

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terkait

Penelitian ini dilakukan tidak lepas dari hasil penelitian-penelitian terdahulu yang pernah dilakukan. Berdasarkan review jurnal yang dilakukan oleh peneliti, sejauh ini belum terdapat penelitian tentang gambaran stress kerja pada ambulan gawat darurat di *Public Safety Center* 119 di kota Cirebon. Namun terdapat beberapa jurnal terkait dengan penelitian ini yaitu :

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Judul Penelitian	Desain & Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	“ <i>Factors associated with Job Stress Among Ambulance Nurses in Bangkok</i> ” (Sakkomonsri et al., 2016)	Penelitian ini menggunakan sebuah survey <i>cross sectional multistage random sampling</i> dilakukan di rumah sakit jaringan Sembilan zona EMS Bangkok, data dikumpulkan antara Desember 2015 dan Februari 2016 sebanyak 245 perawat ambulan rumah sakit jaringan di Sembilan zona EMS Bangkok yang memiliki setidaknya 40 jam pelatihan EMS dan setidaknya enam bulan pengalaman kerja	Hasil penelitian sebanyak 245 perawat ambulan terdaftar dalam (33,5%) perawat ambulan mengalami stress kerja yang tinggi.	Penelitian (Sakkomonsri et al., 2016) dan penelitian ini sama-sama meneliti tentang stress kerja pada perawat ambulan dan sama-sama menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Penelitian (Sakkomonsri et al., 2016) adalah penelitian dengan <i>multistage random sampling</i> , variabel, dan tempat penelitian sedangkan penelitian ini adalah penelitian <i>non experimental</i> .

		di ambulan dipilih sebagai sampel.			
2	“Fenomena Tingkat Stress yang Berperan Ganda di Ambulan Gawat Darurat Dinkes DKI Jakarta Tahun 2017” (Herlina, 2017)	Penelitian ini adalah menggunakan <i>deskripsi</i> dengan penelitian ini dilakukan dengan cara mengobservasi langsung responden dengan memperhatikan gejala fisiologis yang terjadi pada kondisi stress atau tekanan karena kondisi pasien emergency. Sampel dalam penelitian ini 67 responden yaitu perawat ambulan gawat darurat yang berperan ganda (perawat sekaligus sebagai driver) penelitian ini dilakukan selama 1 bulan yaitu mulai Januari sampai Februari 2017.	Hasil analisa univariat rata-rata tingkat stres yang diukur pada saat sebelum proses dan setelah kegiatan ialah menunjukant ingkat stress responden meningkat pada saat proses pertolongan pasien atau menuju rumah sakit. Dengan nilai rata-rata yang didapat sebesar 0,74.	Penelitian (Herlina, 2017) sama-sama meneliti tentang stress kerja pada perawat ambulan dan sama-sama menggunakan metode <i>deskriptif</i> .	Perbedaan penelitian ini terletak pada variabel, metode penelitan, dan tempat penelitian sedangkan penelitian ini tidak menggunakan <i>analisa univariat</i> .
3	“ <i>Managing Stress In Prehospital Care: Strategies Used By Ambulance Nurses</i> ” (Bohström et al., 2017)	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif berdasarkan <i>Critical Incident Technique (CIT)</i> dengan menggunakan teknik kejadian kritis menggunakan metode penelitian yang sistematis dan induktif untuk	Penelitian ini menunjukan bahwa perawat ambulans pada umumnya mengalami panggilan gawat darurat sebagai stres. Keadaan yang tidak jelas	Persamaan penelitian dari (Bohström et al., 2017) ini sama-sama menjelaskan stres kerja perawat ambulans dan sama-sama menggunakan metode deskriptif.	Perbedaan dari penelitan ini terletak pada variabel, tempat, dan metode penelitian.

mendapatkan gambaran tentang perilaku manusia dalam situasi kritis. Data dari wawancara, kuesioner, observasi dan selfreports dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi tentang insiden , dalam penelitian ini peserta yang diwawancarai diberi kesempatan untuk mengungkapkan insiden kritis yang disukai dan kurang disukai dari pengalaman mereka bekerja. Jumlah insiden dapat bervariasi, tergantung pada sensitivitas dan kompleksitas konteks yang diteliti dan dapat dianggap memuaskan ketika saturasi data diperoleh. Pemelihan peserta didasarkan dari konteks yang di pelajari yaitu karakteristik sosio-demografis, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja. sampel yang digunakan minimal sepuluh tahun bekerja sebagai perawat ambulans. Penelitian ini	meningkatkan tingkat stres, dengan kasus-kasus yang melibatkan pasien anak-anak dan persalinan itu menjadi stres yang khusus. Sedangkan dengan bantuan dan informasi yang akurat dapat mengurangi stres, melakukan diskusi dengan rekan kerja secara langsung setelah penugasan dapat mengurangi tingkat stres dan kolaborasi dengan tim singkat lanjut dengan rekan satu tim dipandang sebagai cara yang efektif untuk mengurangi stres. Menekannka n perlunya bahwa menerima informasi yang benar dan jelas dari pusat pengiriman
--	---

		dilakukan di Swedia Barat, dan data dikumpulkan dari 15 perawat ambulans. Untuk menggeneralisasi hasil harus dilakukan study yang lebih luas, berdasarkan data dari wilayah geografis yang lebih luas dan dengan lebih banyak peserta.	dan metode yang efektif untuk menemukan alamat yang benar. Para peserta menganggap diskusi dengan rekan kerja sebagai pengurangan stres.		
4	“ <i>Health Problems And Work-Related Stres In Swedish Ambulance Personnel</i> ” (Karlsson et al., 2020)	Penelitian ini menggunakan tiga studi <i>cross-sectional</i> eksperimental mengevaluasi bagaimana faktor dan elemen yang dapat dianggap sebagai relatif pekerjaan khusus untuk perawatan pra-rumah sakit mempengaruhi personil ambulans dengan berkaitan dengan stres dalam bentuk peningkatan detak jantung dan sekresi kortisol. Sedangkan belajar IV dilakukan sebagai studi register untuk mengetahui apakah personil ambulans lebih terpengaruh oleh masalah kesehatan dari pada kelompok pekerja lain. sampel dalam penelitian ini	Dalam penelitian ini pada studi I ditunjukkan bahwa penggunaan alat bantu angkat mengurangi stres terukur dalam bentuk penurunan detak jantung dan penurunan kortisol level, studi II menunjukkan bahwa personil ambulans stres karena tes yang tidak diketahui padahal wanita memiliki kadar kortisol saliva tertinggi sebelum trier sosial	Persamaan penelitian dari (Karlsson et al., 2020) ini sama-sama meneliti stres kerja pada perawat ambulans	Perbedaan dari penelitian ini terletak pada variabel, desain penelitian dari (Karlsson et al., 2020) menggunakan kuantitatif tes eksperimental, tempat penelitian

<p>studi I, II, II 164 responden dan study IV dengan dua grup kontrol dengan jumlah total peserta 13.543 peserta, penelitian ini dilakukan selama empat belas bulan September 2012 – Oktober 2013. Studi I menggunakan tes fisik, studi II menggunakan tes stres teoritis yang terbukti baik, TSST-Trier, tes stres sosial, studi III dilakukan selama alarm prioritas-1 nyata. Lima alarm pertama yang terjadi selama studi diukur pada tes ini peserta diwajibkan memakai jam tangan detak jantung meyang mencatat jantung menilai setiap 15 menit selama rentang waktu ketika kortisol saliva berada dikumpulkan. Dan study IV studi register longitudinal dimana data tentang kode-ICD di kumpulkan dari statistik Swedia dan Dewan Kesehatan Nasional dan</p>	<p>sedangkan nilai tertinggi uji stres untuk laki-laki terjadi 10 - 20 menit setelah uji, studi III menunjukkan bahwa ada peningkatan detak jantung selama prioritas -1 alarm yang tidak dikaitkan dengan aktivitas fisik hal ini ditujukan bahwa kecelakaan lalu lintas, dengan pasien serangan jantung membutuhkan PCI akut atau trombektomi dan alarm tentang anak-anak yang menghasilkan onset stres tinggi dilihat sebagai peningkatan kadar kortisol yang berkepanjangan, dan studi IV menunjukkan bahwa</p>
--	--

	Kesejahteraan.	personil ambulan di Swedia beresiko terkena penyakit seperti aritmia jantung dan cedera seperti artosis lutut, desorpati dan gangguan diskus intervertebra lis lebih besar dibandingka n dengan pekerja perawatan kesehatan lainnya.			
5	“ <i>Stress and Burnout Among Red Crescent Paramedic Ambulance Wokers in Riyadh</i> ” (Enazi & Enzie, 2018)	Penelitian ini menggunakan metodologi sebuah studi cross-sectional dilakukan pada pekerja ambulans yang bekerja di pusat Bulan Sabit Merah Saudi di empat wilayah provinsi Ar-Riyadh Arab Saudi. Populasi studi dan area studi sebanyak 55 pusat dari 21 sampel yang proporsional dari pusat Balan Sabit Merah dari setiap kabupaten ditarik secara acak, pengambilan data mengunkan	Sebanyak 627 karyawan berpartisipasi dalam penelitian 95% peserta, teknisi medis darurat 46,7% peserta, peserta yang telah bekerja dari 3 tahun menjadi kurang dari 6 tahun dan 2,6% yang bekerja dari 12 tahun, pekerja pemanen penuh waktu sebanyak 41,6% dan	Persamaan dari penelitan ini adalah sama-sama meneliti stres kerja dan sama-sama menggunakan pendekatan cross-sectional.	Perbedaan penelitian ini terletak pada variabel, , dan tempat penelitian.

dengan pertanyaan struktur tentang informasi sosiodemografi, kondisi kerja, tingkat kelelahan dan stres kerja yang dimasukkan dalam kuesioner yang dibagikan ke paramedis yang berada di pusat yang bekerja dengan shift 12 jam bergilir 64,6%. Sesuai dengan hasilnya ditemukan dalam penelitian ini, risiko stres, kecemasan, dan depresi yang dihadapi oleh seseorang para medis adalah biasanya terkait dengan jam kerja yang panjang, keadaan darurat yang tidak terduga, dan perubahan pola tidur.

B. Tinjauan Teori

1. Konsep Pelayanan Kegawat Daruratan

Pelayanan gawat darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh korban/pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Korban atau pasien gawat darurat yang dimaksud disini adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera (Kemenkes, 2016).

Emergency Medical Services (EMS) atau layanan Kegawatdaruratan Medis dapat didefinisikan sebagai sistem yang komprehensif yang menyediakan pengaturan personil, fasilitas dan peralatan untuk pengiraman yang efektif, terkoordinasi dan tepat waktu dari layanan kesehatan dan keselamatan untu korban penyakit mendadak atau cedera. Tujuan EMS berfokus pada pemberian perawatan tepat waktu kepada korban kecelakaan atau keadaan darurat yang tiba-tiba dan mengancam jiwa untuk mencegah kematian yang tidak perlu atau morbiditas jangka panjang. Fungsi EMS dapat di sederhanakan menjadi empat komponen utama yaitu mengakses perawatan darurat, perawatan di masyarakat, perawatan dalam perjalanan, dan perawatan saat tiba untuk menerima perawatan difasilitas perawatan kesehatan (Maryantika, 2019).

Terwujudnya pelayanan kegawatdaruratan yang optimal dibuatlah sesuatu sistem yaitu Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT) selanjutnya SPGDT di wujudkan dalam bentuk layanan *Public Safety Center* (PSC) yang dikomandoni oleh National Command Center (NCC). Sistem Penanggulangan Gawat Darurat adalah suatu mekanisme pelayanan korban/pasien gawat darurat yang terintegrasi dan berbasis *call center* dengan menggunakan kode akses 119 (Kemenkes, 2016).

Menurut (Senapathi, 2020). Transport pasien/korban dalam keadaan kritis yaitu diperlukan kendaraan standar dalam memindahkan pasien gawat darurat, ambulans adalah kendaraan darat yang paling sering digunakan. Ambulans adalah alat transportasi gawat darurat medis

khusus orang sakit atau cedera, dari suatu tempat ketempat lain guna perawatan medis. Istilah ambulan digunakan untuk membawa peralatan medis kepada pasien diluar rumah sakit atau memindahkan pasien kerumah sakit untuk perawatan lebih lanjut. Kendaraan ini dilengkapi dengan sirene dan lampu berwarna merah gawat darurat agar dapat menebus kemacetan lalu lintas, yang ini merupakan salah satu prioritas dilalui lintas dan memiliki hak untuk melanggar peraturan lalu lintas dan memiliki hak untuk melanggar peraturan lalu lintas seperti menobros lampu merah, melawan rah, dan melalui jalur bahu jalan, dan sudah dijelaskan dalam undang-undang perlalulintasan bahwa kendaran seperti ambulan dan kegawat daruratan yang lainnya harus diberi kenyamanan dan diberi lintasan untuk dijalan raya menyelamatkan nayawa orang (Herlina, 2017).

1. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)

SPGDT adalah suatu sistem berupa kordinasi dari sektor kesehatan yang didukun oleh sektor lain kegiatan kelompok profesional pada keadaan kedaruratan medis sehari-hari (SPGDT-S) dan pelayanan medis pada saat kejadian bencana (SPGDT-B).

Menurut (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

- a. Pelayanan kesehatan (*Health Service*) dalam SPGDT (IEMSS) meliputi :

- 1) Sistem pelayanan pra-Rumah Sakit (*Prehospital medical services system*).
- 2) Sistem pelayanan di Rumah Sakit (*Hospital service system*).
- 3) Sistem pelayanan antar Rumah sakit (*Interhospital service system*).

b. Fator-faktor yang berpengaruh dalam sistem

antara lain :

- 1) Demografi (jumlah penduduk, distribusi penduduk).
 - 2) Geografi
 - 3) Kesiapansiagaan masyarakat
 - 4) Transpotasi
 - 5) Komunikasi
 - 6) Fasilitas pelayanan kesehatan (Pemerintah/Rumah Sakit Swasta, pelayanan kesehatan primer).
- 1) Demografi & Geografi

Keadaan kedaruratan maupun Bencana terjadi di daerah padat penduduk berbeda dengan daerah yang memiliki berpenduduk jarang, misal di kepulauan. Ada atau tidak infra struktur dan sarana transpotasi (jalan raya, kapal, pesawat), komunikasi khususnya di daerah terpencil, pedalaman, kepulauan.

2) Kesiapsiagaan masyarakat

Strategi masyarakat dalam memberikan pertolongan pertama dengan kasus gawat darurat dalam keadaan sehari-hari atau pada saat terjadi bencana terutama menghadapi korban dalam jumlah banyak. Sehingga diperlukan pelatihan kepada masyarakat awam atau ke kelompok awam khusus (petugas kepolisian, pemadam kebakaran, tim *rescue*, relawan dll) itu dapat disebut sebagai *medical first responder*.

3) Transpotasi

Dipengaruhi oleh infrastuktur di daerah, keadaan geografi dan jenis transpotasi yang tersedia. Ambulan darat atau ambulans jalan raya untuk ketersediaan jalan raya di daerah-daerah seperti Pulau Jawa – Sumatra dengan jarak jangkauan maksimal dua jam dari fasilitas kesehatan. Untuk daerah kepulauan atau tidak tersedia jalan raya jarak jangkauan dua jam diperlukan ambulans udara (helikopter) sedangkan untuk jarakjangkau lebih dari dua jam menggunakan ambulans udara berupa pesawat *fixed wing*. Tetapi halini masih sulit tersedia di Indonesia karna biaya yang mahal.

Untuk daerah kepulauan atau dengan kepulauan dengan sungai besar dapat disiapkan menggunakan ambulan air (kapal) tetapi ini tidak mudah, untuk sungai tergantung arus sungai dapat dilalui atau tidak, untuk kapal laut juga sangat tergantung

tinggi gelombang. Sehingga pilihan pelayanan melalui udara lebih baik tetapi memerlukan pelayanan transportasi terpadu Helikopter dan ambulans jalan raya serta memerlukan area pendaratan.

4) Komunikasi

Semua sarana komunikasi yang tersedia disuatu wilayah atau daerah harus dapat dimanfaatkan dan dikoordinasi dalam sistem pelayanan gawat darurat. Untuk sarana telepon diperlukan nomor panggil kegawat daruratan yang di kelola dalam satu koordinasi.

5) Fasilitas pelayanan

Keadaan kedaruratan maupun Bencana terjadi di daerah di pengaruhi oleh ada /tidak rumah sakit bila tidak ada rumah sakit, diperlukan kebijakan pemerintah pusat atau daerah dengan beberapa alternatif memperkuat pelayanan transportasi rujukan atau memperkuat pelayanan kegawatdaruratan di Puskesmas antara lain peningkatan sarana prasarana termasuk sistem komunikasi, meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM, melengkapi peralatan medis gawat darurat.

c. Pelayanan Kesehatan Gawat Darurat Pra Rumah Sakit

Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi Pelayanan Kasus Emergensi/Gawat Darurat sebagai berikut :

1) Penanganan oleh awam khusus

Prinsip penanganan penderita gawat darurat adalah tepat, cepat dan cermat dalam upaya penyelamatan jiwa dan mencegah kecacatan. Orang yang berada di tempat kejadian merupakan penentu keselamatan korban, yang diharapkan dapat melakukan sesuatu untuk mencegah kematian atau kecacatan akibat keadaan gawat darurat. Pada kasus emergensi pemerintah daerah bekerja sama dengan instansi terkait seperti Rumah Sakit, PMI maupun LSM yang terakreditasi. Sasarannya adalah masyarakat yang terlatih (kemudian disebut menjadi awam khusus) mampu memberikan pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat terutama tentang cara pembebasan jalan nafas, memberikan nafas buatan, pijat jantung, balut bidai, memindahkan pasien dan mampu melakukan komunikasi minta tolong.

2) Pusat Pelayanan Ambulan

Pusat pelayanan ambulans seharusnya sudah dapat di bentuk disetiap daerah/wilayah dan pusat ini bertanggung jawab memberikan respons terhadap permintaan bantuan khusus gawat darurat, misalnya memberangkatkan ambulans untuk membawa pasien yang membutuhkan. Ambulans harus disertai dengan kru dan peralatan yang dapat dilakukan untuk

memberikan pelayanan kegawat daruratan selama perjalanan. Pusat ini juga dapat memberikan layanan untuk pemberian sarn menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat.

3) Pelayanan Ambulan

Jenis ambulans dapat dikelompokan berdasarkan jenis kendaran transpotasinya misal; ambulans udara (helikopter atau *fixed wing*), ambulans laut (kapal) ambulans air untuk sungai dan jalan raya.

4) Koordinasi Pelayanan

Koordinasi dengan pelayanan kegawat daruratan terpadu sebelumnya sangat penting misalnya pelayanan ambulans dengan polisi atau pemadam kebakaran adalah orang yang sering pertama kali berada di lokasi kejadian dan seharusnya sebagai penolong pertama mereka memiliki pengetahuan dan peralatan untuk pertolongan pertama sampai dengan *basic life support*, dan bertugas memberikan pertolongan sebelum tim medis atau pelayanan ambulans datang.

5) Pelayanan kasus gawat darurat pra-Rumah Sakit atau disebut dengan pelayanan gawat darurat di luar rumah sakit(O-H-EMS / *Out Hospital Emergency Medical Services*).

Pelayanan ini meliputi pelayanan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan primer, pada pos P3K, pelayanan oleh organisasi relawan (*Volunter*), pelayanan medis pada klinik swasta. Termasuk pelayanan pada pusat pelayanan ambulans yaitu pelayanan permintaan ambulans dan memberikan respon serta manajemen pelayanan dari satu tempat ke fasilitas kesehatan. Di Indonesia pelayanan ambulans sudah berkoordinasi dengan pemerintah daerah (kabupaten/kota) melalui layanan komunikasi telpon panggil (*public telephone call number*) seperti *Public Safety Center* 119 (PSC 119).

2. *Public Safety Center* (PSC)

PSC merupakan pusat pelayanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan yang berada di kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat. PSC ini berada dibawah NNC (*National Command Center*). PSC dapat berupa unit kerja sebagai wadah koordinasi untuk memberikan pelayanan gawat darurat secara cepat, tepat dan cermat bagi masyarakat.

Dalam prosesnya, PSC melayani masyarakat selama 24 jam sehari secara terus menerus Penyelenggara PSC dapat dilaksanakan bersama-sama dengan unit teknis lainnya diluar bidang kesehatan seperti kepolisian atau pemadam kebakaran tergantung kekhususan dan

kebutuhan daerah. PSC bagian utama dari rangkaian kegiatan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat (SPGDT) prafasilitas pelayanan kesehatan yang berfungsi melakukan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan yang ada dalam sistem aplikasi *Call Center* 119. PSC berlokasi di tempat-tempat seperti dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit atau lokasi lain yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Kota (Kemenkes, 2016).

a. Fungsi PSC

Berikut fungsi dari PSC, antara lain.

- 1) Pemberi pelayanan Korban/Pasien Gawat Darurat dan/atau pelapor melalui proses triase (pemelihan kondisi Korban/Pasien Gawat Darurat)
- 2) Pemandu pertolongan pertama (*first aid*)
- 3) Pengevakuasi Korban/Pasien Gawat Darurat
- 4) Pengkoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan

b. Tugas PSC

Selain fungsi diatas, PSC juga memiliki tugas sebagai berikut :

- 1) Menerima terusan (*dispath*) panggilan kegawat daruratan dari pusat Komando Nasional (*National Command Center*).
- 2) Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawat daruratan.
- 3) Memberikan pelayanan ambulans.
- 4) Memberikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan.

5) Memberikan informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit.

c. Ketenagaan PSC

Penyelenggara PSC dalam SPGDT tentu membutuhkan ketenagaan yang berkompeten. Ketenagaan tersebut meliputi koordinator, tenaga kesehatan, operator *call center* dan tenaga lain.

Berikut penjelasan dari masing-masing ketenagaan di PSC:

1) Koordinator

Koordinator memiliki tugas menggerakkan tim ke lapangan jika ada informasi adanya kejadian kegawat daruratan dan mengkoordinasikan kegiatan dengan kelompok diluar bidan kesehatan.

2) Tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan yang dimaksud disini termasuk tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga bidan yang telah terlatih kegawatdaruratan. Tenaga kesehatan memiliki tugas memberikan pertolongan gawat darurat dan stabilisasi bagi korban dan mengevakuasi korban ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya.

3) Operator *Call Center*

Operator *Call Center* di PSC merupakan petugas penerima panggilan dengan kualifikasi minimal tenaga kesehatan. Operator *Call Center* bekerja dengan pembagian waktu sesuai dengan kebutuhan. Operator *Call Center* memiliki tugas menerima dan menjawab panggilan yang masuk ke *call center*, mengoperasikan komputer dan aplikasinya serta menginput di sistem aplikasi *call center* 119 untuk panggilan darurat.

4) Tenaga lain

Tenaga lain yang dimaksud disini adalah tenaga yang mendukung penyelenggara PSC (Kemenkes, 2016).

d. Sistem Penanganan Pasien Gawat Darurat

Penanganan korban/pasien gawat darurat telah dituliskan didalam suatu sistem yaitu sistem penanganan korban/pasien gawat darurat sistem ini terdiri dari 3 penanganan, yakni.

1) Penanganan prafasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan prafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan pertolongan terhadap korban/pasien gawat darurat yang cepat dan tepat di tempat kejadian sebelum mendapatkan tindakan di fasilitas kesehatan. Tindakan pertolongan dilakukan oleh tenaga kesehatan dari PSC. Penolong harus memperhatikan kecepatan penanganan

korban/pasien dan selama penolong belum sampai di lokasi pasien maka pemberian pertolongan hanya dapat diberikan dengan panduan operator *call center*.

2) Penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan intrafasilitas pelayanan kesehatan merupakan pelayanan gawat darurat yang diberikan kepada pasien didalam fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan gawat darurat. Pelayanan ini dilakukan melalui suatu sistem dengan pendekatan multi disiplin dan multiprofesi.

3) Penanganan antarafasilitas pelayanan kesehatan

Penanganan antarafasilitas pelayanan kesehatan merupakan tindakan rujukan terhadap korban/pasien gawat darurat dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu.

e. Sistem Transpotasi Gawat Darurat

Sistem transpotasi gawat darurat dapat diselenggarakan oleh PSC dan/fasilitas pelayanan kesehatan. Transpotasi yang digunakan merupakan ambulans gawat darurat. Pelayanan ambulans gawat darurat yang dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

f. Alur Penyelenggara SPGDT Melalui *Call Center* (NNC dan PSC)

Adapun penyelenggara SPGDT melalui *Call Center* 119 dan PSC adalah:

- 1) Operator *Call Center* di pusat Komando Nasional (*National Command Center*) akan menerima panggilan dari masyarakat di seluruh Indonesia.
- 2) Operator *Call Center* akan menyaring panggilan yang masuk tersebut.
- 3) Operator *Call Center* akan mengidentifikasi kebutuhan layanan dari penelpon.
- 4) Telpon yang bersifat gawat darurat akan diteruskan ke PSC kabupaten/kota.
- 5) Selanjutnya penanganan gawat darurat yang dibutuhkan akan ditindak lanjuti oleh PSC kabupaten/kota.
- 6) Telpon yang bersifat membutuhkan informasi kesehatan lainnya dan pengaduan kesehatan akan diteruskan/dispatch ke Halo Kemenkes (021-5000567).
- 7) Penanganan gawat darurat di PSC kabupaten/kota meliputi penanganan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritma, kebutuhan informasi tempat tidur, informasi fasilitas kesehatan terdekat, dan informasi ambulans.

8) PSC berjejaring dengan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan lokasi kejadian untuk mobilisasi ataupun merujuk pasien guna mendapatkan penanganan gawat darurat.

g. Sistem Rujukan PSC 119 kota Cirebon

Sistem rujukan di PSC119 kota Cirebon dengan cara panggilan masuk Call 119 lalu ada delapan prosedur atau langkah - langkah sistem rujukan diantaranya ;

- 1) Petugas melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis.
- 2) Petugas menginformasikan kepada keluarga pasien tentang diagnosis, terapi dan/atau tindakan medis yang dilakukan, rencana rujukan, berikut alasan dan tujuan rujukan dan resiko apabila tidak dirujuk.
- 3) petugas meminta persetujuan/penolakan (*informed consent*) untuk tindakan rujukan dari keluarga pasien.
- 4) Petugas melakukan komunikasi dengan fasyankes penerima rujukan dan memastikan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat.
- 5) Petugas menyiapkan transportasi rujukan dan petugas kesehatan sebagai pendamping.
- 6) Petugas yang mendampingi membantu keadaan pasien selama perjalanan rujukan.

- 7) Apabila terjadi kegawatdaruratan pasien selama perjalanan petugas pendamping harus melakukan tindakan penanganan sesuai kompetensinya dan apabila tidak dapat ditangani petugas wajib mencari bantuan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.
- 8) Sesampainya di tempat penerima rujukan, dilakukan serah terima pasien yang ditangani dengan bukti serah terima pasien yang ditandatangani oleh petugas penerima dan di stempel oleh institusi penerima rujukan.

3. Perawat Ambulan

Pelayanan ambulans tidak bisa dipisahkan dari kemampuan petugas ambulans. Petugas ambulans adalah perawat ambulans yang memberikan penanganan di luar Rumah Sakit. Perawat ambulans adalah perawat yang telah teregistrasi, dan memiliki ketrampilan dalam penatalaksanaan di *pre-hospital* (*Emergency Nurses Association (ENA)*, 2010).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006) menyebutkan perawat ambulans mempunyai peran dan fungsi diantaranya sebagai berikut :

- a. Fungsi independen yaitu fungsi mandiri berkaitan dengan pemberian asuhan (*care*)
- b. Fungsi dependen yaitu fungsi yang di delegasikan sepenuhnya atau sebagian dari profesi lain

- c. Fungsi kolaboratif yaitu melakukan kerjasama, saling membantu dalam program kesehatan (perawat sebagai anggota tim kesehatan).

4. Definisi Stres kerja

Stres merupakan respon adaptif individu dari tuntutan fisik dan psikologis, yang dipengaruhi oleh karakteristik individu dan atau stres proses psikologis (Brunner & Suddarth, 2002). Menurut (Siagian, 2008) menyatakan bahwa stres merupakan kondisi ketegangan yang berpengaruh terhadap emosi, jalan pikiran, dan kondisi fisik seseorang. Stres yang tidak bisa di atasi diatasi dengan baik biasanya berakibat pada ketidak mampuan orang berinteraksi secara positif dengan lingkungannya, baik dalam lingkungan pekerjaan maupun lingkungan luarnya. Artinya, karyawan yang bersangkutan akan mengalami berbagai gejala negative yang pada gilirannya akan berpengaruh pada prestasi kerja.

Sedangkan stres kerja menurut (Handoko, 2008). Stres kerja adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi proses berfikir, emosi, dan kondisi seseorang hasilnya stres yang terlalu berlebihan dapat mengancam kemampuan seseorang untuk menghadapi lingkungan dan pada akhirnya akan mengganggu pelaksanaan tugas-tugasnya.

Stres kerja adalah kondisi dinamik yang didalamnya individu menghadapi peluang, kendala (*constraints*) atau tuntutan (*demans*), yang terkait dengan apa yang sangat diinginkannya dan yang hasilnya

dipersepsikan sebagai tidak pasti tetapi penting (Robbins & Timothy A Judge, 2008).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa stres kerja merupakan kondisi emosional seseorang terhadap berbagai penyebab timbulnya, ditandai dengan perubahan psikologis, dan perilaku seseorang.

5. Faktor-Faktor Stres Kerja

Menurut (Robbins, 2003) faktor-faktor penyebab stres kerja ada 3, yaitu faktor individu, organisasi, dan lingkungan kerja.

a. Faktor karakteristik individu

Faktor karakteristik individu yang berkontribusi menyebabkan stres adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja atau lama kerja.

1) Umur

Rentang umur perawat ada dalam fase dewasa. Menurut Ericson fase dewasa dibagi 3 yaitu dewasa awal (20-40 tahun), dewasa tengah (41-65 tahun), dan dewasa akhir (>65 tahun) (Ciccarelli & Mayer, 2006). Perkembangan psikologis pada dewasa awal adalah berfokus untuk mencari dan mendapatkan pasangan hidup, mampu untuk percaya, berbagi dan perhatian pada orang lain atau pasangannya. Jika mampu melalui fase ini dengan baik, maka individu tersebut akan mempunyai hubungan yang intim, dan jika tidak sukses mealalui fase ini maka individu

tersebut akan mengisolasi dari orang lain dan akan merasa kesepian.

Kelompok umur dewasa tengah perkembangan psikologisnya adalah menjadi lebih matang dan bijak sana, lebih kreatif dan produktif, menjadi pendidik dan pengawas untuk anak-anaknya (generasi selanjutnya). Pada dewasa akhir perkembangan psikologisnya menjadi semakin bijaksana, lebih mendalami agamanya, mulai menikmati dan menerima kehidupannya.

Umur berhubungan dengan maturitas atau tingkat kedewasaan, secara teknis maupun psikologis semakin bertambahnya umur seseorang maka akan meningkat kedewasaannya, kematangan jiwanya, dan kemampuan dalam melaksanakan tugasnya (Siagian, 2008). Bertambahnya umur maka akan meningkat kemampuan membuat keputusan, berfikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, lebih toleran, dan terbuka dengan pandangan atau pendapat orang lain. Hal tersebut akan terlihat saat individu sedang dalam tekanan atau ketika beban kerja meningkat, yang bisa memicu terjadinya stres kerja. Stres kerja berhubungan dan berbanding terbalik dengan umur, lama kerja sebagai perawat. Perawat yang lebih tua dan yang lebih berpengalaman memiliki stres kerja yang ringan.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin berhubungan dengan karakteristik fisik, psikologis, dan sosial antara laki-laki dan perempuan. Karakteristik fisik yang utama adalah tentang organ reproduksi yang terdiri dari: vagina, ovarium, dan uterus pada perempuan dan penis, testis, dan skrotum pada laki-laki. (Robbins, 2003), menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten pada laki-laki dan perempuan dalam hal kemampuan berfikir, menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri sendiri dengan lingkungan kerja, motivasi, ketrampilan dan analisis. Jadi baik laki-laki maupun perempuan bisa saja mengalami stres kerja, tergantung kemampuan menyesuaikan diri dengan dunia kerja dan mekanisme coping.

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan pengalaman seseorang dalam mengembangkan kemampuan dan meningkatkan intelektualitas, yang artinya semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi tingkat pengetahuan dan keahliannya. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap daya kritis dan daya nalar, sehingga individu semakin mampu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi, mengatasi tekanan atau beban kerja yang dihadapinya, mampu menyesuaikan diri terhadap pekerjaannya, dan pada akhirnya mampu mengontrol stres yang dialaminya.

4) Status perkawinan

Status perkawinan mempunyai hubungan dengan tanggung jawab dan kinerja pegawai, bagi yang sudah menikah, pekerjaan menjadi hal yang lebih utama dibandingkan bagi yang belum menikah (Robbins, 2003). Individu yang sudah menikah atau sudah berkeluarga akan berpengaruh dalam melaksanakan pekerjaannya sehari-hari. Perawat dalam memenuhi tanggung jawab kerja dan mempertahankan keluarga, serta kehidupan individu dapat meningkatkan kejadian stres, jika tidak mempunyai energi dan waktu yang cukup untuk melakukan semuanya. Individu yang sudah menikah jika mendapat dukungan dari keluarga, ada pasangan untuk bertukar pikiran dan berbagi tentang masalah pekerjaannya, tentunya dapat mengurangi stresnya di tempat kerja, jadi dukungan keluarga bermanfaat untuk menurunkan stres kerja seseorang.

5) Lama Kerja atau Masa Kerja

Lama bekerja berkaitan dengan pengalaman kerja, yaitu berbagai peristiwa yang dialami seseorang selama bekerja, dan hal tersebut bisa dijadikan pelajaran untuk meningkatkan kualitas pekerjaan (Robbins, 2003). Pengalaman kerja yang lebih lama, akan meningkatkan ketrampilan seseorang dalam bekerja, semakin menyesuaikan dengan pekerjaannya, sehingga semakin mampu menghadapi tekanan dalam bekerja. Perawat yang lebih

senior dan lebih berpengalaman memiliki stres kerja yang ringan (Erns, Franco, Messmer, & Gonzalez, 2004).

b. Faktor Organisasi

Banyak sekali faktor yang di dalam organisasi yang dapat menimbulkan stres. Tekanan untuk menyelesaikan tugas dalam waktu terbatas, beban kerja berlebihan, konflik dengan atasan, dan rekan kerja yang tidak menyenangkan merupakan penyebab stres kerja bagi karyawan. Faktor pekerjaan yang dapat menimbulkan stres bagi perawat adalah beban kerja yang berlebihan, otonomi/kewenangan perawat, konflik dengan rekan kerja/dokter adanya tuntutan dari pasien/korban dan keluarganya, kondisi klien yang kritis dan kematian pasien/korban (*death and dying of patients*).

c. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari ketidak pastian politik, adanya resersi ekonomi, lingkungan kera yang tidak aman, misalnya adanya terorisme. Sedangkan faktor lingkungan yang bisa menyebabkan stres pada perawat, yaitu lingkungan yang bising, ventilasi yang kurang bagus, pencahayaan yang kurang, dan fasilitas yang kurang memadai (Santrock, 2000).

Adapun menurut Cooper, (1995) faktor yang mempengaruhi stres kerja menurut diantaranya :

1. Stresor kondisi pekerjaan

Kondisi pekerjaan atau lingkungan kerja yang buruk dapat menyebabkan karyawan mudah jatuh sakit, mudah stres, sulit berkonsentrasi, dan menurunnya produktivitas kerja. Selain itu kondisi dimana kuantitas tugas yang diterima karyawan yang melebihi kapasitas dapat memicu stres kerja.

2. Stresor peran

Dalam kondisi penelitian mengenai stres kerja, ditemukan fakta bahwa perusahaan yang sangat besar, atau yang kurang memiliki struktur yang jelas, akan menimbulkan konflik peran.

3. Beban kerja

Seperti gambaran dari pekerjaan, beban kerja yang berlebih secara kuantitatif dan kualitatif, keputusan yang dibuat oleh seseorang.

4. Stresor faktor interpersonal

Meliputi hasil kerja dan dukungan sosial yang buruk, sering terjadinya permasalahan dengan pemimpin dan rekan kerja, kecemburuan sosial, kemarahan dan kurangnya manajemen terhadap karyawan dapat menyebabkan stres kerja.

5. Stresor struktur organisasi

Apabila struktur organisasi kurang jelas dan terjadi dalam waktu yang cukup lam, maka hal tersebut dapat menjadi sumber stres.

Posisi individu dalam suatu struktur organisasi juga dapat menggambarkan tingkat stres yang dialami.

Sedangkan menurut Hasibuan (2014) faktor-faktor penyebab stres kerja adalah :

1. Beban kerja yang sulit dan berlebihan
 2. Tekanan dan sikap pemimpin yang kurang adil dan wajar
 3. Waktu dan peralatan kerja yang kurang memadai
 4. Konflik anatar pribadi dengan pimpinan atau dengan kelompok kerja
 5. Balas jasa yang terlalu rendah
 6. Masalah-masalah pribadi seperti masalah keluarga
6. Tingkat Stres Kerja

Stres dibagi menjadi 3 kategori yaitu ringan, sedang, berat menurut (Potter & Perry, 2005) yaitu :

- a. Stres ringan adalah stresor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti kritikan dari atasan. Situasi ini berlangsung beberapa menit atau hitungan jam. Stressor ringan tidak menimbulkan resiko penyakit, namun jika jumlah stressornya banyak dalam waktu singkat dapat meningkatkan resiko penyakit (Homles & Rahe, 1976 dalam potter & perry, 2005). Jika mengalami stres ringan, maka motivasi dan kreativitas kerja seseorang menurun.

- b. Stres sedang berlangsung lebih lama, dari beberapa jam sampai beberapa hari. Misalnya perselisihan yang tidak terselesaikan dengan rekan kerja, suami yang sedang sakit, atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga merupakan situasi stres sedang. Jika mengalami stres sedang, akan muncul rasa tidak puas terhadap pekerjaan, timbul konflik hubungan interpersonal (Hudak & Gallo, 1997).
- c. Stres berat adalah situasi kronis yang dapat berlangsung beberapa minggu sampai tahun, seperti perselisihan dalam rumah tangga, kesulitan keuangan, yang berkepanjangan. Penyakit kronis yang diderita. Makin sering dan makin lama situasi stres maka makin tinggi resiko kesehatan yang ditimbulkan. Jika mengalami stres berat. Akan timbul rasa jenuh dalam bekerja, mudah menyerah/putus asa, produktivitas menurun, loyalitas kurang, dan meninggalkan kerja atau bolos kerja (Hudak & Gallo, 1997).

7. Gejala Stres Kerja

(Cooper & Straw, 1993) menemukan gejala stres berupa tanda-tanda berikut ini:

- a. Fisik, yaitu nafas memburu, mulut dan tenggorokan kering, tangan lembab, merasa panas, otot-otot tegang, letih yang tidak beralasan, sakit kepala, dan salah urat dan
- b. Prilaku, yaitu perasaan bingung, cemas, sedih jengkel, salah paham, tidak berdaya, tidak mampu berbuat apa-apa, gelisah, gagal tidak

menarik, kehilangan semangat, sulit konsentrasi, sulit berfikir jernih, sulit membuat keputusan, hilangnya kreatifitas, hilangnya gairah penampilan dan hilangnya minat terhadap orang.

- c. Watak dan kepribadian yaitu sikap hati-hati menjadi cermat yang berlebihan, cemas menjadi panik, kurang percaya diri menjadi rawan, dan penjenkel menjadi meledak ledak.

8. Coping Stres

Coping didefinisikan sebagai upaya seseorang dalam bentuk kognitif maupun perilaku untuk mengatasi tuntutan eksternal maupun internal yang dianggap sebagai sesuatu yang membebani atau melebihi kemampuan individu tersebut. Upaya-upaya yang dilakukan setiap orang akan berbeda-beda, begitupun dalam menghadapi stres.

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) terdapat dua bentuk coping stres yaitu *Problem Focused Coping* dan *Emotional Focused Coping*.

a. *Problem Focused Coping*

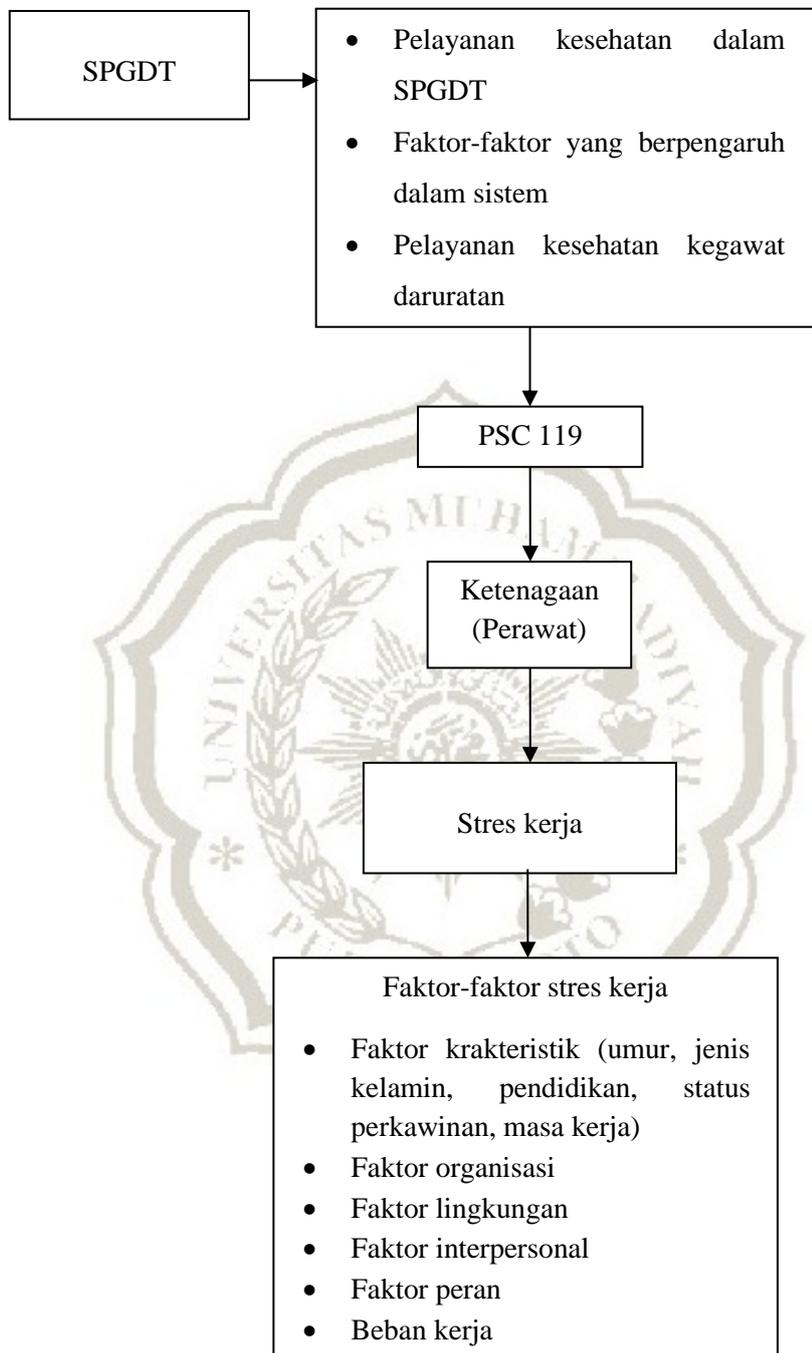
Coping yang berfokus pada masalah atau sering disebut *Problem Focused Coping* adalah strategi untuk penanganan stres atau coping yang berpusat pada sumber masalah, individu berusaha langsung menghadapi sumber masalah, mencari sumber masalah, mengubah lingkungan yang menyebabkan stres dan berusaha menyelesaikannya sehingga pada akhirnya stres berkurang atau hilang.

Untuk mengurangi stresor individu akan mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau ketrampilan-ketrampilan yang baru. Individu cenderung menggunakan strategi ini bila dirinya yakin akan dapat mengubah situasi karena individu secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres. Strategi ini akan cenderung digunakan seseorang jika merasa menghadapi masalah dia mampu mengontrol permasalahan itu.

b. *Emotional Focused Coping*

Coping yang berfokus pada emosi (*Emotional Focused Coping*) adalah strategi penanganan stres dimana individu memberi respon terhadap situasi stres dengan cara emosional. Digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stres. Pengaturan ini melalui perilaku individu bagaimana meniadakan fakta-fakta yang tidak menyenangkan. Bila individu mampu mengubah kondisi yang menekan. Individu akan cenderung menggunakan strategi ini jika dia merasa tidak bisa mengontrol masalah yang ada.

C. Kerangka Berpikir

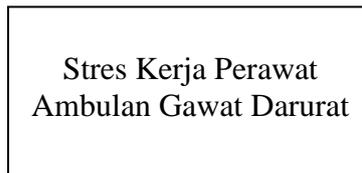


Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

Sumber : (Kemenkes, 2016), (Robbins, 2003), (Cooper, 1995), (Hasibuan, 2014), (Lazarus & Folkam 1984)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep suatu dengan konsep yang lain, atau antara variabel satu dengan variabel yang lain dari masalah yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Pada penelitian ini tidak terdapat hipotesis penelitian. Hal ini dikarenakan pada penelitian yang bersifat eksploratif dan deskriptif tidak memerlukan hipotesis (Sugiyono, 2007). Selain itu pada penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan stres kerja pada perawat ambulan gawat darurat tanpa mencari adanya hubungan antar variabel tersebut. Sehingga pada penelitian ini tidak ada hipotesis penelitiannya.