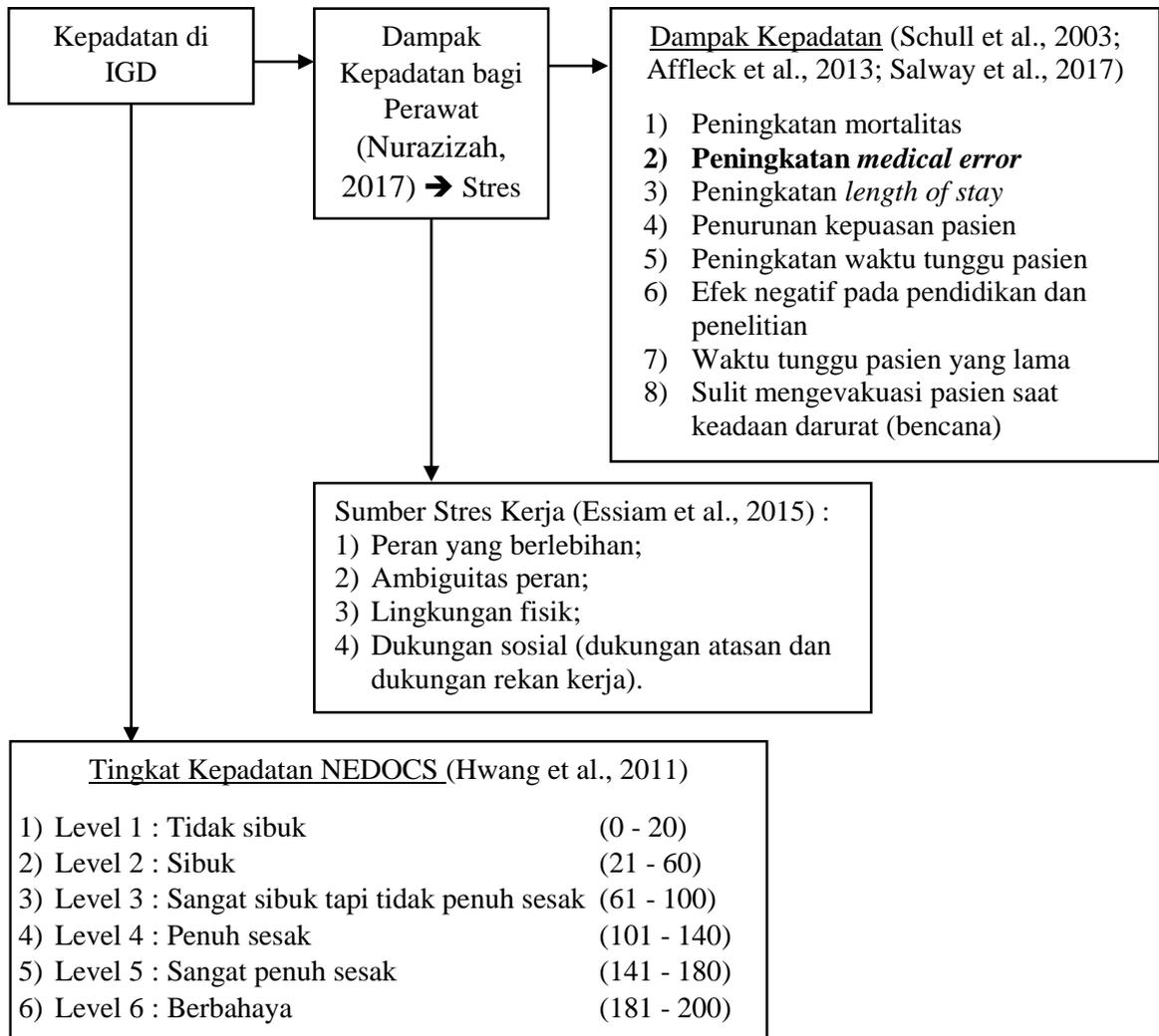
- 6) Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat; dan melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

d. Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan kepedulian yang mendalam dari seorang perawat terhadap pasien di rumah sakit. Pelayanan keperawatan bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok seoptimal mungkin dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya. Perawat harus mampu melakukan upaya promosi dan pemeliharaan kesehatan serta mencegah terjadinya penyakit (UU 38 Tahun 2014).

Gobel (2014), menyatakan bahwa manajemen keperawatan merupakan proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan, untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien. Kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit dapat dibagi menjadi keperawatan klinik dan manajemen keperawatan, kegiatan keperawatan klinik antara lain adalah pemberian motivasi dan dukungan emosi pasien, pemberian obat, komunikasi, menjalin hubungan dan menjaga lingkungan tempat perawatan. Sedangkan manajemen keperawatan adalah penanganan administratif, monitoring mutu pelayanan, ketenagaan dan lain-lain (Supardi, 2010).

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Kepadatan IGD dan Stres Kerja
 Sumber : Schull et al. (2003), Affleck et al. (2013), Salway et al. (2017),
 Hwang et al. (2011), Nurazizah (2017), Essiam et al. (2015)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Hubungan Tingkat Kepadatan di IGD dengan Stres Kerja Perawat

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

Ha : Ada hubungan tingkat kepadatan IGD dengan stress kerja perawat di IGD RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.