

**HUBUNGAN ANTARA *LENGTH OF STAY* (LOS) DENGAN TINGKAT
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT**

TK. II DR. SOEPRAOEN MALANG

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



Oleh :

Alvinda Mutiara Rorimpandei

NIM: 155070207111014

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN ANTARA *LENGTH OF STAY* (LOS) DENGAN TINGKAT
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT TK. II
DR. SOEPRAOEN MALANG**

Oleh:

Alvinda Mutiara Rorimpandei

NIM 155070207111014

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 12 Juni 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep

NIP.198108240150420001

Penguji II/ Pembimbing I

Penguji III/ Pembimbing II

Ns. Suryanto, S.Kep., M.Nurs., PhD

NIP. 198011152008121001

Ns. Ikhda Ulya., S.Kep., M.Kep

NIP. 2012088505172001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep

NIP.198009022006041003

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang betanda tangan dibawah ini:

Nama : Alvinda Mutiara Rorimpandei

NIM : 155070207111014

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,
Yang membuat pernyataan

Alvinda Mutiara Rorimpandei
NIM. 155070207111014

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Hubungan antara *Length of Stay* (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang”. Ketertarikan penulis didasari oleh LOS IGD yang lama akan membuat tingkat kepuasan pasien rendah. Kedua hal ini dapat mengakibatkan berbagai macam dampak. Dengan melihat kedua penyebab yang sama penulis ingin mengetahui adanya hubungan antara kedua hal tersebut.

Dengan terselesaikannya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto M.Si.Med., SpA(K). Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes. sebagai Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di PS Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep. sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di PS Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
4. Ns. Suryanto, S.Kep., M.Nurs., PhD. sebagai dosen pembimbing I atas kesabaran dalam membimbing, kemurahan hati, saran serta kesediaan waktu yang diberikan dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
5. Ns. Ikhda Ulya, S.Kep., M.Kep. sebagai dosen pembimbing II atas kesabaran dalam membimbing, kemurahan hati, saran serta kesediaan waktu yang diberikan dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
6. Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep. sebagai Ketua Tim Penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir.
7. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga peneliti dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar

8. Pihak Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang khususnya Instalasi Gawat Darurat yang telah membantu dan memberikan izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian.
9. Yang tercinta kedua orang tua saya Papa Rudi Robert Rorimpandei dan Mama Witree Nevelyn Raintung, dan kakak saya Intan Rorimpandei, serta keluarga besar yang selalu memberikan dukungan, doa, perhatian serta semangat tiada henti.
10. Kepada teman-teman saya Wirda Maria, Putri Michelle, Fadiyatun Naja dan Shabira Mayang yang telah memberikan dukungan dari segala hal sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir dengan baik.
11. Teman-teman PSIK FKUB 2015 yang selalu mengingatkan tugas mahasiswa serta memberikan keceriaan, saran dan nasihat yang bermanfaat.
12. Semua pihak terkait yang telah membantu dalam penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini dapat menambah wawasan dan memberi manfaat.

Malang, 18 Juni 2019

Peneliti

ABSTRAK

Rorimpandei, Alvinda Mutiara. 2019. *Hubungan antara Length of Stay (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang*. Tugas Akhir, Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Suryanto, S.Kep., Mnurs., PhD. (2) Ns. Ikhda Ulya, S.Kep., M.Kep.

Length of Stay (LOS) atau lama tinggal adalah waktu yang dihabiskan oleh pasien selama mendapatkan penanganan di IGD yang dihitung sejak pasien masuk ke pintu IGD sampai dengan pasien pulang atau pindah ke unit lain. LOS yang lama akan ikut mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di IGD tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisa hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional study* dengan melakukan observasi untuk mengetahui *length of stay* (LOS) pasien di IGD dan pemberian kuesioner kepuasan pasien yang terdiri dari 25 pernyataan akan harapan dan kenyataan setelah pasien mendapatkan pelayanan di IGD. Hasilnya didapatkan *length of stay* (LOS) pasien rata-rata 95.23 menit dan tingkat kepuasan pasien 86%. Responden dalam penelitian ini adalah pasien IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang dengan jumlah 83 pasien yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Hasil uji statistik mendapatkan koefisien korelasi *pearson* sebesar 0.103 dengan *p-value* sebesar 0.354 ($\text{sig} > 0.05$). Nilai tersebut menunjukkan korelasi yang sangat lemah dan tidak signifikan. Skor *servqual* untuk mengetahui *gap* tiap variabel dari kelima dimensi kualitas pelayanan mendapatkan hasil rata-rata $> 80\%$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah waktu *length of stay* (LOS) pasien sesuai dan tingkat kepuasan pasien tinggi/puas serta tidak terdapat hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk lebih memperhatikan homogenitas data dengan menggunakan status *triage* pasien yang sama atau jenis penyakit tertentu agar hubungan kedua variabel dapat lebih akurat. Bagi perawat diharapkan mampu untuk terus mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang optimal.

Kata kunci: *Length of Stay* (LOS), Tingkat Kepuasan Pasien, IGD

ABSTRACT

Rorimpandei, Alvinda Mutiara. 2019. *The Relationship between Length of Stay (LOS) and Level of Patient Satisfaction in Emergency Departments RS. TK II Dr. Soepraoen Malang*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisor: (1) Ns. Suryanto, S.Kep., Mnurs., PhD. (2) Ns. Ikhda Ulya, S.Kep., M.Kep.

Length of Stay (LOS) is the time spent by the patient while getting treatment in the ED that is calculated from the time the patient enters the door of the ED until the patient returns or moves to another unit. The duration of LOS will also influence the level of patient satisfaction with the service at the ED. The aim of the study was to analyze the relationship between length of stay (LOS) and the level of patient satisfaction in ED RS. TK II Dr. Soepraoen Malang. This study used a cross-sectional study design by conducting observations to find out the length of stay (LOS) of patients in the ED and giving a patient satisfaction questionnaire consisting of 25 statements of hope and reality after the patient received service at the ED. The results showed that the patient's length of stay (LOS) averaged 95.23 minutes and the patient's satisfaction level was 86%. Respondents in this study were IGD patients at RS. TK II. Dr. Soepraoen Malang with 83 patients selected by purposive sampling technique. The results of statistical tests get Pearson correlation coefficient of 0.103 with *p-value* of 0.354 ($\text{sig} > 0.05$). This value shows a very weak and insignificant correlation. *Servqual* score to find out the *gap* for each variable from the five dimensions of service quality gets an average yield of $> 80\%$. The conclusion of this study is that the patient's length length of stay (LOS) is appropriate and the patient's satisfaction level is high/satisfied and there is no relationship between length of stay (LOS) and the level of patient satisfaction in the ED RS. TK II Dr. Soepraoen Malang. It is recommended for further researchers to pay more attention to the homogeneity of data by using the same triage status of patients or certain types of diseases so that the relationship between the two variables can be more accurate. Nurses are expected to be able to continue to maintain the quality of optimal health services.

Key word: *Length of Stay* (LOS), Patient Satisfaction Level, ED

DAFTAR ISI

Judul.....	i
Halaman Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.3.1 Tujuan Umum.....	10
1.3.2 Tujuan Khusus.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
1.4.1 Bagi Peneliti.....	10
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	11
1.4.3 Bagi Rumah Sakit.....	11
1.4.4 Bagi Peneliti Lain.....	11

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Instalasi Gawat Darurat.....	12
2.1.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat.....	12
2.1.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	13
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Gawat Darurat.....	17
2.2 <i>Triage</i>	17
2.2.1 Pengertian <i>Triage</i>	17
2.2.2 Kategori <i>Triage</i>	19
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Triage</i>	22



2.3	<i>Length of Stay</i> (LOS).....	23
2.3.1	Pengertian <i>Length of Stay</i> (LOS).....	23
2.3.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Length of Stay</i> (LOS) Pasien di IGD.....	25
2.4	Kepuasan Pasien.....	31
2.4.1	Pengertian Kepuasan Pasien.....	31
2.4.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien.....	32
2.4.3	Hubungan Kepuasan Pasien dan Kualitas kepuasan.....	33
BAB III KERANGKA KONSEP		
3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	36
3.2	Hipotesis Penelitian.....	39
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian.....	40
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	40
4.2.1	Populasi.....	40
4.2.2	Sampel.....	41
4.3	Identifikasi Variabel.....	42
4.3.1	Variabel Bebas (Independen).....	42
4.3.2	Variabel Terikat (Dependen).....	43
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	43
4.4.1	Lokasi.....	43
4.4.2	Waktu.....	43
4.5	Instrumen Penelitian.....	43
4.5.1	Alat ukur penelitian.....	43
4.5.2	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisiner.....	46
4.6	Definisi Operasional.....	49
4.7	Pengumpulan Data.....	51
4.7.1	Prosedur Administrasi.....	51
4.7.2	Prosedur Teknis.....	51
4.8	Pengolahan Data dan Analisa Data.....	53
4.8.1	Teknik Pengolahan Data.....	53
4.8.2	Teknik Analisa Data.....	5



4.9	Etika Penelitian.....	60
-----	-----------------------	----

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1	Analisa Data Umum.....	59
5.1.1	Karakteristik Responden.....	59
5.1.2	Karakteristik Tempat Penelitian.....	62
5.2	Analisa Data Khusus	63
5.2.1	<i>Length of Stay</i> (LOS).....	63
5.2.2	Tingkat Kepuasan Pasien.....	63
5.2.3	Analisis kesenjangan (<i>Gap</i>).....	64
5.2.4	Hubungan antara <i>Length of Stay</i> (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien.....	68
5.2.5	Hasil Observasi dan Wawancara Responden.....	69

BAB VI PEMBAHASAN

6.1	<i>Length of Stay</i> (LOS).....	72
6.2	Tingkat Kepuasan Pasien.....	75
6.3	Hubungan <i>Length of Stay</i> (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien.....	77
6.4	Implikasi Terhadap Keperawatan.....	79
6.5	Keterbatasan Penelitian.....	80

BAB VII PENUTUP

7.1	Kesimpulan.....	81
7.2	Saran.....	81
7.2.1	Bagi Profesi Keperawatan.....	81
7.2.2	Bagi Peneliti Selanjutnya.....	82

DAFTAR PUSTAKA.....	83
----------------------------	-----------

LAMPIRAN.....	93
----------------------	-----------



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit untuk Jenis Pelayanan IGD.....	14
Tabel 2.2 Klasifikasi Pelayanan IGD.....	15
Tabel 2.3 Kategori ATS.....	19
Tabel 4.1 Distribusi Pernyataan Kuisisioner.....	46
Tabel 4.4 Definisi Operasional Penelitian.....	49
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden.....	59
Tabel 5.2 Distribusi Waktu Kepulangan Pasien.....	61
Tabel 5.3 Distribusi Rentang Jumlah Pasien Berdasarkan Shift.....	62
Tabel 5.4 Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Shift.....	62
Tabel 5.5 Statistik deskriptif <i>Length of Stay</i> (LOS).....	67
Tabel 5.6 Frekuensi Tingkat Kepuasan Pasien.....	67
Tabel 5.7 Statistik deskriptif Tingkat Kepuasan Pasien.....	67
Tabel 5.8 Skor <i>Servqual Gap</i> Tiap Variabel 5 Dimensi Kualitas Pelayanan dan Peringkat.....	65
Tabel 5.9 Hasil Analisa Hubungan antara <i>Length of Stay</i> (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di IGD RS TK II. Dr. Soepraoen Malang.....	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian..... 36



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Observasi LOS Pasien di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.....	93
Lampiran 2. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian.....	94
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	97
Lampiran 4. Kuisisioner Kepuasan Pasien.....	98
Lampiran 5. Surat Keterangan Kelaikan Etik.....	101
Lampiran 6. Surat Permohonan Studi Pendahuluan.....	102
Lampiran 7. Surat Ijin Studi Pendahuluan di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.....	103
Lampiran 8. Uji Normalitas.....	104
Lampiran 9. Uji Korelasi.....	105
Lampiran 10. Curriculum Vitae.....	109

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit pelayanan penting di rumah sakit yang buka 24 jam dimana pasien diberikan penanganan awal akibat sakit atau cedera yang diderita, yang dapat mengancam kelangsungan hidup pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Umumnya pelayanan IGD ditujukan bagi pasien gawat darurat yang nyawanya atau anggota tubuhnya terancam jika tidak diberikan pertolongan secara cepat dan tepat (Musliha, 2010 dalam Fauzie, 2016). IGD sangat berperan yang penting dalam memberikan pelayanan yang cepat dan tepat karena pada kondisi tertentu pasien bisa kehilangan nyawa dalam hitungan menit.

Dalam penanganan gawat darurat ada filosofi *Time Saving Life Saving* yang artinya setiap tindakan yang dilakukan untuk menolong pasien haruslah efisien dan efektif. Hal ini disebabkan apabila terjadi kekurangan oksigen dalam waktu 3-10 menit dapat menyebabkan terjadinya kerusakan permanen dan kematian pada sel otak yang kemudian akan memicu terjadinya hipoksia serebral sehingga apabila tidak segera ditangani dapat mengakibatkan kematian karena kurangnya oksigen dalam darah (Price dan Wilson, 2005).

Setiap tahun angka kunjungan di IGD diseluruh dunia mengalami peningkatan yaitu sekitar 30% (Bashkin et al, 2015). Di Indonesia berdasarkan data Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes, terdapat 1.033 rumah sakit umum (RSU) dari total rumah sakit di

Indonesia pada tahun 2007, dengan 13,3% kunjungan ke rumah sakit umum (RSU) di Indonesia adalah pasien IGD atau lebih dari 4 juta dari total 33 juta kunjungan dimana mayoritas (88%) adalah pasien yang datang sendiri ke IGD sedangkan 12% nya adalah pasien rujukan dari rumah sakit lain (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Data ini tentunya bertumbuh dengan pesat seiring bertambahnya kasus gawat darurat di masyarakat. Hal ini dibuktikan dengan jumlah pengunjung di IGD di RS seluruh provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 mencapai lebih dari 8 juta (Dinkes Prov Jatim, 2015). Tentunya hal ini berkontribusi terhadap tingginya kunjungan di IGD secara nasional.

Banyaknya pasien yang datang ke IGD membuat petugas kesehatan harus memilih dan memilah pasien mana yang harus segera ditangani sesuai dengan prioritas bukan berdasarkan nomor urut kedatangan pasien (Musliha, 2010 dalam Sumarno, Ismanto, Bataha, 2017). *Triage* adalah proses pengelompokan pasien yang didasarkan pada berat tidaknya cedera yang dialami oleh seseorang, gangguan pada *airway*, *breathing* dan *circulation*, jumlah pasien yang datang, sarana kesehatan dan sumber daya manusia (SDM) yang tersedia serta kemungkinan hidup pasien (Siswo, 2015). Kecepatan dan ketepatan dalam mengidentifikasi, memilah dan menempatkan pasien sesuai dengan tingkat keparahan (*severity*) dan urgensi (*urgency*) dalam sistem *triage* merupakan kunci utama sebelum pasien diberikan berbagai tindakan penanganan dan sebagai acuan untuk menentukan prognosis pasien selanjutnya (Habib, Mulyana, & Albar, 2016).

Dalam penanganan kondisi gawat darurat perlu memperhatikan 3 hal, yaitu kecepatan mengidentifikasi pasien, intervensi yang diberikan secara akurat dan kompetensi dari petugas (Hutabarat dan Putra, 2016 dalam Wijayanti, 2018). Keterlambatan penanganan pasien di IGD dapat memperburuk kondisi pasien sehingga akan memberikan efek negatif pada pasien maupun pada petugas di IGD. Di Indonesia sendiri belum ada kesepakatan ataupun peraturan yang mengatur tentang sistem *triage* seperti apa yang harus digunakan di IGD. Dalam *triage* ada beberapa sistem yang sering digunakan oleh rumah sakit salah satunya adalah *Australian Triage Scale (ATS)*.

ATS adalah sistem *triage* yang digunakan untuk menetapkan prioritas pasien dan juga memberikan batasan waktu berapa lama pasien dapat menunggu sampai mendapatkan pertolongan pertama. Kategori ATS ditentukan berdasarkan prediktor fisiologis (*Airway, Breathing Circulation, Disability*) dan waktu tunggu maksimum untuk perawatan, yaitu kategori 1 segera ditangani, kategori 2 maksimal waktu tunggu 10 menit, kategori 3 maksimal waktu tunggu 30 menit, kategori 4 maksimal waktu tunggu 60 menit dan kategori 5 maksimal waktu tunggu 120 menit (Mirhaghi dan Ebrahimi, 2017). Adanya batasan waktu dalam sistem ATS dapat berisiko menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan di IGD (Kristiani, Sutriningsih, Ardiyani, 2017).

Pasien ATS 3 – ATS 5 adalah pasien dengan kondisi darurat tapi tidak gawat, dimana keadaan pasien tidak mengancam nyawa tetapi membutuhkan pertolongan dalam batas waktu tertentu. Kondisi pasien ATS 3 – ATS 5 yang masih mampu berkomunikasi dan dalam keadaan

sadar inilah yang membuat pasien tidak menjadi prioritas dalam petugas memberikan pelayanan di IGD. Keadaan tersebut sering membuat pasien merasa tidak nyaman, merasa terkesan dibiarkan karena harus menunggu dan pada akhirnya waktu tunggu yang lama mempengaruhi penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan di IGD. Walaupun dalam *Australian Government Department of Health and Ageing* (2013), waktu tunggu pasien ATS 3 – ATS 5 telah ditetapkan, akan tetapi tidak etis rasanya membiarkan pasien menunggu sampai 120 menit hanya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit termasuk di IGD harus berupa pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit (UU Republik Indonesia, 2009). Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Tuntutan akan kualitas pelayanan kesehatan yang baik merupakan hal yang sangat diharapkan oleh berbagai pihak.

Salah satu indikator yang sangat penting dalam menentukan kualitas pelayanan di IGD adalah memendeknya *Length of Stay* (LOS) pasien. *Length of Stay* (LOS) atau lama tinggal merupakan waktu yang dihabiskan oleh pasien selama mendapatkan tindakan perawatan di IGD yang dihitung mulai dari pasien datang sampai dengan pasien

dipulangkan atau dipindahkan ke unit lain (Rathlev et al., 2012). Menurut *Canadian Association of Emergency Physician* dan *National Emergency Nurse Affiliation* tahun 2012 bahwa LOS pasien dihitung sejak pasien mendaftar atau berada diruang triage sampai dengan dinyatakan pasien pulang (*discharge*) baik dalam keadaan hidup ataupun meninggal (Rathlev et al., 2012). Waktu dianggap sebagai alat yang penting untuk mengukur kualitas pelayanan di IGD.

Secara internasional waktu LOS yang diterima dan ditetapkan di IGD adalah ≤ 8 jam (Rose et al., 2012). *National Emergency Acces Target* (NEAT) Australia pada tahun 2016 merekomendasikan waktu LOS di IGD adalah 4 jam, dengan syarat bahwa sebagian pasien yang datang ke IGD harus segera dipindahkan ke ruang perawatan lainnya. Menurut peraturan nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit salah satu indikator pelayanan di IGD adalah jumlah kematian pasien <24 jam dimana standarnya adalah \leq dua per seribu pasien yang datang ke IGD dan juga diharapkan pasien bisa pindah ke ruang rawat inap setelah 8 jam. Menurut *International Journal of Medical Reviews* berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Iran, didapatkan hasil LOS pasien di IGD hanya selama 4 jam atau sekitar 39% pasien memiliki LOS kurang dari 4 jam. Berbeda dengan di Kanada, Amerika dan Inggris di dapati 76%, 72% dan 96-98% dari setiap pasien IGD memiliki LOS kurang dari 4 jam (Shamsi, 2015). Menurut penelitian di Indonesia yang dilakukan di IGD dr.T.C.Hillers Maumere di dapatkan LOS pasien ≤ 6 jam (Pitang, Widjajanto, Ningsih, 2016).

Memanjangnya LOS pasien selama di IGD dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah jumlah kunjungan pasien ke IGD, unit penunjang seperti laboratorium dan radiologi, jumlah ruang perawatan, jenis *triage*, proses administrasi, kasus resusitasi, waktu konsultasi dan jumlah staf di IGD (Ningsih, 2015; Pitang dkk, 2016). Menurut Bernstein et al., (2008) menyebutkan bahwa meningkatnya LOS pasien di IGD akan berdampak pada semakin tingginya angka mortalitas dan morbiditas pasien. Pemanjangan LOS tidak hanya memberikan dampak pasien harus berada lebih lama di IGD tetapi juga akan berakibat pada peningkatan biaya perawatan yang dibutuhkan pasien, ketidakpuasan pasien dan meningkatnya kematian akibat kecelakaan (Parker & Marco, 2014; Pitang dkk, 2016).

Selain waktu, kepuasan pasien juga menjadi salah satu ukuran suksesnya pelayanan kesehatan yang diberikan di IGD. Kepuasan pasien adalah hasil (*outcome*) penilaian terhadap harapan dan kebutuhan yang terpenuhi atau tidak yang diekspresikan pasien dalam bentuk respon emosional (perasaan) terhadap layanan kesehatan (Khursheed, Fayyaz, Zia, Feroze, Jamil, Baqir, 2014). Kepuasan pasien didefinisikan sebagai sesuatu yang kompleks yang berkaitan dengan banyak faktor dimana menjadi indikator penilaian yang signifikan dari kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien (Korkmaz, Balaban, Onder, Saricil, 2016; Khursheed et al., 2014). Kesenjangan antara harapan dan layanan yang diterima pasien berhubungan dengan penurunan kepuasan pasien (Notoatmojo, 2010).

Kepuasan pasien bergantung pada banyak faktor, seperti kualitas pelayanan klinis, ketersediaan obat, perilaku tenaga kesehatan dalam pelayanan, infrastruktur tempat pelayanan, kenyamanan secara fisik, dan dukungan emosional (Notoatmojo, 2010). Kepuasan pasien menjadi salah satu indikator kinerja klinis pelayanan di IGD seperti yang diatur dalam peraturan nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimana standar kepuasan pasien adalah $\geq 70\%$. Kepuasan pasien dapat diukur dengan indikator yaitu, kepuasan terhadap layanan akses kesehatan, kepuasan terhadap mutu layanan kesehatan, kepuasan terhadap proses layanan serta kepuasan terhadap sistem layanan kesehatan (Pohan, 2007).

Pada penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit yang ada di Turkey menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien adalah karakteristik pelayanan kesehatan dari dokter-perawat, komunikasi dengan pasien dan keluarga, karakteristik infrastruktur rumah sakit, waktu tunggu di ruang *triage*, usia, status pendidikan, pengetahuan tentang masalah medis, persepsi perawatan antara petugas kesehatan dan pasien itu sendiri, adat istiadat dan tradisi sosial (Korkmaz et al., 2016).

Penelitian lain yang dilakukan di IGD Rumah Sakit Bhayangkara Pusat Pendidikan Brigade Mobile Watukosek pada 100 pasien rawat jalan, dari kelima dimensi kualitas pelayanan didapatkan hasil bahwa kepuasan pasien di IGD tersebut sebesar 70,3%. Dimensi *reliability*, *tangibles* dan *empathy* menjadi faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien sedangkan dimensi *responsiveness* (kecepatan

menyelesaikan keluhan pasien, ketersediaan tenaga medis dan paramedis ditempat, dan pemberian informasi kesehatan yang jelas terhadap pasien) dan *assurance* (kesopanan dan keramahan tenaga kesehatan, kemampuan dalam hal pengetahuan dan wawasan yang luas serta kecakapan dalam menjalankan tugas) menjadi faktor yang mempengaruhi ketidakpuasan pasien (Utami dkk, 2013).

Lamanya waktu perawatan dan kepuasan pasien berperan penting dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan di IGD. Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1988), dalam artikel *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality* terdapat 5 dimensi pokok kualitas pelayanan yang berkaitan dengan jasa, yaitu *tangibles* (bukti langsung), *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan) dan *empathy* (empati). Dalam kualitas pelayanan jasa terdapat 2 faktor utama yang mempengaruhi, yaitu *expected service* (layanan yang diterima atau dirasakan) dan *perceived service* (layanan yang diharapkan) (Parasuraman, dkk, 1988). Apabila layanan yang diterima atau dirasakan sesuai atau melebihi dari apa yang diharapkan maka layanan tersebut dapat dipersepsikan baik atau memuaskan, begitu pula sebaliknya (Tjiptono, 2004).

RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang merupakan rumah sakit rujukan milik TNI Angkatan Darat (AD) yang telah terakreditasi paripurna pada tahun 2019. Rumah sakit yang memiliki motto Ramah, Santun, Terampil, Disiplin, Sembuh (RSTDS) ini menyediakan beberapa fasilitas pelayanan dimana salah satunya adalah IGD. Berdasarkan data hasil studi

pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 01 April 2019, di IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang terdapat beberapa jenis pelayanan, yaitu meja pendaftaran IGD, ruang *triage*, ruang infeksius, ruang dekontaminasi, tempat brankar dengan jumlah 24 brankar, ruang pemeriksaan yang terdiri dari ATS 1, ATS 2, ATS 3, ATS 4 dan ATS 5, ruang observasi, ruang tindakan bedah, ruang obstetri dan neonatus serta depo farmasi IGD. IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang memiliki standar LOS pasien yaitu maksimal 6 jam. Data yang tercatat pasien yang datang berkunjung ke IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang selama 6 bulan terakhir sekitar 5.400 pasien (Rekam Medis IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang, 2019).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Karu IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang, menyatakan bahwa keluhan yang sering muncul selama memberikan pelayanan di IGD RS Tk. II Dr. Soepraoen Malang adalah lamanya petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan, dimana hal tersebut sebenarnya disebabkan oleh faktor kurangnya pengetahuan atau pemahaman keluarga atau pasien terkait dengan tindakan penanganan yang sedang diberikan, terutama pada pasien observasi. Tidak adanya tindakan yang diberikan petugas kepada pasien observasi menimbulkan persepsi pada keluarga bahwa pasien hanya dibiarkan oleh petugas kesehatan. Perbedaan persepsi inilah yang sering menimbulkan kesalahpahaman sehingga mempengaruhi penilaian terhadap pelayanan yang diberikan.

Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di instalasi gawat darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka muncul suatu rumusan masalah sebagai berikut : Adakah Hubungan antara *Length of Stay (LOS)* Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui hubungan antara *length of stay (LOS)* dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang?

1.3.2. Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi *length of stay (LOS)* pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.
2. Mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.
3. Menganalisis hubungan antara *length of stay (LOS)* dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Bagi Peneliti

1. Memberikan motivasi untuk selalu belajar dan mengembangkan ilmu pengetahuan.
2. Menambah pengalaman dan wawasan peneliti dalam keperawatan tentang pengetahuan dan *length of stay* (LOS) dalam memberikan pelayanan untuk kepuasan pasien.

1.4.2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

1. Masukan dalam pembelajaran bagi mahasiswa yang akan melakukan praktik di Instalasi Gawat Darurat.
2. Sebagai literatur ilmu keperawatan.

1.4.3. Manfaat Bagi Rumah Sakit

1. Motivasi untuk lebih meningkatkan serta mengembangkan pelayanan bagi pasien di Instalasi Gawat Darurat.
2. Bahan masukan bagi tenaga kesehatan sehingga dapat dijadikan sebagai motivasi untuk lebih baik lagi dalam menjalankan tugasnya khususnya bagi tenaga kesehatan yang bekerja di Instalasi Gawat Darurat.

1.4.4. Manfaat Bagi Peneliti lain

Referensi tambahan penelitian selanjutnya mengenai *length of stay* (LOS) dan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Instalasi Gawat Darurat

2.1.1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Sesuai dengan Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit, IGD adalah unit pelayanan yang memberikan pertolongan pertama atau sebagai pintu masuk pertama bagi pasien dengan kondisi gawat darurat. Sebagai salah satu unit pelayanan rumah sakit, IGD diharuskan memiliki standar pelayanan dengan respon cepat dan penanganan yang tepat (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Menurut Undang-Undang No.44 Tahun 2009 menyebutkan gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).

Sesuai peraturan, IGD dipimpin oleh seorang dokter yang terdiri dari 1 tim yang didasarkan pada multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur yang terdiri dari pimpinan dan pelaksana. Setiap orang yang terlibat dalam tim tersebut memiliki peranan penting serta bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan terhadap pasien gawat darurat (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

2.1.2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

IGD mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan kepada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan pelayanan yang tersedia (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009). Dengan kata lain, pelayanan yang diberikan adalah pelayanan maksimal yang ada di IGD tersebut dengan memberikan penanganan atau tindakan segera, untuk menghindari dari adanya kecacatan yang lebih lanjut ataupun ancaman akan kehilangan nyawa (Musliha, 2010; Fauzie, 2016).

Pelayanan di IGD harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu serta dilarang untuk menolak pasien dan meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009). Dengan adanya prosedur ini IGD menjadi kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien dimana pelayanan yang diberikan di IGD akan mempengaruhi kepuasan pasien secara signifikan dan mempengaruhi citra rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Menurut Kepmenkes RI No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdapat sembilan indikator yang mengatur jenis pelayanan di IGD. Penjabaran standar pelayanan minimal IGD dapat di lihat pada tabel 2.1. Dan untuk klasifikasi pelayanan IGD di Indonesia tercantum dalam Kepmenkes RI No. 586 tahun 2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dimana terdapat empat level jenis pelayanan IGD berdasarkan tipe RS. Klasifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit untuk Jenis Pelayanan**IGD**

INDIKATOR	STANDAR
Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
Jam buka pelayanan IGD	24 jam
Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
Ketersediaan tim penanggulangan bencana	satu tim
Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
Kepuasan pelanggan	≥ 70%
Kematian pasien < 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%
Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%

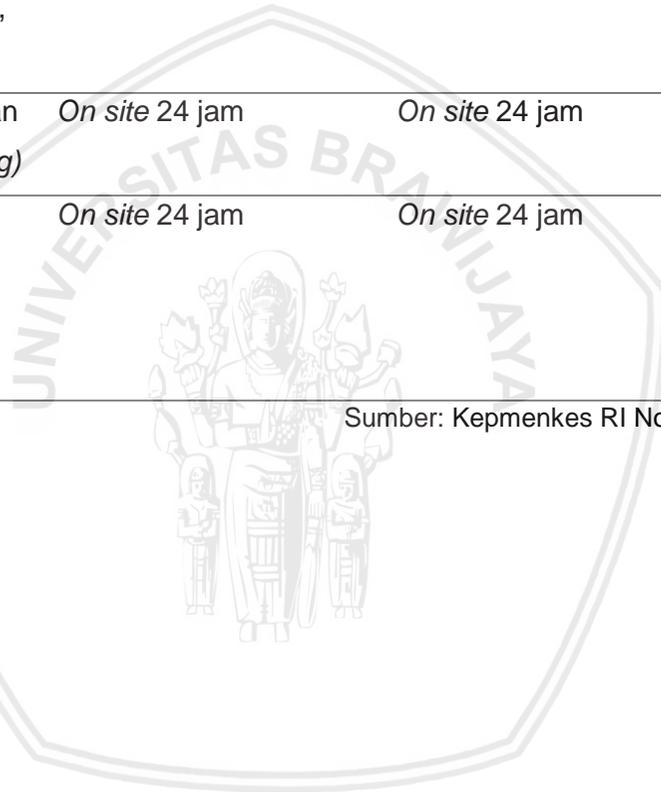
Sumber: Kepmenkes RI No. 129 tahun 2008.

Tabel 2.2 Klasifikasi Pelayanan IGD

Standar rumah sakit	Level IV	Level III	Level II	Level I
	Kelas A	Kelas B	Kelas C	Kelas D
Jenis pelayanan	Memberikan pelayanan sebagai berikut: 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pada A, B, C dengan alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i> , Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. Resusitasi-ICU 4. Bedah <i>cito</i>	Memberikan pelayanan sebagai berikut: 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pada A, B, C dengan alat-alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Penilaian <i>disability</i> , Penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Observasi HCU/R. Resusitasi 4. Bedah <i>cito</i>	Memberikan pelayanan sebagai berikut: 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pada A : Jalan nafas (airway problem), B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Penilaian Disability, Penggunaan obat, EKG, defibrilasi (observasi HCU)	Memberikan pelayanan sebagai berikut: 1. Diagnosis & penanganan : Permasalahan pada A : Jalan nafas (airway problem), B : Pernafasan (Breathing problem) dan C : Sirkulasi pembuluh darah (Circulation problem) 2. Melakukan Stabilisasi dan evakuasi

Dokter Subspesialis	Semua jenis <i>on call</i>			
Dokter Spesialis	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Besar + Anestasi <i>on site</i> • (dr Spesialis lain <i>on call</i>) 	Bedah, Obsgyn, Anak, Penyakit Dalam <i>on site</i> (dokter spesialis lain <i>on call</i>)	Bedah, Obsgyn Anak, Penyakit Dalam <i>on call</i> .	
Dokter PPDS	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam (RS Pendidikan)		
Dokter Umum (+Pelatihan Kegawat Daruratan) GELTS, ATLS, ACLS, dll	Jam kerja / Diluar jam kerja	Jam kerja / Diluar jam kerja	Jam kerja /	Jam kerja /
Perawat (+Pelatihan <i>Emergency Nursing</i>)	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam
Non Medis Bagian Keuangan Kamtib (24 jam) Pekarya (24 jam)	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam	<i>On site</i> 24 jam

Sumber: Kepmenkes RI No. 586 tahun 2009.



2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Gawat Darurat

Dalam memberikan pelayanan di IGD selain penanganan yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat, faktor lain seperti tertib, sopan serta ramah kepada pasien juga penting untuk diperhatikan. Pasien yang datang silih berganti dengan jumlah yang banyak terkadang sering membuat para petugas IGD merasa jenuh dan terbebani yang akhirnya mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien (Depkes RI, 2006).

Menurut Nursalam (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan di IGD antara lain, beban kerja baik secara fisik maupun psikologis, kejenuhan kerja (*job burnout*), pengetahuan dan komunikasi. Penelitian yang dilakukan oleh Kaban dkk (2015) menyebutkan bahwa kehandalan, daya tanggap dan perhatian menjadi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan di IGD dimana faktor kehandalan menjadi variabel yang paling dominan. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Septiani (2016) juga menyatakan bahwa dimensi *tangible* atau penampilan fisik menjadi faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan. Penampilan fisik tersebut meliputi keadaan ruang IGD itu sendiri, ketersediaan kelengkapan dan peralatan medis dan non-medis serta penampilan yang bersih dan rapi dari perawat yang ada di IGD.

2.2. Triage

2.2.1. Pengertian Triage

Triage adalah suatu proses tindakan pengelompokan atau pengklasifikasian yang dilakukan dengan melihat tipe dan tingkat

kegawatdaruratan yang dialami pasien yang diprioritas berdasarkan adanya gangguan *Airway*, *Breathing* dan *Circulation* (Nurhasim, 2015; Fauzie, 2016). *Triage* dilakukan berdasarkan pada ABCDE (*Airway*, *Breathing*, *Circulation*, *Disability* dan *Exposure*), beratnya cedera, jumlah pasien yang datang ke IGD, sarana kesehatan yang tersedia serta *survival rate* atau seberapa besar kemungkinan hidup pasien (Fauzie, 2016). Dalam menentukan prioritas pasien didasarkan pada ancaman nyawa yang dapat mengakibatkan kematian dalam hitungan menit, hitungan jam, trauma yang dialami (ringan-berat) dan sudah meninggal (Brooker, 2008 dalam Fauzie, 2016).

Di Indonesia sendiri belum ada kesepakatan tentang metode *triage* apa yang digunakan di rumah sakit. Dalam *triage* ada beberapa sistem yang sering digunakan oleh rumah sakit dimana salah satunya adalah *Australian Triage Scale* (ATS). ATS adalah sistem *triage* yang digunakan untuk menetapkan prioritas pasien dan juga memberikan batasan waktu berapa lama pasien dapat menunggu sampai mendapatkan pertolongan pertama (Habib, dkk, 2016). Dalam sistem ATS juga dikembangkan mekanisme penilaian khusus untuk kondisi urgensi yaitu *triage* anak-anak, *triage* kesehatan mental, *triage* pedesaan dan jarak jauh, *triage* obstetrik dan *triage* dengan masalah-masalah trauma (Australian Government Department of Health and Ageing, 2009).

2.2.2. Kategori Triage

Kategori ATS ditentukan berdasarkan pengamatan penampilan pasien secara umum, riwayat klinis terfokus, data fisiologis dan waktu tunggu maksimum untuk perawatan (Australian Government Department of Health and Ageing, 2013). Kategori pasien menurut sistem ATS dapat dilihat pada tabel 2.3 dibawah ini.

Tabel 2.3 Kategori ATS

ATS	Penilaian dan Tatalaksana (waktu tunggu maksimum)	Deskripsi	Indikator kinerja
Kategori 1 <i>Immediate</i>	0 menit	Kondisi yang mengancam nyawa atau berisiko mengancam nyawa bila pasien tidak segera di berikan intervensi, harus segera di resusitasi. <i>Airway:</i> Terhambat/sebagian terhambat <i>Breathing:</i> <i>Severe respiratory distress</i> /tidak ada pernapasan/ hipoventilasi <i>Circulation:</i> <i>Severe haemodynamic compromise</i> / tidak ada sirkulasi, perdarahan tidak terkontrol	100%

		<p><i>Disability: GCS <9</i></p> <p>Mengalami gangguan perilaku berat yang mengancam diri pasien dan orang lain.</p>	
Kategori 2	10 menit	Resiko mengancam nyawa dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, dapat segera menimbulkan kegagalan organ bila tidak di intervensi dalam waktu 10 menit setelah pasien datang.	80%
<i>Emergent</i>		<p><i>Airway: Paten</i></p> <p><i>Breathing: Moderate respiratory distress</i></p> <p><i>Circulation: Moderate haemodynamic compromise</i></p> <p><i>Disability: GCS 9-12</i></p> <p>Mengalami delirium atau gaduh gelisah, perilaku agresif dan kasar, gangguan perilaku yang membahayakan diri pasien dan orang lain dan membutuhkan tindakan <i>restraint</i>.</p>	
Kategori 3	30 menit	Kondisi yang bisa berpotensi membahayakan nyawa pasien atau menambah keparahan bila tidak di	75%
<i>Urgent</i>			

		<p>intervensi dalam waktu 30 menit</p> <p>setelah pasien datang.</p> <p><i>Airway: Paten</i></p> <p><i>Breathing: Mild respiratory distress</i></p> <p><i>Circulation: Mild haemodynamic compromise</i></p> <p><i>Disability: GCS >12</i></p> <p>Mengalami gangguan perilaku yang sangat tertekan, menarik diri, agitasi, gangguan isi pikiran dan bentuk pikiran akut, potensi menyakiti diri sendiri.</p>	
Kategori 4 <i>Semi-urgent</i>	60 menit	<p>Kondisi yang bisa berpotensi menjadi lebih berat apabila pasien tidak di intervensi dalam waktu 60 menit, pasien dengan kondisi medis yang kompleks.</p> <p><i>Airway: Paten</i></p> <p><i>Breathing: No respiratory distress</i></p> <p><i>Circulation: No haemodynamic compromise</i></p> <p><i>Disability: Normal</i></p> <p>Memiliki riwayat gangguan yang merusak diri dan orang lain, saat ini dalam observasi.</p>	70%

Kategori 5	120 menit	Kondisi yang tidak akan menjadi kritis serta mengancam nyawa apabila tidak segera diberikan intervensi, kondisi kronik atau minor.	70%
<i>Non-urgent</i>		<p><i>Airway:</i> Paten</p> <p><i>Breathing:</i> No respiratory distress</p> <p><i>Circulation:</i> No haemodynamic compromise</p> <p><i>Disability:</i> Normal</p> <p>Pasien kronis psikiatri tanpa gejala akut.</p>	

Sumber: Australian Government Department of Health and Ageing, 2013; Habib, dkk, 2016.

2.2.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Triage*

Pelaksanaan *triage* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor kinerja (*performance*), faktor pasien, faktor perlengkapan *triage*, faktor ketenagaan dan faktor *model of caring* (*Australian Triage Process Review*, 2011). Dari penelitian sebelumnya ditemukan 4 hal utama yang mempengaruhi pelaksanaan *triage*, yaitu sifat-sifat pribadi, karakteristik kognitif, karakteristik perilaku, dan pengalaman (Cone dan Murray 2002; Ainiyah, Ahsan, Fathoni, 2015). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD dr.T.C.Hillers Maumere tahun 2016 didapatkan hasil bahwa perawat dengan masa kerja >5 tahun (60%) dapat melaksanakan *triage* dengan baik dibandingkan dengan yang bekerja <5

tahun (40%) (Pitang dkk, 2016). Dalam penelitian Ainiyah dkk (2015), ditemukan faktor-faktor yang mempengaruhi proses pelaksanaan *triage* antara lain faktor kinerja (faktor individu, faktor organisasi, dan faktor psikologi), faktor ketenagaan (jumlah, kuantitas dan kualitas SDM yang tersedia), faktor perlengkapan dan faktor lingkungan yang terbagi menjadi dua, yaitu lingkungan kerja fisik (ketersediaan sumber daya atau sarana dan prasarana) dan lingkungan kerja non fisik (hubungan kerja dengan atasan, rekan kerja, bawahan).

Menurut Cone (2002) faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *triage decision making* adalah pengkajian, komunikasi, pengalaman bekerja di IGD, institusi, kemampuan berpikir kritis, pelatihan dan *monitoring*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Andersson, Omberg, dan Svedlund (2007), menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi *triage decision making* dibagi menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencerminkan wawasan dan keterampilan perawat, tingkat pengetahuan dan kinerja perawat. Faktor eksternal mencerminkan lingkungan kerja, termasuk beban kerja tinggi, pengaturan shift, informasi dokter, motivasi dan dukungan, deskripsi tugas dan tanggungjawab, kondisi klinis pasien, dan riwayat klinis pasien. Jika faktor-faktor tersebut diabaikan, maka pelaksanaan *triage* berjalan tidak optimal sehingga dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan, serta mengakibatkan ketidakmampuan dan bahkan cacat permanen bagi pasien (Ainiyah dkk, 2015).

2.3. *Length of Stay* (LOS)

2.3.1. Pengertian *Length of Stay* (LOS)

Length of Stay (LOS) atau lama tinggal merupakan waktu yang dihabiskan oleh pasien selama mendapatkan tindakan perawatan di IGD yang dihitung mulai dari pasien datang sampai dengan pasien dipulangkan atau dipindahkan ke unit lain (Rathlev et al., 2012). Menurut *Canadian Association of Emergency Physician (CAEP)* (2013) bahwa LOS pasien adalah waktu yang dihitung sejak pasien mendaftar atau berada di ruang *triage* sampai dengan pasien dipulangkan ke rumah baik dalam keadaan hidup ataupun meninggal atau dipindahkan ke bangsal. LOS ditandai dengan waktu yang dibutuhkan pasien dalam menerima perawatan (*care*), termasuk didalamnya ada pengkajian (*assessment*), pemeriksaan diagnostik (*complex diagnostics*) dan pengobatan (*treatment*) (Affleck et al., 2013).

Hingga saat ini belum ada standar pasti mengenai LOS pasien selama berada di IGD, namun secara internasional waktu LOS pasien di IGD yaitu ≤ 8 jam umumnya dianggap diterima (Rose et. al., 2012). *Canadian Association of Emergency Physician (CAEP)* merekomendasikan target nasional yang dapat digunakan untuk mengurangi dampak negatif dari *overcrowding* yaitu 8 - 12 jam (Affleck et al., 2013). *National Emergency Acces Target (NEAT) Australia* tahun 2016 merekomendasikan waktu LOS pasien yaitu dalam waktu 4 jam. Pada tahun 2015, IGD telah memenuhi program tersebut dengan memindahkan 90% dari semua pasien yang datang ke ruang IGD ke

ruang perawatan lainnya dalam waktu 4 jam (*Australian Government Department of Health and Ageing, 2011*).

Menurut Kepmenkes RI No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit untuk jenis pelayanan IGD menetapkan bahwa pasien diharapkan bisa pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam dimana dapat diartikan bahwa batas waktu pasien berada di IGD adalah maksimal 8 jam. Beberapa penelitian seperti yang dilakukan oleh Pitang dkk (2016) di IGD RSUD dr.T.C.Hillers Maumere menggunakan standar LOS yaitu 6 jam sementara penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2018) di IGD RSUD Kanjuruhan Kapanjen menggunakan waktu ≤ 6 jam sebagai LOS pasien di IGD. Di Indonesia sendiri memang belum ada standar peraturan secara nasional untuk penetapan waktu LOS pasien selama di IGD, tetapi seperti yang tercantum dalam Kepmenkes RI No. 856 tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal, bahwa pelayanan IGD dilakukan selama 24 jam penuh dalam 7 hari terhadap kasus gawat darurat, resusitasi dan stabilisasi (*life saving*). Waktu tanggap (*response time*) pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD (Kementerian Kesehatan RI, 2009).

2.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Length of Stay* (LOS) pasien di IGD

Dari berbagai penelitian sebelumnya ditemukan banyak faktor yang mempengaruhi LOS pasien selama berada di IGD, antara lain: proses administrasi pasien, jumlah dan kualitas tenaga kesehatan di IGD,

usia pasien, *triage*, fasilitas di ruang IGD, *overcrowding* pasien di IGD dan pemulangan pasien.

2.3.2.1. Administrasi Pasien

Saat pasien memasuki ruang IGD pasien dan atau keluarga akan diarahkan untuk melakukan registrasi dan menyelesaikan segala keperluan administrasi (Sun dkk, 2012). Apabila data administrasi pasien tidak diselesaikan maka pasien tidak akan dipindahkan ke ruang perawatan (IRNA) ataupun tidak diperbolehkan untuk pulang/keluar dari rumah sakit. Akibatnya, selain pasien berada di ruang IGD dengan waktu yang lama prosedur pelayanan yang dinilai terlalu rumit tersebut juga berdampak pada meningkatnya biaya perawatan pasien (Pitang dkk, 2016).

2.3.2.2. Jumlah dan Kualitas Tenaga Kesehatan di IGD

Ketersediaan jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan adalah syarat yang harus dipenuhi oleh IGD berdasarkan dengan kebutuhan pelayanan. Dibutuhkan kesesuaian perbandingan antara petugas kesehatan yang berada di IGD dengan pasien untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal (Nurmansyah dkk, 2014). Pengalaman bekerja (5-10 tahun) dan kinerja tenaga kesehatan (pelaksanaan tindakan sesuai etika, kepemimpinan dan standar pengembangan staf) yang berada di IGD dapat mempengaruhi

efektifitas penanganan sehingga berdampak pada LOS pasien (Ainiyah dkk, 2017; Pitang dkk, 2016). Efisiensi pelayanan pasien yang rendah akan menyebabkan waktu LOS pasien di IGD semakin lama (Miro, Sanchez, Espinosa, Coll-Vinent, Bragulat & Milla, 2003).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sabriyati, Islam, Syafruddin (2012) didapatkan hasil bahwa keberadaan dokter dan perawat di IGD untuk menerima pasien baru 2,97 kali lebih meningkatkan ketepatan waktu tanggap, sehingga hal ini menunjukkan pentingnya keberadaan dokter dan perawat di IGD. Berdasarkan Kepmenkes No. 856 tahun 2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit, IGD harus dapat memberikan pelayanan 24 jam selama 7 hari dalam seminggu secara terus menerus, dengan tersedianya dokter dan perawat yang terlatih serta dilarang untuk menolak pasien dan meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat, sehingga dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya yang bekerja di IGD harus *on site* 24 jam (Kepmenkes RI, 2009).

2.3.2.3. Usia Pasien

Usia pasien yang datang ke IGD tentunya berbeda-beda begitu pula dengan tingkat ketergantungan dan kebutuhan layanan kesehatannya. Berdasarkan penelitian Jus E. (2008) di salah satu IGD RS swasta di Jakarta Utara mendapatkan hasil bahwa pasien yang berusia lebih muda cenderung mendapatkan

pelayanan yang lebih cepat dibandingkan dengan pasien usia lanjut. Rata-rata waktu pelayanan untuk pasien berusia ≤ 21 tahun adalah 38 menit sedangkan untuk pasien berusia 65 tahun ke atas adalah 60 menit. Ini menunjukkan bahwa total durasi pelayanan pasien cenderung memanjang dengan bertambahnya usia pasien (Jus, 2008).

2.3.2.4. Triage

LOS merupakan indikator yang efektif untuk menilai kinerja dari IGD dan kualitas dari *triage* (Yoon et al., 2003). Perbedaan jenis kategori kegawatdaruratan pada pasien membuat pelayanan yang akan diberikan tentunya akan berbeda. Menurut Horwitz et. al. (2010) pasien dengan kondisi *immediate* mendapatkan respon pelayanan 0 menit, *semi urgent* 60 sampai 120 menit dan *non urgent* 120 sampai dengan 24 jam. LOS yang memanjang berhubungan erat dengan kualitas *triage* dan kinerja pelayanan keperawatan di IGD (Yoon et al., 2003; Bukhari et al., 2014).

Dalam penelitian yang dilakukan Bukhari et al., (2014) tentang LOS di IGD Saudi didapatkan hasil bahwa bahwa semakin tinggi level *triage* maka respon petugas kesehatan akan semakin cepat tetapi LOS pasien semakin memanjang. Pada *triage* level 4 dan 5 untuk investigasi dan konsultasi pasien rendah, *triage* level 3 memanjangnya waktu observasi, investigasi, dan perawatan akibat diagnosis yang masih kurang

jelas (samar-samar), dan *triage* level 1 dan 2 LOS memanjang karena manajemen kondisi kritis pasien. Semakin tinggi hasil *triage* yang ditetapkan berarti kemungkinan besar semakin berat jenis diagnosa pasien sehingga akan membuat penanganan di IGD membutuhkan waktu yang lebih lama (Liew et al., 2003).

2.3.2.5. Fasilitas di ruang IGD

Tidak lengkapnya fasilitas di ruang IGD dapat menyebabkan LOS pasien semakin memanjang (Tambengi dkk, 2017). Terbatasnya fasilitas tempat tidur di ruang IRNA (Instalasi Rawat Inap) dapat berdampak pada terhambatnya proses transfer pasien dari IGD ke IRNA sehingga akan mempengaruhi lamanya LOS pasien di IGD (Fatimah dkk, 2016). Salah satu penelitian yang dilakukan di IGD sebuah rumah sakit di Sukabumi menyatakan dari 3.780 pasien, 40% (1.512 pasien) dirujuk karena tempat perawatan penuh (Nurmansyah dkk, 2014). Ruangan perawatan yang penuh membuat pasien menumpuk dan mengakibatkan lamanya proses pemindahan pasien (Pitang dkk, 2016).

Dalam Kepmenkes RI No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit khususnya unit IGD salah satu indikatornya adalah kematian pasien di IGD <24 jam dengan standar dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam). Hal tersebut dapat diartikan bahwa batas maksimal pasien berada di ruang IGD adalah 8 jam, sehingga

jika terjadi penumpukan di ruang IGD akibat kapasitas tempat tidur di ruang IRNA terbatas maka akan membuat proses transfer pasien terhambat dan berakibat pada lamanya pasien tertahan di ruang IGD (Ningsih, 2015).

Tidak tersedianya *stretcher* untuk beberapa kejadian gawat darurat yang terjadi di IGD juga menunjukkan terjadinya peningkatan permintaan pelayanan yang melebihi kapasitas dan terjadinya *overcrowding* IGD pada waktu tersebut (Sabriyati, dkk, 2012). *Canadian of Association Emergency Physician* (2012) menuliskan bahwa kejadian kurangnya *stretcher* untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap kedatangan pasien baru yang mungkin saja dalam kondisi yang sangat kritis.

2.3.2.6. *Overcrowding* Pasien di IGD

Terlambatnya proses penanganan serta LOS pasien di IGD merupakan kunci untuk mengukur terjadinya *overcrowding* di IGD (Yoon et. al., 2003). Dalam Paul, Reddy, & DeFlicht, (2010) menyatakan bahwa faktor terbesar yang berkorelasi dengan LOS di IGD adalah terbatasnya *beds* di IRNA yang dapat mengakibatkan terjadinya kondisi *overcrowding* di IGD, sehingga risiko kematian meningkat 20-30% pada lingkungan yang *overcrowding* akibat dari tertahannya pasien (Forero, McCarthy, Hillman, 2011; Nurmansyah dkk, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Guttman dkk (2011), menemukan hasil bahwa

memanjangnya LOS pasien di IGD berhubungan dengan ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien. Rasa ketidaknyamanan tersebut dapat membuat pasien keluar dari IGD secara paksa sehingga dapat meningkatkan risiko mortalitas tanpa memperhatikan keselamatan pasien.

Menurut Solberg et al. (2003), *overcrowding* yang terjadi di IGD membuat para staf (perawat dan dokter) di IGD frustrasi sehingga akan berdampak pada pelayanan yang diberikan. Dampak lain yang dapat terjadi akibat *overcrowding* pasien di IGD adalah kurangnya penanganan pada pasien, kondisi medis yang buruk, perawatan yang tidak adekuat, tinggal di IGD tanpa dilihat/observasi oleh staf (Bernstein et al., 2008). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Henneman et al., (2010), menemukan bahwa jumlah pasien yang tinggal di IGD >6 jam berhubungan signifikan dengan volume pasien selama di IGD. Lama pasien tinggal >6 jam paling tinggi terjadi pada dari siang sampai sore (11.00-18.00) dan paling rendah pada dini hari sampai pagi (02.00-06.00).

2.3.2.7. Pemulangan Pasien

Tertundanya proses pemulangan pasien juga akan membuat LOS pasien di IGD semakin memanjang. Faktor ini bukan hanya karena disebabkan oleh tertahannya pasien di ruang IGD tetapi juga karena keterbatasan ketersediaan SDM

dan tingginya aktifitas tenaga kesehatan di ruang perawatan (Nurmansyah dkk, 2014).

2.4. Kepuasan Pasien

2.4.1. Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan merupakan hasil dari sebuah penilaian yang digambarkan dengan perasaan setelah memperoleh apa yang di inginkan atau bahkan melebihi ekspektasi dengan membandingkan kinerja dan harapan pelayanan yang didapatkan sebelum dan sesudah diberikan layanan (Pohan, 2007). Menurut Sabarguna (2004), kepuasan pasien adalah penilaian yang terdiri dari subyektifitas dan obyektifitas terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, dimana penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis saat menerima pelayanan kesehatan dan pengaruh lingkungan. Kualitas pelayanan yang baik memberikan pengaruh yang positif terhadap kepuasan pelanggan (Supraworo, 2009).

Penilaian tingkat kepuasan pasien menjadi salah satu alat pengukur yang penting untuk memantau kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit (Otani et al., 2009; JCI, 2010). Hayati (2010), mengatakan tingkat kepuasan pasien juga adalah salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah pengunjung rumah sakit serta persepsi masyarakat tentang citra rumah sakit tersebut. Layanan kesehatan yang bermutu dan sesuai dengan standar tentunya akan memberikan citra yang baik kepada masyarakat dan begitu pula dengan sebaliknya.

2.4.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Moison, Walter dan White (dalam Nooria, 2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu, karakteristik produk/jasa, harga, kualitas pelayanan, lokasi rumah sakit, fasilitas, *image*, desain visual, suasana dan komunikasi. Sinaga (2003), menyatakan dalam memberikan pelayanan yang baik terdapat dua dimensi yang perlu diperhatikan, yaitu dimensi prosedural dan dimensi keramahan. Kedua dimensi ini pada akhirnya akan mempengaruhi kepuasan. Dimensi Prosedural (*Procedural Dimension*) meliputi, ketepatan waktu (*timeliness*), akomodasi (*accommodation*), komunikasi (*communication*), dan respon konsumen (*customer feedback*). Sedangkan Dimensi Keramahan (*Convivial Dimension*) meliputi, sikap (*Attitude*), bahasa tubuh (*Body Language*), bijaksana (*Tact*) dan perhatian (*Attentiveness*) (Sinaga, 2003 dalam Septiani, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kol et al., (2018), didapatkan hasil bahwa faktor yang paling mempengaruhi kepuasan pasien yaitu, keterampilan perawat dan bagaimana perawat menghormati privasi pasien. Beberapa studi yang dilakukan di beberapa negara melaporkan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain individu (usia, jenis kelamin, pendidikan), faktor kelembagaan (layanan medis dan keperawatan dari rumah sakit) dan faktor lingkungan (kebersihan, makanan, tingkat suara, suasana dan estetika dari tempat). Penelitian lain yang dilakukan oleh Korkmaz et al., (2016), di beberapa rumah sakit yang ada di Turkey menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien adalah karakteristik pelayanan

kesehatan dari dokter-perawat, komunikasi dengan pasien dan keluarga, karakteristik infrastruktur rumah sakit, waktu tunggu di ruang *triage*, usia, status pendidikan, pengetahuan tentang masalah medis, persepsi perawatan antara petugas kesehatan dan pasien itu sendiri, adat istiadat dan tradisi sosial (Korkmaz et al., 2016).

2.4.3. Hubungan Kepuasan Pasien dan Kualitas Pelayanan

Kepuasan pasien memiliki hubungan yang erat dengan penilaian layanan kualitas kesehatan, dimana pelayanan yang baik akan mendapatkan respon yang positif dari pasien sebaliknya pelayanan yang buruk akan menimbulkan ketidakpuasan dan respon negatif dari pasien (Rohansyah, 2017). Dalam kualitas pelayanan jasa terdapat 2 faktor utama yang mempengaruhi, yaitu *expected service* (layanan yang diterima atau dirasakan) dan *perceived service* (layanan yang diharapkan) (Parasuraman, dkk, 1988). Apabila layanan yang diterima atau dirasakan sesuai atau melebihi dari apa yang diharapkan maka layanan tersebut dapat di persepsikan baik atau memuaskan. Sebaliknya, apabila layanan yang diterima tidak sesuai atau lebih rendah daripada yang diharapkan maka layanan tersebut dapat di persepsikan buruk atau tidak memuaskan (Tjiptono, 2004).

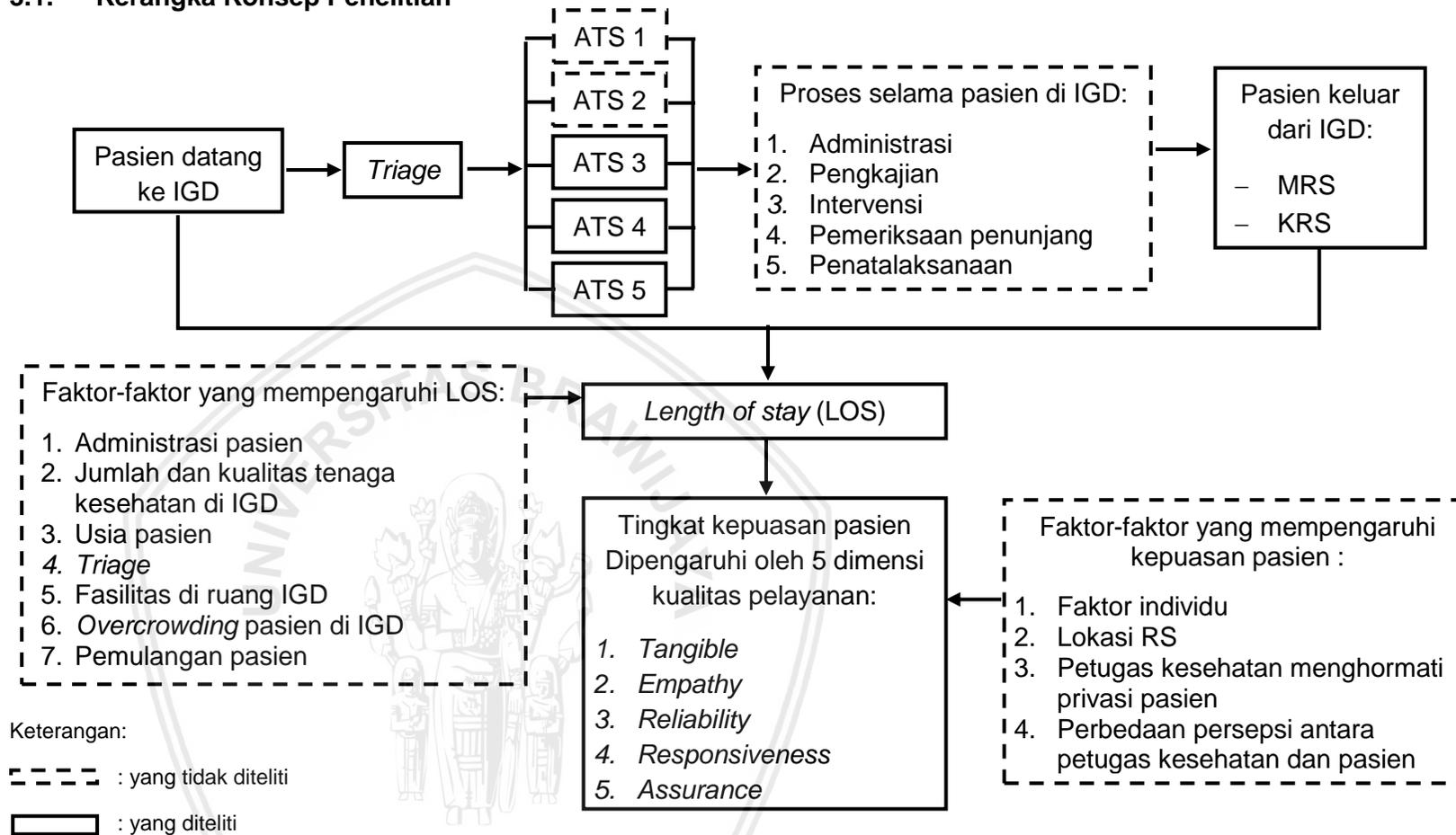
Menurut Parasuraman, dkk (1988), dalam artikel *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*, kepuasan pasien sangat berhubungan erat dengan kualitas pelayanan dimana terdapat lima dimensi kualitas pelayanan jasa yang menjadi dasar untuk mengukur kepuasan pasien, yaitu:

1. *Tangible* (bukti langsung/nyata), ditandai dengan penyediaan layanan berupa sarana fisik atau kondisi ruang IGD yang bersih, perlengkapan yang memadai, ruang tunggu yang nyaman, penampilan petugas kesehatan yang rapi, bersih dan menarik.
2. *Reliability* (kehandalan), ditandai dengan kemampuan dan keprofesionalan dalam memberikan pelayanan yang telah dijanjikan dengan tepat waktu, akurat, dapat dipercaya dan dipertanggung jawabkan, teliti, pelayanan yang sama untuk semua pasien, sikap simpatik, memuaskan serta persyaratan dan prosedur yang tidak berbelit-belit.
3. *Responsiveness* (ketanggapan), ditandai dengan kesanggupan untuk memberikan layanan kesehatan dengan cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pasien dan pasien tidak menunggu lama.
4. *Assurance* (jaminan kepastian), ditandai dengan pengetahuan, kesopanan, keramahan, kompetensi, kredibilitas, komunikasi dan sifat petugas yang dapat dipercaya sehingga mampu menciptakan rasa aman bagi pasien dan bebas dari resiko keragu-raguan.
5. *Empathy* (empati), ditandai dengan rasa kepedulian, kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatian personal petugas kepada pasien, menjadi pendengar yang baik dan sabar, memahami kebutuhan pasien dan memberikan kemudahan untuk pasien dalam mendapatkan bantuan.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Sebagai garda terdepan dari rumah sakit IGD harus selalu siap sedia dalam memberikan pelayanan 24 jam selama 7 hari dalam seminggu bagi masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Dalam memberikan pertolongan pada pasien di IGD dibutuhkan kecepatan dan ketepatan agar pasien bisa selamat dari kondisi yang mengancam nyawa. Semua pasien yang datang ke IGD berhak mendapatkan pertolongan, tetapi dalam pelaksanaannya harus sesuai dengan prioritas keparahan dan level kebutuhan perawatan yang dibutuhkan pasien (Sumarno dkk, 2017). Pasien yang sampai di IGD akan dilakukan *triage* terlebih dahulu, yaitu proses pemilihan dan pengelompokan sehingga pasien akan diberikan pertolongan berdasarkan dengan tingkat keparahan dan urgensinya.

Dalam triage ATS terbagi menjadi 5 kategori, yaitu kategori 1/*immadiate* adalah pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa dan harus segera diberikan intervensi, kategori 2/*emergent* adalah pasien yang beresiko mengancam nyawa dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, kategori 3/*urgent* adalah pasien dengan kondisi yang bisa berpotensi membahayakan nyawa atau menambah keparahan pasien, kategori 4/*semi-urgent* adalah pasien dengan kondisi yang bisa berpotensi menjadi lebih berat apabila tidak di intervensi dan kategori 5/*non-urgent* adalah pasien dengan kondisi yang tidak akan mengancam nyawa apabila tidak segera diberikan intervensi (Australian Government Department of Health and Ageing, 2013; Habib, dkk, 2016). Pasien yang sudah di *triage* akan melewati setiap proses yang ada di IGD, yaitu proses administrasi, pengkajian, intervensi, pemeriksaan penunjang untuk mendukung hasil diagnosis serta penatalaksanaan. Setelah

pasien selesai diberikan pertolongan di IGD selanjutnya adalah keputusan untuk menentukan apakah pasien akan MRS atau KRS.

LOS di IGD sangat bervariasi tergantung pada masing-masing pasien. *Length of Stay* (LOS) atau lama tinggal adalah waktu dihitung mulai dari pasien datang sampai dengan pasien dipulangkan atau dipindahkan ke unit lain (Rathlev et al., 2012). LOS ditandai dengan waktu yang dibutuhkan pasien dalam menerima perawatan (*care*), dimana di dalamnya ada pengkajian (*assessment*), pemeriksaan diagnostik (*complex diagnostics*) dan pengobatan (*treatment*) (Affleck et al., 2013). Keterlambatan dalam memberikan pertolongan di IGD tidak hanya akan membuat LOS pasien semakin memanjang tetapi juga akan mengakibatkan kecacatan atau kematian pada pasien, sehingga dibutuhkan efektifitas dan efisiensi waktu dalam setiap tindakan yang dilakukan agar hal tersebut dapat dicegah. LOS pasien di IGD di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya administrasi pasien, jumlah dan kualitas tenaga kesehatan di IGD, usia pasien, *triage*, fasilitas di ruang IGD, *overcrowding* pasien di IGD dan pemulangan pasien.

Penilaian tingkat kepuasan pasien menjadi salah satu alat ukur yang penting untuk memantau kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit (Otani et al., 2009; JCI, 2010). Kepuasan pasien sangat berhubungan erat dengan kualitas pelayanan dimana dalam kualitas pelayanan tersebut mencakup 5 dimensi, yaitu *tangible*, *empathy*, *reability*, *responsiveness* dan *assurance*. Dalam memberikan pelayanan kesehatan terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien, di antaranya adalah faktor individu, lokasi RS, petugas kesehatan menghormati privasi pasien, perbedaan persepsi antara petugas kesehatan dan pasien.

3.2. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep dan sesuai dengan tujuan dari penelitian, maka rumusan hipotesis untuk penelitian ini, yaitu ada hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian yang melakukan pengukuran atau pengamatan untuk mengetahui hubungan antar variabel pada saat yang bersamaan atau dalam satu kali pada satu waktu dan dikumpulkan pada waktu pengukuran itu dilakukan (Notoadmojo, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang datang langsung ke Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

Pada penelitian ini populasi ditentukan menggunakan rata-rata jumlah pasien IGD dalam periode 6 bulan terakhir (Oktober 2018 - Maret 2019) di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang, yaitu 566 pasien/bulan.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Besarnya sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Slovin (Sugiyono, 2013) yaitu sebagai berikut:

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

$$= \frac{566}{1 + 566(0.1)^2}$$

$$= \frac{566}{6,66}$$

= 84,9 pasien atau dibulatkan menjadi 85 pasien.

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Jumlah sampel

e = Presentase kesalahan (10%)

Dalam rumus Slovin ada ketentuan sebagai berikut:

Nilai e = 10% (0,1) untuk populasi dalam jumlah besar

Nilai e = 20% (0,2) untuk populasi dalam jumlah kecil

Jadi rentang sampel yang dapat diambil dari teknik Slovin adalah antara 10-20% dari populasi penelitian (Sugiyono, 2013).

Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*, dengan menggunakan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Nursalam, 2008).

Kriteria Inklusi:

1. Pasien dengan ATS Kategori 3 sampai ATS 5.
2. Pasien dengan kondisi sadar (GCS 4-5-6).
3. Pasien yang dinyatakan stabil oleh petugas kesehatan dan mampu berkomunikasi.
4. Pasien yang telah selesai mendapatkan penatalaksanaan.
5. Pasien dengan usia >18 tahun.
6. Pasien dinyatakan bisa keluar dari IGD baik MRS ataupun KRS.

Kriteria Eksklusi:

1. Pasien dalam kondisi panik.
2. Pasien yang dinyatakan mengalami gangguan kejiwaan oleh petugas kesehatan.
3. Pasien dengan gangguan pendengaran.
4. Pasien pulang paksa.

4.3 Identifikasi Variabel**4.3.1 Variabel Bebas (Independen)**

Variabel Independen dalam penelitian ini adalah *length of stay* (LOS) di IGD.

4.3.2 Variabel Terikat (Dependen)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien di IGD.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang dengan alamat Jl. S. Supriadi No.22, Sukun, Kota Malang.

4.4.2 Waktu

Penelitian ini dilakukan bulan Februari sampai Juni 2019. Dimulai dari pembuatan proposal pada tanggal 21 Februari 2019 sampai dengan pengambilan data penelitian pada tanggal 23 Mei 2019 – 03 Juni 2019.

4.5 Instrument Penelitian

4.5.1 Alat ukur penelitian

Peneliti menggunakan dua alat dalam pengumpulan data. Untuk mengumpulkan data *length of stay* (LOS), peneliti menggunakan lembar observasi, *stopwatch*, dan rekam medis pasien dan untuk tingkat kepuasan pasien peneliti menggunakan kuisisioner dan wawancara.

1. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan observasi tak berperan, dimana peneliti hanya melakukan pengamatan sehingga apapun yang dilakukan peneliti sama sekali tidak akan mempengaruhi segala yang terjadi pada subjek atau objek yang diteliti (Sutopo, 2006). Observasi dalam penelitian ini dilakukan untuk mengamati atau mengukur *length of stay* (LOS) pasien selama di IGD. Lembar observasi yang digunakan untuk mengukur *length of stay* (LOS) berisikan inisial pasien, usia, *triage* pasien, waktu pasien masuk IGD, waktu pasien keluar IGD yang terdiri dari pasien dinyatakan keluar

dari IGD (masih berupa keputusan) (A) dan pasien keluar secara fisik dari IGD (meninggalkan ruangan IGD) (B), LOS pasien di IGD (menit), faktor-faktor yang mempengaruhi LOS pasien di IGD, yaitu administrasi pasien, jumlah tenaga kesehatan di IGD tiap *shift*, fasilitas di ruang IGD, *overcrowding* pasien di IGD (total pasien dibanding jumlah perawat tiap *shift*) dan pemulangan pasien (waktu selisih B-A). Lembar observasi ini dibuat berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Wijayanti (2018) dengan modifikasi dari peneliti.

2. Kuisisioner adalah teknik pengumpulan data melalui formulir yang berisikan pernyataan-pernyataan yang diajukan secara tertulis pada mereka yang menjadi subjek penelitian untuk mendapatkan informasi atau jawaban yang diperlukan peneliti (Mardalis, 2008). Lembar kuisisioner yang digunakan untuk menilai tingkat kepuasan pasien terdiri dari 2 bagian. Bagian A berisikan data demografi responden, yang meliputi nama/inisial, usia, alamat, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan administrasi pasien. Lembar kuisisioner bagian B berupa daftar pernyataan berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Widodo (2015) dan Wiyono (2016) dengan modifikasi dari peneliti. Kuisisioner ini terdiri dari 25 poin pernyataan dengan metode kuisisioner *servqual*, dimana responden disediakan 5 pilihan jawaban pada kolom kenyataan dan kolom harapan kemudian responden hanya memilih satu diantaranya. Peneliti menggunakan skala penilaian Likert yang dikembangkan oleh Ransis Likert dengan modifikasi yang terdiri dari 5 pilihan jawaban, yaitu: 5 = sangat baik/sangat penting, 4 = baik/penting, 3 = cukup baik/cukup penting, 2 = tidak baik/tidak

penting dan 1 = sangat tidak baik/sangat tidak penting. Kuisisioner ini meliputi 5 dimensi kualitas pelayanan, yaitu:

- a. *Tangible*, berhubungan dengan fasilitas fisik dan peralatan/perlengkapan yang memadai, seperti ruangan IGD yang bersih, nyaman dan penampilan petugas yang rapi dan menarik.
- b. *Empathy*, berhubungan dengan rasa kepedulian dan perhatian petugas kesehatan kepada pasien, mau menjadi pendengar yang baik dan sabar, memahami kebutuhan pasien dan memberikan kemudahan untuk pasien dalam mendapatkan bantuan.
- c. *Reliability*, berhubungan dengan kemampuan dan keprofesionalan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu, akurat, dapat dipercaya dan dipertanggung jawabkan, pelayanan yang sama untuk semua pasien, sikap simpatik dan memuaskan.
- d. *Responsiveness*, berhubungan dengan kesanggupan untuk memberikan layanan kesehatan dengan cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pasien dan pasien tidak menunggu lama.
- e. *Assurance*, berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan, keramahan, kompetensi, kredibilitas, komunikasi dan sifat petugas yang dapat dipercaya sehingga mampu menciptakan rasa aman bagi pasien.

Dalam masing-masing dimensi terdapat 5 pernyataan yang dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Pernyataan Kuisiomer

No.	Dimensi	Jumlah pernyataan
1	<i>Tangible</i>	5
2	<i>Empathy</i>	5
3	<i>Reliable</i>	5
4	<i>Ressponsiveness</i>	5
5	<i>Assurance</i>	5

Kuisiomer mengenai kepuasan pasien tersebut akan dianalisa sehingga menghasilkan tingkat kepuasan pasien. Tingkat kepuasan pasien dalam persen dapat diketahui dengan cara menghitung skor pada kolom kenyataan di bagi skor dalam kolom harapan kemudian dikalikan 100 (Widodo, 2015). Kemudian peneliti mengelompokkan menjadi 3 tingkatan, yaitu:

- a. Rendah : < 70%
- b. Sedang : 70% – 80%
- c. Tinggi : > 80%

Pengelompokkan tersebut didasarkan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Widodo (2015).

Selain menggunakan lembar kuisiomer peneliti juga melakukan wawancara dengan responden terkait LOS selama responden berada di IGD dengan kepuasan yang responden rasakan dengan pelayanan

yang telah mereka dapatkan. Wawancara dilakukan sebagai proses validasi data peneliti terkait dengan observasi yang telah peneliti lakukan sebelumnya.

4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas Kuisisioner

1. Uji Validitas

Kuisisioner ini telah dilakukan uji validitas di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang yang melibatkan 10 responden dengan menggunakan rumus *Pearson product moment* dan program SPSS 16.00 for windows dengan tingkat signifikan 5% (0,05) (Praptomo dkk, 2016). Hasil uji validitas tiap pernyataan dari kuisisioner menunjukkan bahwa r_{hitung} pada item harapan memiliki nilai 0.640 – 0.946 dan pada item kenyataan memiliki nilai 0.785 – 0.956. Hasil tersebut lebih besar daripada r_{tabel} yang memiliki nilai 0.632 sehingga semua pernyataan pada kuisisioner tersebut adalah valid dan dapat digunakan pada proses analisis selanjutnya.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas pada instrumen yang digunakan pada penelitian ini mendapatkan hasil dengan nilai *Alpha Cronbach* untuk harapan yaitu 0.984 dan untuk kenyataan yaitu 0.979. Artinya kuisisioner ini reliabel dan dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian.

4.6. Definisi Operasional

Tabel 4.4 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1.	Variabel Independen : <i>Length of stay</i> (LOS)	<i>Length of stay</i> (LOS) atau waktu tinggal adalah lamanya waktu yang dihabiskan oleh pasien selama mendapatkan tindakan dari petugas kesehatan di ruang IGD.	Waktu (menit) yang dihitung mulai dari pasien datang (masuk pintu IGD) sampai dengan pasien keluar dari IGD (secara fisik) baik dengan alasan dipulangkan atau dipindahkan ke unit lain.	<ul style="list-style-type: none"> – Lembar observasi – <i>Stopwatch</i> – Rekam medis pasien 	Rasio	-

2.	Variabel Dependen : Tingkat kepuasan pasien	Hasil atau respon dari sebuah penilaian yang digambarkan melalui perasaan setelah memperoleh pelayanan kesehatan dengan apa yang diharapkan.	Terdapat 5 dimensi kepuasan pasien, yaitu <i>tangible, empathy, reliable,</i> <i>responsiveness</i> dan <i>assurance</i> . Dari ke 5 dimensi tersebut masing- masing terdiri dari 5 pernyataan, sehingga terdapat 25 pernyataan yang masing-masing memiliki rentang 1 – 5 pilihan jawaban yang tersedia pada kolom.	– Lembar kuisisioner yang didasari dari penelitian sebelumnya oleh Widodo (2015) dan Wiyono (2016) dengan modifikasi.	Interval	– Rentang skor: 20 (nilai minimum yang didapat) 500 (nilai maksimum yang didapat) – Tingkat kepuasan pasien: a. Rendah : < 70% b. Sedang : 70 – 80% c. Tinggi : > 80%
----	---	--	---	---	----------	--

4.7. Pengumpulan data

4.7.1. Prosedur Administrasi

- a. Langkah awal yang dilakukan adalah menyusun proposal penelitian.
- b. Mengajukan surat permohonan kepada Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk melakukan studi pendahuluan di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.
- c. Mengidentifikasi sampel yang sesuai dengan kriteria penelitian, yaitu pasien di ruang IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.
- d. Mengurus surat kelayakan etik di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk meminta surat permohonan izin penelitian.
- e. Mendapatkan surat izin penelitian dari RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang untuk melaksanakan penelitian di ruang IGD dan berkoordinasi selama proses pengambilan data penelitian.

4.7.2. Prosedur Teknis

A. Observasi *Length of Stay* (LOS)

1. Semua pasien yang datang ke IGD akan dihitung waktu kedatangannya.
2. Pasien akan dilakukan *triage* (oleh petugas IGD).
3. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi akan masuk ke dalam sampel penelitian.
4. Peneliti akan melakukan observasi saat pasien masuk dan keluar (secara fisik) dari IGD.

5. Peneliti akan menghitung LOS pasien (menit) dengan mengurangi waktu keluar pasien dari IGD dengan waktu kedatangan pasien ke IGD.

B. Pengisian Kuisisioner Kepuasan

1. Pengukuran kepuasan pasien dilakukan peneliti dengan cara membagikan kuisisioner kepada pasien yang sebelumnya telah diobservasi LOS-nya selama di IGD.
2. Peneliti melihat keadaan pasien apakah dalam keadaan sadar dengan GCS 4-5-6.
3. Peneliti menanyakan kepada petugas kesehatan kondisi pasien apakah telah stabil dan dapat berkomunikasi.
4. Peneliti mengenalkan diri kepada pasien dan menjelaskan manfaat dan tujuan dari penelitian yang sedang dilakukan serta bagaimana cara mengisi kuisisioner penelitian.
5. Pasien dimohon untuk menandatangani *informed consent* jika bersedia menjadi responden, setelah setuju pasien diminta untuk mengisi kuisisioner dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom jawaban yang dipilih.
6. Peneliti mendampingi responden dalam pengisian kuisisioner dan memberikan kesempatan responden bertanya bila mengalami kesulitan.
7. Setelah kuisisioner terisi peneliti akan mengecek kembali kelengkapan jawaban dan mengklarifikasi bila ada pernyataan yang belum terisi.

8. Diakhir sesi peneliti melakukan wawancara dengan responden terkait dengan kepuasan yang responden rasakan dan peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi pasien dalam penelitian ini.
9. Melakukan perhitungan tiap atribut/item (pernyataan) di lembar kuisisioner.
10. Selanjutnya menghitung kepuasan pasien.

4.8. Pengolahan Data dan Analisa Data

4.8.1. Teknik Pengolahan Data

a. Editing

Kuisisioner yang telah dikumpulkan dari responden secara langsung, dilakukan pengecekan kembali untuk memastikan kelengkapan jawaban.

b. Coding

Semua jawaban kuisisioner dari responden diubah menjadi kode-kode untuk memudahkan peneliti dalam pengolahan data. Pemberian kode pada penelitian ini meliputi:

a) Data demografi pasien:

Jenis kelamin:

Wanita : kode 1

Pria : kode 2

Pendidikan terakhir:

SD : kode 1

SMP : kode 2

SMA : kode 3

S1 : kode 4

S2 : kode 5

S3 : kode 6

Diploma : kode 7

Tidak sekolah : kode 8

Pekerjaan:

Pelajar/Mahasiswa : kode 1

PNS : kode 2

Pegawai swasta : kode 3

Wiraswasta : kode 4

Buruh : kode 5

Pedagang : kode 6

Petani : kode 7

Tidak bekerja : kode 8

Lain-lain : kode 9

Administrasi:

BPJS/asuransi lain : kode 1

Swasta/mandiri : kode 2

b) Tingkat kepuasan pasien terdiri dari:

Rendah: < 70% : kode 1

Sedang : 70% – 80% : kode 2

Tinggi : > 80% : kode 3

c. *Processing*

Data dari responden dimasukkan ke dalam tabel seperti pengkodean dengan menggunakan program dari komputer. Data tersebut berkaitan dengan variabel penelitian, yaitu data *length of stay* (LOS) dan data tingkat kepuasan pasien di IGD.

d. *Cleaning*

Data dari responden dicek kembali untuk melihat apakah ada data yang hilang, rusak, tidak lengkap dan lain-lain. *Cleaning* dilakukan pada data-data yang tidak perlu atau tidak dibutuhkan dalam proses pengkodean.

4.8.2. Teknik Analisa Data

a. Analisa Univariat

Peneliti menggunakan analisa univariat untuk mencari distribusi frekuensi dan persentase dari *length of stay* (LOS) dan tingkat kepuasan pasien IGD.

b. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa data yang digunakan ada dua macam, yaitu uji prasyarat dan uji hipotesis dengan menggunakan bantuan *SPSS 16.00 for windows*.

1. Uji Prasyarat

a. Uji Normalitas

Uji normalitas data sampel dalam penelitian ini menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* dengan menggunakan bantuan *SPSS 16.00 for windows*.

Kriteria pengujian, yaitu jika nilai $t_{hitung} < t_{tabel}$ signifikansi probabilitasnya ($p > 0,05$) maka data berasal dari populasi yang berdistribusi normal, jika nilai nilai $t_{hitung} > t_{tabel}$ signifikansi probabilitasnya ($p < 0,05$) maka data dan populasi tidak berdistribusi normal (Trihendradi, 2005).

b. Uji Homogenitas

Uji homogenitas yang dipakai dalam penelitian ini adalah uji *Levene* dengan menggunakan bantuan *SPSS 16.00 for windows*. Kriteria pengujian yaitu jika nilai signifikansi lebih besar dari $\alpha = 0,05$ maka hipotesis nol diterima (Trihendradi, 2005).

2. Uji Hipotesis

Setelah dilakukan uji normalitas dan homogenitas data, untuk mengukur keeratan hubungan antara dua variabel maka digunakan uji *Korelasi Pearson*. Koefisien korelasi dapat menghasilkan angka positif (hubungan searah) dan negatif (hubungan terbalik). Angka korelasi berkisar antara 0-1. Uji hipotesis menggunakan *Korelasi Pearson* dalam penelitian ini menggunakan bantuan *SPSS 16.00 for windows*.

3. SPSS (*Statistical Product and Service Solution*)

SPSS (Statistical Product and Service Solution) merupakan aplikasi komputer yang digunakan untuk menganalisis data statistik untuk mendapatkan hasil data yang relevan. Karena *SPSS* merupakan paket program untuk mengolah dan menganalisis data, maka untuk menjalankan program ini terlebih dahulu harus dipersiapkan data yang akan digunakan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan *SPSS 16.00 for windows* untuk membantu dalam proses menghitung, mengolah serta menganalisis data hasil penelitian (Kementerian Pendidikan dan Budaya RI, 2014).

c. Analisis Gap

Selain menganalisis tingkat kepuasan pasien, pada penelitian ini peneliti juga akan menghitung kesenjangan (*gap*) tiap butir/item (pernyataan) dari kelima dimensi kualitas pelayanan. Menghitung kesenjangan (*gap*) dilakukan dengan cara membandingkan nilai rata-rata harapan dengan nilai rata-rata kenyataan yang diterima konsumen. Kepuasan paling tinggi terjadi apabila kenyataan melampaui harapan yaitu pada saat pelayanan yang diberikan maksimal sedangkan harapan minimal, sehingga didapatkan nilai positif. Sebaliknya, kepuasan paling rendah terjadi apabila pelayanan yang diterima jauh dibawah harapan yaitu pada saat pelayanan diberikan minimal sedangkan harapan maksimal, sehingga didapatkan nilai negatif.

4.9. Etika Penelitian

Surat keterangan kelaikan etik didapatkan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya No. 170/EC/KEPK-S1-PSIK/05/2019. Adapun Belmont's Principles dalam penelitian ini, diantaranya:

a. *Respect for person* (Menghormati Harkat dan Martabat Manusia)

Responden memiliki otonomi dalam menentukan pilihannya sendiri secara sadar dan tanpa paksaan setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Apapun pilihannya harus senantiasa dihargai dan dihormati dan tetap diberikan keamanan terhadap kerugian penelitian pada responden yang memiliki kekurangan otonomi. Beberapa tindakan yang terkait prinsip menghormati harkat dan martabat responden adalah mempersiapkan formulir persetujuan (Widodo, 2015).

b. *Benefience & Malefience* (Keuntungan & Kerugian)

Penelitian yang dilakukan harus meminimalkan kerugian atau kesalahan dan memaksimalkan keuntungan dan kebaikan terhadap responden penelitian (Widodo, 2015).

c. *Justice* (Keadilan)

Responden penelitian harus diberlakukan secara adil dalam hal beban dan manfaat atas keikutsertaan dalam penelitian. Semua peneliti harus memberikan perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apapun selama kegiatan penelitian dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial (Widodo, 2015).

d. *Informed consent* (Lembar Persetujuan)

Merupakan persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian. *Informed consent* adalah surat ijin atau pernyataan responden yang diberikan secara bebas, sadar dan rasional setelah mendapatkan informasi dari peneliti. Pada penelitian ini responden diberikan penjelasan terlebih dahulu oleh peneliti terkait maksud dan tujuan penelitian, kemudian setelah responden setuju baru menandatangani lembar *informed consent* (Widodo, 2015).

e. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin semua informasi yang diberikan oleh responden hanya akan diketahui oleh peneliti. Peneliti tidak mencantumkan inisial responden pada hasil penelitian (Widodo, 2015).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Penelitian ini telah dilakukan sejak tanggal 23 Mei 2019 hingga 03 Juni 2019 di ruang Instalasi Gawat Darurat RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang. Pengambilan data dilakukan pada 3 shift yang berbeda, yaitu shift pagi (08.00-14.00), shift sore (14.00-21.00) dan shift malam (21.00-08.00). Total responden penelitian sebanyak 83 responden yang telah disesuaikan berdasarkan dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

5.1 Analisa Data Umum

5.1.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang diperoleh data yang akan diuraikan secara statistik deskriptif untuk mengetahui gambaran karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, jenis *triage*, tingkat pendidikan, pekerjaan, administrasi pasien, dan waktu kepulangan pasien.

5.1.1.1 Karakteristik Responden

**Tabel 5.1 Karakteristik Responden di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen
Malang**

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Usia		
	18 – 40 tahun (dewasa muda)	45	54.2%
	41 – 60 tahun (dewasa tengah)	27	32.5%
	>61 tahun (dewasa akhir)	11	13.3%
	Total	83	100%

2. Jenis kelamin

Laki-laki	32	38.6%
Perempuan	51	61.4%
Total	83	100%

3. Jenis *Triage*

ATS 3	34	41%
ATS 4	29	34.9%
ATS 5	20	24.1%
Total	83	100%

4. Tingkat Pendidikan

SD	16	19.3%
SMP	21	25.3%
SMA	38	45.8%
Sarjana	8	9.6%
Total	83	100%

5. Pekerjaan

Pelajar/Mahasiswa	17	20.5%
PNS/Swasta	6	7.2%
Wiraswasta	24	28.9%
Lain-lain	16	19.2%
Tidak bekerja	20	24.1%
Total	83	100%

6. Administrasi

BPJS/Asuransi lain	54	65.1%
--------------------	----	-------

Swasta/mandiri	29	34.9%
Total	83	100%

Berdasarkan Tabel 5.1 diatas merupakan data mengenai karakteristik responden di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa distribusi usia pasien terbanyak adalah dewasa muda sejumlah 45 orang (54.2%) dan terkecil adalah dewasa akhir sejumlah 11 orang (13.3%). Kemudian untuk jenis kelamin pasien yaitu 32 laki-laki (38.6%) dan 51 perempuan (61.4%). Distribusi jenis kasus pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu *triage* ATS 3 sejumlah 34 pasien (41%), ATS 4 sejumlah 29 pasien (34.9%) dan ATS 5 sejumlah 20 pasien (24.1%). Selanjutnya untuk tingkat pendidikan pasien yang paling banyak yaitu pasien dengan tingkat pendidikan SMA sejumlah 38 orang (45.8%) dan pekerjaan pasien yang paling banyak yaitu pekerjaan sebagai wiraswata yaitu 24 orang (28.9%). Pasien yang menggunakan administrasi BPJS/asuransi lain adalah 54 orang (65.1%) dan yang menggunakan swasta/mandiri adalah 29 orang (34.9%).

5.1.1.2 Waktu Kepulangan Pasien

Tabel 5.2 Distribusi Waktu Kepulangan Pasien

Waktu Kepulangan Pasien	Minimum	Maksimum	Rata-rata
Selisih keputusan dan keluar secara fisik dari IGD	9 menit	169 menit	41.83 menit

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, diketahui bahwa distribusi untuk waktu kepulangan pasien (selisih antara keputusan KRS/MRS dengan keluar secara fisik dari IGD) didapatkan hasil dengan waktu tercepat

adalah 9 menit dan waktu terlama adalah 169 menit atau sama dengan 2 jam 49 menit dengan rata-rata 41.83 menit.

5.1.2 Karakteristik Tempat Penelitian

Berikut ini adalah karakteristik tempat penelitian yang terdiri dari jumlah distribusi pasien tiap shift dan distritbusi tenaga kesehatan tiap shift.

5.1.2.1 Distribusi Rentang Jumlah Pasien Berdasarkan Shift

Tabel 5.3 Distribusi Rentang Jumlah Pasien Berdasarkan Shift

Shift	Jumlah Pasien
Pagi	11-16 orang
Sore	6-9 orang
Malam	4-5 orang

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, diketahui bahwa jumlah pasien yang paling banyak terdapat pada shift pagi sedangkan jumlah pasien paling sedikit terdapat pada shift malam.

5.1.2.2 Distribusi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Shift

Tabel 5.4 Distribusi Tenaga kesehatan Berdasarkan Shift

Shift	Jumlah Tenaga Kesehatan
Pagi	7-8 orang
Sore	5-6 orang
Malam	4-5 orang

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, diketahui pembagian jumlah tenaga kesehatan yang bertugas sesuai shift pagi, sore, dan malam. Tenaga kesehatan di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang terdiri dari dokter

umum, perawat dan bidan. Pada shift pagi memiliki jumlah petugas yang lebih banyak karena jumlah pasien yang datang lebih banyak pada pagi hari dibanding dengan shift yang lainnya.

5.2 Analisa Data Khusus

5.2.1 *Length of Stay* (LOS)

Tabel 5.5 Statistik deskriptif *Length of Stay* (LOS)

Variabel	Minimum	Maksimum	Rata-rata
<i>Length of Stay</i> (LOS)	35 menit	240 menit	95.23 menit

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, diketahui bahwa hasil statistik pada variabel *Length of Stay* (LOS) didapatkan hasil dengan waktu tercepat adalah 35 menit dan waktu terlama adalah 240 menit atau sama dengan 4 jam. Dari 83 pasien yang menjadi responden penelitian di dapatkan rata-rata waktu LOS pasien adalah 95.23 menit.

5.2.2 Tingkat Kepuasan Pasien

Tabel 5.6 Frekuensi Tingkat Kepuasan Pasien

Tingkat Kepuasan Pasien	Frekuensi	Persentase
(Rendah) <70%	7	8.4%
(Sedang) 70% - 80%	24	28.9%
(Tinggi) >80%	52	62.7%
Total	83	100%

Tabel 5.7 Statistik deskriptif Tingkat Kepuasan Pasien

Variabel	Minimum	Maksimum	Rata-rata
Tingkat Kepuasan Pasien	66%	115%	86%

Berdasarkan tabel 5.11 dan tabel 5.12 diatas, diketahui bahwa frekuensi tingkat kepuasan pasien dari total 83 responden penelitian sebanyak 52 orang (62.7%) memiliki tingkat kepuasan >80% atau berada pada kategori tinggi. Tingkat kepuasan pasien memiliki skor minimum 66% dan skor maksimum 115% dengan nilai kepuasan rata-rata 86%.

5.2.3 Analisis Kesenjangan (*Gap*) Kepuasan

Kepuasan paling tinggi terjadi apabila kenyataan melampaui harapan yaitu pada saat pelayanan yang diberikan maksimal sedangkan harapan minimal sehingga didapatkan nilai positif, begitu pula sebaliknya. Analisis skor *servqual* untuk mengetahui *gap* tiap variabel dari kelima dimensi kualitas pelayanan dan peringkat berdasarkan *gap* dapat dilihat pada tabel 5.13 dibawah ini.

Tabel 5.8 Skor *Servqual Gap* Tiap Variabel 5 Dimensi Kualitas Pelayanan dan Peringkat

Dimensi	No.	Indikator	Kenyataan	Harapan	Σ GAP	Tki (%)	Peringkat
<i>Tangible</i>	1	Petugas di IGD berpenampilan rapi dan bersih serta memakai tanda pengenal.	3.71	4.54	- 0.83	81.71	20
	2	Kondisi ruang IGD bersih dan tertata rapi	4.06	4.57	- 0.51	88.84	6
	3	Alur pelayanan di IGD sederhana, cepat dan mudah dimengerti	4.62	4.57	0.05	101	1
	4	Sarana dan prasarana di ruang IGD lengkap dan teratur sesuai tempatnya	3.68	4.57	- 0.89	80.52	23
	5	Ruang tunggu di IGD nyaman serta bersih	3.68	4.66	- 0.98	78.96	25
Rata-rata Gap					-3.16	86.20%	
<i>Reliability</i>	6	Petugas kesehatan menyiapkan peralatan dan menggunakannya dengan terampil.	3.87	4.60	- 0.73	84.13	17
	7	Petugas kesehatan memberikan pelayanan dengan teliti, cekatan, bertanggung jawab dan dapat dipercaya.	3.75	4.60	- 0.85	81.52	22
	8	Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan serta persyaratan dan prosedur yang tidak berbelit-belit.	3.87	4.60	- 0.73	84.13	18
	9	Petugas kesehatan memberitahu jenis penyakit, cara perawatan dan cara minum obat secara jelas dan lengkap.	3.87	4.60	- 0.73	84.13	19

	10	Petugas kesehatan meminta izin dan memberitahukan setiap tindakan yang akan dilakukan.	3.90	4.60	- 0.70	84.78	16
		Rata-rata Gap			-3.74	83.73%	
<i>Responsiveness</i>	11	Petugas kesehatan cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pasien.	4.19	4.66	- 0.47	89.91	4
	12	Petugas kesehatan memberikan pelayanan dengan tepat waktu dan melayani pasien dengan baik.	4.20	4.61	- 0.41	91.10	3
	13	Petugas kesehatan cepat dan tanggap dalam menyiapkan kebutuhan pasien di IGD.	4.18	4.86	- 0.68	86	15
	14	Petugas kesehatan dengan siap siaga menolong pasien dan melayani sesuai dengan prosedur.	4.16	4.65	- 0.49	89.46	5
	15	Pasien tidak dibiarkan menunggu lama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan	4.26	4.86	- 0.60	87.65	11
		Rata-rata Gap			-2.65	88.82%	
<i>Empathy</i>	16	Petugas kesehatan senyum, menyapa dan seksama dalam mendengarkan keluhan pasien.	3.84	4.51	- 0.67	85.14	14
	17	Petugas kesehatan menjalin komunikasi yang baik dengan pasien.	4.00	4.53	- 0.53	88.30	7

	18	Petugas kesehatan bersikap sabar dan tidak membedakan status dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	3.91	4.55	- 0.64	85.93	13
	19	Petugas kesehatan memberikan perhatian dengan sungguh-sungguh kepada pasien.	3.89	4.53	- 0.64	85.87	12
	20	Petugas kesehatan memahami kebutuhan pasien dan memberikan kemudahan untuk pasien dalam mendapatkan bantuan.	3.95	4.54	- 0.59	87	9
	Rata-rata Gap				-3.07	86.44%	
<i>Assurance</i>	21	Petugas kesehatan mampu menjaga kerahasiaan pasien	4.00	4.56	- 0.56	87.71	8
	22	Pasien percaya dan merasa aman saat berkomunikasi dengan petugas kesehatan	3.98	4.57	- 0.59	87.08	10
	23	Petugas kesehatan memberikan penjelasan dengan sopan dan ramah.	4.33	4.56	- 0.23	94.95	2
	24	Petugas kesehatan memiliki kemampuan menjawab setiap pertanyaan pasien secara menyakinkan.	3.60	4.56	- 0.96	78.94	24
	25	Petugas kesehatan memberikan informasi sesuai dengan apa yang pasien butuhkan.	3.71	4.56	- 0.85	81.35	21
	Rata-rata Gap				-3.19	86%	

Berdasarkan tabel 5.8 diatas, diketahui bahwa nilai rata-rata *gap* tertinggi berada pada dimensi *reliability* yaitu sebesar -3.74 (83,73%) dan *gap* terkecil berada pada dimensi *responsiveness* yaitu sebesar -2.65 (88.82%), artinya indikator *responsiveness* paling memenuhi kepuasan pasien. Dari 25 item pernyataan didapatkan hasil item (3) alur pelayanan di IGD sederhana, cepat dan mudah dimengerti (dimensi *tangible*) menjadi peringkat pertama dengan *gap* sebesar 0.05 yang artinya menjadi variabel yang paling memenuhi kepuasan pasien di IGD RS TK. II Dr. Soepraoen Malang. Sedangkan 3 peringkat terakhir yang kurang memenuhi kepuasan pasien yaitu item (4) sarana dan prasarana di ruang IGD lengkap dan teratur sesuai tempatnya (dimensi *tangible*) dengan *gap* sebesar - 0.89, (24) petugas kesehatan memiliki kemampuan menjawab setiap pertanyaan pasien secara menyakinkan (dimensi *assurance*) dengan *gap* sebesar - 0.96, dan (5) ruang tunggu di IGD nyaman serta bersih (dimensi *tangible*) dengan *gap* sebesar - 0.98.

5.2.4 Hubungan antara *Length of Stay* (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Sebelum dilakukan uji analisa untuk mengetahui hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang, peneliti melakukan uji normalitas dan homogenitas data penelitian. Berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan *One Simple Kolmogorov-Smirnov Test* di dapatkan nilai signifikansi $>0,05$ dengan nilai residual normalitas sebesar 0.244, yang artinya data dalam penelitian ini terdistribusi normal. Sedangkan hasil uji homogenitas menggunakan *Levene* di dapatkan nilai signifikansi $>0,05$

yaitu sebesar 0.321, artinya populasi yang telah diteliti homogen atau mempunyai kesamaan.

Hasil penelitian untuk melihat adanya hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang dilakukan menggunakan analisa uji Korelasi *Pearson* dengan bantuan program aplikasi *SPSS 16.00 for windows* dapat dilihat pada tabel 5.14 dibawah ini.

Tabel 5.9 Hasil Analisa Hubungan antara *Length of Stay* (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di IGD RS TK II. Dr. Soepraoen

Malang			
Variabel	N	Koefisien Korelasi Pearson	(p-value)
Length of Stay (LOS)	83	0.103	0.354
Tingkat Kepuasan Pasien			

Berdasarkan tabel 5.14 diatas, diketahui bahwa analisis hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang menghasilkan koefisien korelasi *pearson* sebesar 0.103 dengan *p-value* sebesar (0.354) atau > 0.05 . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang memiliki korelasi yang sangat lemah dan tidak signifikan (tidak berhubungan).

5.2.5 Hasil Observasi dan Wawancara Responden

Dari hasil observasi selama proses pengambilan data, peneliti menemukan bahwa faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya pemanjangan LOS pasien di IGD RS TK II. Dr. Soepraoen Malang TK. II.

Dr. Soepraoen Malang, antara lain menunggu hasil laboratorium, hasil foto thorax/rontgen, konsultasi dengan dokter spesialis, pasien observasi dan menunggu resep obat dari depo farmasi.

Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan beberapa perawat yang ada di IGD, dimana perawat mengatakan bahwa LOS pasien di IGD paling sering biasanya terjadi karena menunggu hasil laboratorium (mengantri dengan ruang lainnya karena laboratorium rumah sakit hanya ada 1), pasien dengan status observasi dan konsultasi dengan dokter spesialis yang dilakukan melalui media komunikasi telepon/whatsapp.

Melalui hasil wawancara dengan responden terkait dengan waktu LOS di IGD, sebagian besar responden mengetahui untuk apa mereka masih tinggal di IGD dan menjawab tidak mempermasalahkan akan hal itu dan mengatakan jika itu sudah jadi bagian dari proses di IGD, sehingga jika harus menunggu walaupun sedikit lebih lama mereka memaklumi hal tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, diketahui bahwa kepuasan pasien selama berada di IGD di pengaruhi oleh beberapa faktor berikut, yaitu lokasi rumah sakit yang mudah di jangkau/dekat rumah, sudah pernah atau sering ke IGD RS TK II. Dr. Soepraoen Malang TK. II. Dr. Soepraoen Malang sebelumnya, suasana IGD yang tenang dan pelayanan yang cepat.

Hal ini di dukung oleh hasil observasi peneliti, yaitu saat ada pasien masuk ke ruang IGD petugas akan langsung mengambil brankar dan melakukan pemeriksaan kepada pasien. Setelah menetapkan diagnosis untuk pasien petugas biasanya akan melakukan pengambilan darah

untuk dilakukan cek lab dan jika hasilnya sudah keluar dokter jaga akan langsung menjelaskan hasilnya kepada pasien. Jika pasien tidak mengalami masalah dengan hasil lab dokter akan langsung mengizinkan pasien untuk pulang dan membuatkan resep obat. Hal ini terbukti dengan waktu kepulangan pasien (selisih antara keputusan KRS/MRS dengan keluar secara fisik dari IGD) pada tabel 5.7 dimana hasil yang didapatkan waktu tercepat adalah 9 menit.

Selain faktor-faktor tersebut, faktor pendidikan juga berperan dalam penilaian akan kepuasan pasien. Dimana melalui hasil wawancara responden dengan tingkat pendidikan \leq SMA atau rata-rata SMA memberikan penilaian secara subjektif tetapi hanya sekedar superficial sedangkan responden yang tingkat pendidikannya \geq SMA memberikan penilaian lebih detail dan rinci.

BAB VI

PEMBAHASAN

5.1 *Length of Stay (LOS)*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang dari 83 responden penelitian yang telah memenuhi kriteria ditemukan bahwa rata-rata LOS pasien di IGD adalah 95.23 menit atau setara dengan 1 jam 35 menit 23 detik dengan waktu LOS paling cepat yaitu 35 menit dan terlama yaitu 240 menit atau 4 jam. LOS dapat dikatakan sesuai karena kurang dari 6 jam (IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang, 2019). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya pemanjangan LOS pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang dimungkinkan karena beberapa hal, yaitu menunggu hasil laboratorium, hasil foto thorax/rontgen, konsultasi dengan dokter spesialis, pasien observasi dan menunggu resep obat dari depo farmasi.

Dari observasi selama pengambilan data didapatkan hasil bahwa hampir semua pasien yang datang di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang akan dilakukan cek laboratorium sedangkan untuk foto thorax atau rontgen hanya dilakukan untuk pasien dengan indikasi penyakit tertentu atau atas permintaan pasien/keluarga. Hasil cek laboratorium ataupun foto thorax/rontgen tidak dapat diprediksi dapat selesai dalam waktu berapa menit atau jam. Hal ini sejalan dengan penelitian Kusumawati, (2015), yaitu terdapat hubungan antara waktu pemeriksaan radiologi dengan lama waktu pasien di IGD.

Berdasarkan hasil observasi, konsultasi dokter spesialis menjadi salah satu faktor pemberat memanjangnya LOS pasien di IGD. Hal ini dikarenakan

tidak adanya dokter spesialis yang jaga di ruangan sehingga dokter umum yang jaga di IGD terlebih dahulu melakukan konsultasi via media komunikasi (telepon/hp) kepada dokter spesialis yang bersangkutan. Sejalan dengan Fatimah, dkk (2016) menyebutkan pemanjangan waktu konsultasi dokter spesialis mengakibatkan memanjangnya waktu tunggu pasien.

Berdasarkan hasil observasi peneliti, pasien non trauma yang mendapatkan status sebagai pasien observasi harus menunggu lebih lama dibandingkan pasien trauma. Hal ini disebabkan karena pasien non trauma diberikan beberapa penangan terlebih dahulu sebelum mendapatkan terapi, sehingga memakan waktu cukup waktu sedangkan pasien trauma harus segera dilakukan pertolongan untuk mempertahankan status kesehatannya. Umumnya pasien observasi adalah mereka yang memiliki gangguan pada sistem pencernaan dan kardiovaskular, sehingga terjadinya pemanjangan LOS karena pasien harus dilakukan observasi terlebih dahulu dalam upaya menemukan penyebab dari yang dikeluhkan sehingga menekan angka mortalitas pasien di IGD (Jensen, dkk, 2015).

Menunggu resep obat dari depo farmasi juga menjadi salah satu faktor yang memungkinkan terjadinya pemanjangan waktu LOS pasien. Waktu tunggu pelayanan untuk farmasi terbagi 2, yaitu obat jadi ≤ 30 menit dan obat racikan ≤ 60 menit (Kepmenkes R, 2009). Resep obat akan melewati proses pendaftaran, waktu pembuatan obat, pemeriksaan kembali oleh petugas dan pemberian obat ke pasien. Jika depo penuh maka resep obat harus mengantri untuk menunggu gilirannya (Megawati, Hakim, Irbantoro, 2015). Selain itu, faktor lain seperti ketersediaan SDM farmasi, kecepatan dan keterampilan SDM, dan ketersediaan obat dapat semakin memperpanjang

waktu tunggu pelayanan depo farmasi yang dapat berefek pada memanjangnya LOS pasien di IGD (Yulianthy, 2012).

Selain itu, faktor lain yang dapat mempengaruhi LOS pasien di IGD adalah hasil *triage* pasien. Dalam menentukan prioritas pasien didasarkan pada ancaman nyawa yang dapat mengakibatkan kematian dalam hitungan menit, hitungan jam, trauma yang dialami (ringan-berat) dan sudah meninggal (Brooker, 2008 dalam Fauzie, 2016). Hal tersebut akan ikut mempengaruhi LOS pasien karena kondisi yang mengancam nyawa membutuhkan beberapa penanganan terlebih dahulu untuk menstabilkan pasien sebelum akhirnya pasien diberikan terapi dan biasanya dilanjutkan dengan observasi. Dalam penelitian ini peneliti hanya menggunakan responden dengan jenis kasus pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang, yaitu *triage* ATS 3, ATS 4 dan ATS 5 dimana tidak ada responden yang nyawanya sedang terancam sehingga penanganan yang diberikan pun tidak membutuhkan waktu yang lama.

Selama penelitian, terdapat kondisi dimana pasien datang dengan jumlah yang banyak dengan rentan waktu yang berdekatan. Tetapi walaupun demikian *overcrowded* yang terjadi tidak membuat IGD kekurangan bed/brankar yang membuat pasien harus menunggu. Hal ini tidak sejalan dengan yang disebutkan oleh Ningsih (2015) bahwa kurangnya bed pasien di IGD dapat mempengaruhi memanjangnya LOS pasien di IGD yang akhirnya akan mempengaruhi proses transfer pasien ke ruang lain. Tetapi hal ini selaras dengan Tambengi dkk, (2017), yaitu fasilitas yang lengkap akan mempengaruhi memendeknya LOS pasien di IGD.

Dari data distribusi responden sebanyak 54 orang (65.1%) menggunakan BPJS/asuransi lain dan yang menggunakan swasta/mandiri adalah 29 orang (34.9%). Dari hasil observasi, proses administrasi (pembayaran) di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang tidak mempengaruhi LOS pasien di IGD keluarga atau wali yang mendampingi pasien akan langsung di arahkan ke loket pendaftaran saat di awal kedatangan, sehingga dapat dipastikan kelengkapan administrasi pasien sudah selesai saat pasien masih berada di IGD. Proses administrasi pasien di IGD kurang lebih 10 menit dengan hanya menyerahkan KTP atau kartu BPJS pasien ke petugas.

Tenaga kesehatan di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang terdiri dari dokter umum, perawat dan bidan. Pada shift pagi biasanya memiliki jumlah petugas yang lebih banyak dibanding dengan shift sore atau malam. Jumlah perawat yang bertugas di IGD masih dikatakan kurang mengingat beban kerja dan tugas kerja yang dimiliki perawat di ruangan bukan hanya sebatas melakukan pengkajian dan intervensi melainkan juga melakukan beberapa administratif lainnya. Menurut Nurmansyah, dkk (2014), selain memberikan pelayanan kepada pasien, perawat juga harus mengurus pelayanan rujukan, pemulangan, dan rawat inap. Sehingga dibutuhkan perbandingan antara petugas kesehatan yang berada di IGD dengan pasien.

5.2 Tingkat Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang dari 83 responden yang telah memenuhi kriteria terdapat 52 orang (62.7%) yang memiliki tingkat kepuasan >80% dengan nilai rata-rata kepuasan sebesar 86.1%. Hasil temuan ini dapat dikategorikan

tinggi atau puas sesuai dengan peraturan nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit untuk Jenis Pelayanan IGD dimana standar kepuasan pasien adalah $\geq 70\%$.

Dari hasil analisis *gap* didapatkan bahwa 3 item dengan nilai tertinggi adalah (3) dimensi *tangible* terkait alur pelayanan dengan *gap* sebesar 0.05 (101%), (23) dimensi *assurance* terkait dengan petugas yang sopan dan ramah dengan *gap* sebesar -0.23 (94.95%) dan (12) dimensi *responsiveness* terkait dengan pelayanan tepat waktu dengan *gap* sebesar -0.41 (91.10%). Hal ini sejalan dengan yang disebutkan Septiani (2016) yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan adalah ketepatan waktu (*timeliness*), komunikasi (*communication*), sikap (*Attitude*), bahasa tubuh (*Body Language*) dan perhatian (*Attentiveness*). Dari kelima dimensi berdasarkan rata-rata *gap* jika diurutkan yang memenuhi kepuasan pasien pertama adalah dimensi *responsiveness* (88.82%), *empathy* (86.44%), *tangible* (86.20%), *assurance* (86%) dan *reliability* (83.73%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2015), yaitu dimensi *responsiveness* mendapatkan penilaian yang tinggi dari responden.

Dari hasil distribusi data didapatkan bahwa pasien dengan usia 18 – 40 tahun (dewasa muda) menjadi responden terbanyak sejumlah 45 orang (54.2%) dari total 83 responden. Hal ini sejalan dengan yang disebutkan Wardhana (2011) yaitu responden dengan usia dewasa muda memiliki tingkat kepuasan 2,5 kali lebih tinggi dibanding dengan usia lainnya. Temuan lainnya yaitu distribusi data terkait tingkat pendidikan pasien yang paling banyak adalah tingkat pendidikan SMA (45.8%) dan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan (61.4%). Hal ini sejalan dengan penelitian

yang dilakukan Kol et al., (2018), mengatakan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya adalah usia, jenis kelamin dan pendidikan. Menurut Hutapea, (2009), perempuan lebih memperhatikan kondisi kesehatannya (lebih sensitif dan perasa) sehingga akan lebih sulit mentolerir jika terjadi gangguan kesehatan dan akan lebih cepat berobat ke layanan kesehatan terdekat.

5.3 Hubungan Length of Stay (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Hasil penelitian ini menemukan bahwa tidak ada hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji korelasi pearson dimana didapatkan tidak ada hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang (korelasi sangat lemah dan tidak signifikan) dengan *p-value* sebesar 0.354 atau >0.05 dan koefisien korelasi 0.103. Nilai rata-rata kepuasan pasien di IGD adalah 86.1% dimana jika nilai tersebut dikategorikan ke dalam 3 kategori yang telah ditentukan sebelumnya yaitu $<70\%$ (rendah), $70\%-80\%$ (sedang) dan $>80\%$ (tinggi), maka tingkat kepuasan berada pada kategori $>80\%$ yang dapat diartikan tinggi atau puas dengan rata-rata LOS pasien adalah 95.23 menit atau 1 jam 35 menit 23 detik. Hal ini dimungkinkan karena terdapat faktor lain yang mempengaruhi kedua variabel.

Sebagian besar pasien yang mengalami pemanjangan LOS umumnya disebabkan karena lamanya menunggu respon dan hasil konsultasi dengan dokter spesialis. Hal ini dikarenakan keterbatasan sumber daya manusia yang ada di IGD. Jenis kasus atau penyakit yang sering

ditemukan mayoritas adalah non trauma (90%) seperti DHF, gangguan sistem pencernaan, mual muntah, alergi, typus, sesak nafas, dan lain-lain (Grace & Borley, 2006). Hal lainnya juga yang mempengaruhi pemanjangan LOS di IGD adalah hasil laboratorium atau foto thorax/rontgen. Penemuan ini serupa dengan Bukhari, et al., (2014) yang menyatakan bahwa pemeriksaan laboratorium mempengaruhi pemanjangan LOS karena waktu tunggu pemeriksaan laboratorium yang memanjang.

Pasien dengan status observasi juga menyebabkan LOS di IGD memanjang. Hal ini sejalan dengan Jansen, dkk (2015) menyimpulkan bahwa pasien dengan status observasi dapat menyebabkan LOS memanjang karena harus dilakukan pemeriksaan penunjang (cek darah, foto, dan lain-lain) serta melakukan konsultasi dengan dokter spesialis.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan responden terkait dengan hubungan antara waktu LOS di IGD dengan kepuasan responden, sebagian besar responden mengetahui untuk apa mereka masih berada di IGD dan mengatakan tidak memperlumalahkan akan hal itu. Hal ini didukung oleh hasil hitung skor *servqual* (tabe 5.13) dimana dari 5 dimensi kualitas pelayanan yang digunakan untuk menilai kepuasan responden semuanya mendapatkan nilai $\geq 80\%$, artinya kelima dimensi yaitu *tangible*, *empathy*, *reliability*, *responsiveness* dan *assurance* memberikan kepuasan bagi responden.

Selain faktor-faktor diatas, faktor dari responden juga mempengaruhi proses penilaian kepuasan yang diberikan, seperti tingkat pendidikan pasien, usia pasien, pekerjaan pasien, kepercayaan serta administrasi pasien (Kol et al., 2018). Responden yang memiliki tingkat pendidikan \leq SMA

atau rata-rata SMA lebih sering memberikan penilaian secara subjektif sedangkan responden yang tingkat pendidikannya \geq SMA memberikan penilaian secara subjektif dan objektif.

Berdasarkan wawancara dengan responden diketahui bahwa rata-rata kunjungan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang adalah pasien dengan kunjungan berulang atau lebih dari sekali. Alasan mengapa memilih berobat di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang karena jarak dengan rumah dekat, sudah pernah datang berkunjung sebelumnya, mudah di jangkau, suasananya tenang, petugasnya ramah, langsung ditanggapi serta memiliki pelayanan yang cepat. Hal ini selaras dengan apa yang dikatakan Notoatmojo (2010), bahwa kepuasan pasien bergantung pada banyak faktor, seperti kualitas pelayanan klinis, perilaku tenaga kesehatan dalam pelayanan, infrastruktur tempat pelayanan, kenyamanan secara fisik, dan dukungan emosional. Nooria (2008) juga menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain, karakteristik produk/jasa, harga, kualitas pelayanan, lokasi rumah sakit, fasilitas, *image*, desain visual, suasana. Faktor kepuasan pasien dapat menciptakan persepsi masyarakat tentang citra rumah sakit dan dapat akan mempengaruhi jumlah kunjungan (Hayati, 2010).

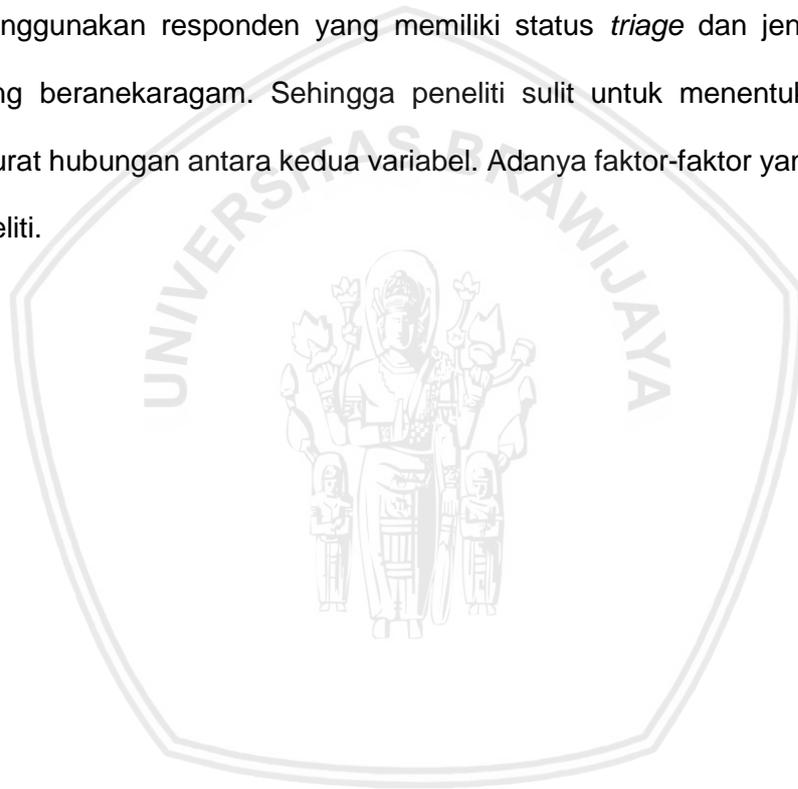
5.4 Implikasi Terhadap Keperawatan

Implikasi dari penelitian ini pada bidang ilmu keperawatan yakni menjadi masukan bagi para perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya IGD untuk mempertahankan apa yang sudah baik saat ini dan terus meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang

diberikan. Diharapkan kualitas pelayanan yang diberikan dapat membuat LOS pasien di IGD tidak memanjang sehingga dapat meningkatkan tingkat kepuasan pasien di IGD.

5.5 Keterbatasan Peneliti

Keterbatasan peneliti dalam penelitian ini adalah peneliti menggunakan responden yang memiliki status *triage* dan jenis penyakit yang beranekaragam. Sehingga peneliti sulit untuk menentukan secara akurat hubungan antara kedua variabel. Adanya faktor-faktor yang tidak ikut diteliti.



BAB VI

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dibahas sebelumnya mengenai “Hubungan antara *Length of Stay* (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang”, maka dapat diambil kesimpulan:

1. *Length of stay* (LOS) pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang memiliki rata-rata waktu LOS 95.23 menit atau 1 jam 35 menit 23 detik.
2. Tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang memiliki nilai kepuasan rata-rata 86% yang artinya dapat dikatakan tinggi/puas.
3. Berdasarkan hasil analisis korelasi *pearson*, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *length of tay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di IGD RS TK. II. Dr. Soepraoen Malang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat mampu mempertahankan dan terus meningkatkan layanan keperawatan yang diberikan agar kepuasan pasien yang tinggi dapat tercapai khususnya di ruang IGD. Sebagai tenaga kesehatan, perawat memegang peranan penting dalam menentukan proses keperawatan pasien dan peningkatan mutu rumah sakit.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya lebih memperhatikan homogenitas data dengan disarankan untuk menggunakan status *triage* pasien yang sama atau jenis penyakit tertentu agar hubungan kedua variabel dapat lebih akurat.



DAFTAR PUSTAKA

- Affleck, A., Parks, P., Drummond, A., Rowe, B. H., & Ovens, H. J. 2013. *Emergency department overcrowding and access block*. CJEM ;15(6): 359-370.
- Ahmad, Z. S., Soeharto, S., & Fathoni, M. 2017. *Efektifitas Vitalpac Early Warning Scoring Sebagai Deteksi Dini Perburukan Pasien Access Block di IGD dr. Iskak Tulungagung*. Jurnal Kesehatan Mesencephalon, Vol. 3, No. 2: 74-79.
- Ainiyah, N., Ahsan, & Fathoni, M. 2015. *Analisis Faktor Pelaksanaan Triage di Instalasi Gawat Darurat*. Jurnal Ners, Vol. 10, No. 1: 147-157.
- Andersson, A.K., Omberg, M., & Svedlund, M. 2006. *Triage In The Emergency Department A Qualitative Study Of The Factors Which Nurses Consider When Making Decisions*. British Association of Critical Care Nurse, 11: 136–145.
- Arikunto, S. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Australian Government Department of Health and Ageing. 2009. *Emergency Triage Education Kit Triage Workbook*. Commonwealth of Australia 2009. Australia.
- Australian Government Department of Health and Ageing. 2011. *What is mental illness*. Canberra: National Mental Health Strategy.
- Australian Triage Process Review. 2011. *Health Policy Priorities Principal Committee - Report*. Australia.
- Bashkin, O., Caspi, S., Haligoa, R., Mizrahi, S., & Stalnikowicz, R. 2015. *Organizational Factors Affecting Length of Stay In The Emergency Department: Initial Observational Study*. Israel Journal of Health Policy Research, 4 (38): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0035-6>.

- Bernstein, S. L., et al. 2008. *The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes*. *Academic Emergency Medicine*, 16(1): 1-10.
- Bukhari et al. 2014. *Analysis of Waiting Time In Emergency Department Of Al-noor Specialist Hospital, Makkah, Saudi Arabia*. *Journal Of Emergency Medicine*, (2): 67-73.
- Canadian Association of Emergency Physicians 2013. *Position Statement on Emergency Department Overcrowding*. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 3(2): 82–88.
- Cone, K.J. & R. Murray. 2002. *Characteristics, Insights, Decision Making, and Preparation of ED Triage Nurses*. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5): 401–406.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.depkes.go.id>.
- Djunaidi, dkk. 2006. *Analisis Kepuasan Pelanggan dengan Pendekatan Fuzzy Service Quality dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan*. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, Vol. 4, No. 3: 139–146.
- Fadhilah N, Harahap W.A., & Lestari. 2015. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Waktu Tanggap pada Pelayanan Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang Tahun 2013*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol. 4, No. 1: 195-201.
- Fatimah, Maria, Wihastuti, T. A., & Ningsih, K. D. 2017. *Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Tindakan dengan Length of Stay Patients Admission di IGD RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang*. Malang: Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. <http://repository.ub.ac.id/157097/>.

- Fauzie M. N. 2016. *Persepsi Keluarga Prioritas 3 (Hijau) tentang Respon Time di IGD RSUD Kabupaten Karanganyar*. Skripsi Program Studi S1 Keperawatan. Surakarta: STIKES Kusuma Husada. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/34/01-gdl-muhammadno-1678-1-artikel-e.pdf>.
- Forero, R., McCarthy, S., & Hillman, K. 2011. *Access block and emergency department overcrowding*. *Crit Care*, 15 (2): 216.
- Grace & Borley. 2006. *At a Glance Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta: Erlangga.
- Guttman, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J., & Stukel, T. A. 2011. *Association Between Waiting Times And Short Term Mortality and Hospital Admission After Departure From Emergency Department: Population Based Cohort Study From Ontario, Canada*. *BMJ*: 342: 1-8. Doi:10.1136/bmj.d2983.
- Habib, Sulistio, Mulyana, & Albar. 2016. *Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia*. Instalasi Gawat Darurat RSCM. https://www.researchgate.net/publication/311715654_Triase_Modern_Rumah_Sakit_dan_Aplikasinya_di_Indonesia/download.
- Hayati. 2010. *Hubungan persepsi dengan kepuasan pasien tentang sikap caring perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III Bangsal Marwah dan Arafah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Naskah Publikasi Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Muhammadiyah. <http://digilib.unisayogya.ac.id/1740/1/NASPUB.pdf>.
- Haryatun, N. & Sudaryanto, A. 2008. *Perbedaan waktu tanggap tindakan keperawatan pasien cedera kepala kategori I-V di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Moewardi*. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(2): 69-74.
- Henneman, P. L., Nathanson, B. H., Li, H., Smithline H. A., Blank F. S. J., Santoro J. P., Maynard, A. M., Provost, D. A., & Henneman, E. A. 2010. *Emergency Department Patients Who Stay More Than 6 hours Contribute To Crowding*. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 39 (1): 105–112.

- Horwitz, L. I., Green, J., & Bradley, E. H. 2010. *US Emergency Department Performance on Wait Time and Length of Visit. Annals of Emergency Medicine*, Vol. 55, No. 2: 133.
- Hutapea, Tahan P. 2009. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Permintaan (Demand) Masyarakat Terhadap Pemilihan Kelas Perawatan Pada Rumah Sakit*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 12, No. 2:94-101.
- Jensen, Do, Rasmussen, Søren, Lars Rasmussen, Lars & Schmidt. 2015. *Emergency team calls for critically ill non-trauma patients in the emergencydepartment: an observational study*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(76):1-6. Doi 10.1186/s13049-015-0159-2.
- Joint Commission International. 2010. *International Essentials of Health Carequality and Patient Safety, Hospital Edition*. [http://mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials\(1\).pdf](http://mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials(1).pdf).
- Jus, Erwan. 2008. *Factors influencing length of stay in the Emergency Department in a Private Hospital in North Jakarta*. *Universa Medicina*, Vol. 27, No. 4: 165-173.
- Kaban W. I., Kandou G. D., & Lopian L H. V. J. 2015. *Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. *Jurnal Tumou Tou*, Vol. 3, No. 2: 37-47.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. 2014. *Modul Pembelajaran SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. Pusat Data dan Statistik Pendidikan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Kepmenkes RI No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

- Khursheed, M., Fayyaz, J., Zia, N., Feroze, A., Jamil, A., & Baqir, M. 2014. *Real-Time Patient Satisfaction of Emergency Department Services in a Tertiary-Care Hospital in Karachi, Pakistan*. *Emergency Medicine: Open Access*. 4(3):1-6.
- Kusumawati, G. 2015. *Hubungan Lama Waktu Pemeriksaan Radiologi Dengan Lama Waktu Pasien Di IGD RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada. <http://etd.repository.uqm.ac.id/>.
- Kol, E., Arikan, F., Ilaslan, E., Akinci, M. A., & Kocak, M. C. 2018. *A Quality Indicator For The Evaluation of Nursing Care: Determination of Patient Satisfaction And Related Factors At A University Hospital In The Mediterranean Region in Turkey*. *Collegian* 25: 51-56.
- Korkmaz, T., Balaban, B., Onder, H., & Saricil, F. 2016. *The Effect of Patient Qualifications And Number of Patient Accompanist On Patient's Satisfaction*. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 16: 93-97.
- Liew, Don, Liew, Danny, & Kennedy, M. P. 2003. *Emergency Department Length of Stay Independently Predicts Excess Inpatient Length of Stay*. *MJA*; 179: 524–526.
- Mardalis. 2008. *Metodologi Penelitian: Suatu Pendekatan Proposal*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Mahrur, Yuniar, & Sarwono. 2016. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Lamanya Waktu Tanggap Dalam Pelayanan Gawat Darurat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Soedirman Kebumen*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan* (12)1: 36-43.
- Megawati, Hakim, & Irbantoro. 2015. *Penurunan Waktu Tunggu Pelayanan Obat Rawat Jalan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Baptis Batu*. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol. 28, No. 2: 163–168.
- Mirhaghi, Amir, & Ebrahimi, Mohsen. 2017. *The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria May Need to Be Revised: A Commentary*. *Emergency*, 5 (1): e50.

- Miro, O., Sanchez, M., Espinosa, G., Coll-Vinent, B., Bragulat, E., & Milla, J. 2003. *Analysis of Patient Flow In The Emergency Department and The Effect of An Extensive Reorganisation. Emergency Medicine Journal*, 20(2): 143-148.
- Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Ningsih, Dewi Kartikawati. 2015. *Overcrowding Patient And Improving Emergency Patient Flow In Emergency Department: A Literature Review*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, Vol. 3, No. 2: 150-154.
- Nooria, Widaningsih. 2008. *Pengaruh Persepsi Kualitas Jasa Pelayanan Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pelanggan di RSUD Saras Husada Purworejo*. Skripsi Fakultas Psikologi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah. <http://eprints.ums.ac.id/1955/1/F100030182.pdf>.
- Nurmansyah, E., Susilaningsih, & Setiawan. 2014. *Tingkat Ketergantungan dan Lama Perawatan Pasien Rawat Observasi di IGD*. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, Vol, 2, No. 3: 191-201.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurhasim, Siswo. 2015. *Pengetahuan Perawat Tentang Respon Time Dalam Penanganan Gawat Darurat Di Ruang Triage RSUD Karanganyar*. Skripsi Program Studi S1 Keperawatan. Surakarta: STIKES Kusuma Husada. http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/26/01-gdl-siswonurha-1265-1-siswo_.pdf.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi I. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oman, K., S. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., & Dunagan, W.C. 2010. *How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to Recommend, and Willingness to Return*. *Journal of Healthcare Management*, 55 (1): 25-38.

- Paul, S. A., Reddy, M. C., & DeFlicht, C. J. 2010. *A Systematic Review of Simulation Studies Investigating Emergency Department Overcrowding*. *Simulation*, 86(8–9): 559-571.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry L. L. 1988. "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality". *Journal of Retailing* Vol. 64 (1): 12-37.
- Parker, B.T., & Marco, C. 2014. *Emergency Department Length of Stay: Accuracy of Patient Estimates*. *The Western Journal of Emergency Medicine*, Vol. XV, No. 2: 170-175.
- Pitang, Y., Widjajanto, E., & Ningsih, D. K. 2016. *Pengaruh Peran Perawat Sebagai Care Giver Terhadap Length of Stay (LOS) di IGD RSUD dr. T. C. Hillers Maumere Dengan Pelaksanaan Triage Sebagai Variabel Moderasi*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, Vol. 4, No. 2: 240-255.
- Price, S.A., dan Wilson, L., M. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi 6, Vol. 2. Jakarta: EGC.
- Pohan, I. S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta : EGC.
- Rathlev, N. K., et al. 2012. *Time Series Analysis of Emergency Department Length of Stay per 8-Hour Shift*. *Western Journal of Emergency Medicine*, Volume XIII, No. 2: 163-168.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-undang Republik Indonesia No 44 tahun 2009 : Rumah Sakit*. Jakarta.
- Rohansyah, Miswar. 2017. *Dampak Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan Dir Rumah Sakit (Studi Kasus di Rumah Sakit Bahteramas dan Aliyah)*. Edisi 1. Yogyakarta: Penerbit Gawe Buku.
- Rose, L., Gray, S., Burns, K., Atzema, C., Kiss, A., Worster, A., Scales, D. C., Rubinfeld, G., & Lee, J. 2012. *Emergency Department Length of Stay For Patients Requiring Mechanical Ventilation: A Prospective Observational Study*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(30): 1-7.

- Sabarguna, B.S. 2004. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY.
- Sabri, L., & Hastono, S. P. 2006. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Sabriyati, W. O. N. I., Islam, A. A., & Gaus, S. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kecepatan Waktu Tanggap Penanganan Kasus pada Response Time I di Instalasi Gawat Darurat Bedah dan Non-Bedah RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
<http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/c4fb91d414809dc2f827bc65613cb9fa.pdf>.
- Sarwono, J. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sekaran. 2006. *Metodologi Penelitian Untuk Bisnis*. Jakarta: Salemba Empat.
- Septiani, A. 2016. *Pengaruh Faktor-faktor Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kabupaten Sumedang*. *Coopetition VII(1)*: 1-21.
- Solberg, L. I., Asplin, B. R., Weinick, R. M., & Magid, D. J. 2003. *Emergency Department Crowding: Consensus Development of Potential Measures*. *Annals of Emergency Medicine*, 42(6): 824-834.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sullivan, C., et al. 2016. *The National Emergency Access Target (NEAT) and The 4-Hour Rule: Time To Review The Target*. *The Medical Journal of Australia*, 204 (9):1-5. Doi:10.5694/mja15.01177.
- Sumarno, M. S. S., Ismanto, A. Y., & Bataha, Y. 2017. *Hubungan Ketepatan Pelaksanaan Triase Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien di*

Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Jurnal Keperawatan, Vol. 5, No. 1:1-6.

Sun, Y., K.L. Teow, C.K. Ooi B.H. Heng, S.Y. & Tay. 2012. *Real-time Prediction of Waiting Time In The Emergency Department, Using Quantile Regression. Annals of Emergency Medicine, 60 (3): 299–308.*

Supraworo, J. 2009. *Analisis Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Terhadap Kinerja Pelayanan Publik Bidang Pertanahan Dalam Proses Balik Nama Pada Peralihan Hak Karena Jual-Beli Dikantor Pertanahan Kabupaten Semarang.* Tesis Program Studi Ilmu Administrasi. Semarang: Universitas Diponegoro.
http://eprints.undip.ac.id/25107/1/JODI_SUPRAWORO.pdf.

Sutopo. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif.* Surakarta: UNS.

Tambengi, H., Mulyadi, & Kallo, V. 2017. *Hubungan Waktu Tunggu Dengan Kecemasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSU GMIM Pancaran Kasih Manado.* Jurnal Keperawatan, Vol. 5 No. 1:1-9.

Tjiptono, Fandy. 2007. *Strategi Pemasaran.* Edisi Kedua. Yogyakarta : Andi.

Trihendradi, C. 2005. *SPSS 13.0 Analisis Data Statistik.* Yogyakarta : Andi.

Uma Sekaran. 2006. *Metodologi Penelitian untuk Bisnis.* Edisi 4. Buku 1. Jakarta: Salemba Empat.

Utami, A. T., Ismanto, H., & Lestari, Y. 2013. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Kasus Pasien Rawat Jalan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Pusat Pendidikan Brigade Mobile Watukosek).* JKMP (ISSN. 2338-445X), Vol. 1, No. 1:83-96.

Wardhana, Arif Kusuma. 2011. *Analisa Kepuasan Pasien Di Instalasi Rawat Inap Paviliun Kartika Jakarta Pusat Periode November 2011.* Tesis Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Depok: Universitas Indonesia.
<https://docplayer.info/48952279-Analisa-kepuasan-pasien-di-instalasi-rawat-inap-paviliun-kartika-jakarta-pusat-periode-november-2011-tesis.html>.

Widodo, E., Agustin, W. R., & Safitri, W. 2015. *Hubungan Response Time Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Dengan Kepuasan Pelanggan Di IGD RS. Panti Waluyo Surakarta.* 1-7.
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/22/01-gdl-ekowidodon-1062-1-artikel.-7.pdf>.

Wijayanti, K. A. E. 2018. *Hubungan Response Time Dengan Length of Stay (LOS) Pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kanjuruhan Kepanjen.* Tugas Akhir Program Studi Ilmu Keperawatan. Malang: Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Wiyono, Hagus. 2016. *Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Tentang Pelayanan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo.* Naskah Publikasi Program Studi Keperawatan. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
<http://eprints.ums.ac.id/43548/4/Naskah%20jadi.pdf>.

Yoon, P., Steiner, I., & Reinhardt, G. 2003. *Analysis of Factors Influencing Length of Stay In The Emergency Department.* *Can J Emerg Med*, 5(3): 155-61.

Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Alvinda Mutiara Rorimpandei mahasiswa Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Antara *Length of Stay* (LOS) Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang".
2. *Length of stay* (LOS) atau waktu tinggal adalah lamanya waktu yang dihabiskan oleh pasien selama mendapatkan tindakan dari petugas kesehatan di ruang IGD yang dihitung mulai dari pasien datang sampai dengan pasien dipulangkan atau dipindahkan ke unit lain. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara *length of stay* (LOS) dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Penelitian ini dapat memberi manfaat untuk menambah wawasan dan informasi tentang *length of stay* (LOS) dalam memberikan pelayanan untuk kepuasan pasien dan untuk lebih meningkatkan serta mengembangkan pelayanan bagi pasien di IGD.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama ± 15 menit dengan instrumen penelitian berupa kuesioner, dengan cara memberikan kuesioner secara langsung kepada pasien yang berada di IGD dengan kondisi pasien sadar, stabil, mampu berkomunikasi dan telah selesai mendapatkan penatalaksanaan di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang. Pengambilan data dilakukan secara *purposive sampling*.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan dalam penelitian ini adalah secara tidak langsung membantu mengevaluasi pihak manajemen rumah sakit khususnya unit IGD dalam upaya meningkatkan serta mengembangkan pelayanan yang lebih optimal bagi pasien dan untuk memberikan gambaran seberapa besar kepuasan pasien di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang berdasarkan LOS pasien selama Bapak/ibu/sdr berada di IGD. Penelitian ini akan memerlukan waktu ± 15 menit, oleh karena itu peneliti hanya akan memulai penelitian jika responden setuju menjadi sampel penelitian.
5. Jika muncul ketidaknyamanan/ kerugian yang Bapak/ibu/sdr rasakan, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti/*contact person* sebagai berikut Alvinda Mutiara Rorimpandei dan 082394192997.

6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu menentukan subjek penelitian berdasarkan dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya untuk mendukung tujuan penelitian. Mengingat Bapak/Ibu/Saudara/i memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.
7. Prosedur pengambilan subyek adalah mengambil subyek yang disesuaikan dengan kriteria yang ditetapkan berdasarkan tujuan penelitian sampai jumlah kuota yang diinginkan.
8. Setelah Bapak/Ibu/Saudara/i menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan Bapak/Ibu/Saudara/i dalam keadaan yang stabil.
9. Sebelum pengisian kuesioner, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai cara mengisi kuesioner dan penjelasan terkait dengan kerahasiaan data dan identitas kepada Bapak/Ibu/Saudara/i selama 3 menit, dengan cara penjelasan langsung.
10. Selama pengisian kuesioner, Bapak/Ibu/Saudara/i diperkenankan untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuesioner.
11. Setelah mengisi kuesioner, Bapak/Ibu/Saudara/i dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar waktu yang dibutuhkan pasien selama mendapatkan penanganan di IGD dan pengalaman kepuasan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan tersebut.
12. Bapak/Ibu/Saudara/i dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuesioner baik selama maupun setelah proses pengisian kuesioner secara langsung pada peneliti.
13. Peneliti akan memberikan waktu 3-5 menit untuk Bapak/Ibu/Saudara/i menyatakan dapat berpartisipasi/ tidak dalam penelitian ini secara sukarela, sebelum pengisian kuesioner.
14. Seandainya Bapak/Ibu/Saudara/i tidak menyetujui cara ini maka Bapak/Ibu/Saudara/i boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
15. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/Ibu/Saudara/i dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/Ibu/Saudara/i terkait hal ini.

16. Nama dan jati diri Bapak/Ibu/Saudara/i akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuesioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara/i yang sebenarnya.
17. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka dapat menghubungi peneliti yaitu Alvinda Mutiara Rorimpandei (082394192997).
18. Perlu Bapak/Ibu/Saudara/i ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sehingga Bapak/Ibu/Saudara/i tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
19. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/Ibu/Saudara/i dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
20. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti.
21. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa handuk mandi seharga Rp. 25.000,00

Peneliti

(Alvinda Mutiara Rorimpandei)

NIM. 155070207111014

Lampiran 3.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi responden peneliti yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Universitas Brawijaya tentang “hubungan antara *length of stay (LOS)* dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang”.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif dan data mengenai diri saya dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan.

Demikian dengan sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Malang,.....2019

Peneliti

Responden

Alvinda Mutiara Rorimpandei

(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 4

KUISIONER KEPUASAN PASIEN**A. Data Demografi Pasien****PETUNJUK**

Mohon berikan tanda centang (✓) pada jawaban yang anda pilih.

Nama/Inisial :

Usia :

Alamat :

Jenis kelamin : Pria Wanita

Pendidikan terakhir : SD S1 Diploma

SMP S2 Tidak sekolah

SMA S3

Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa

PNS

Pegawai Swasta

Wiraswasta

Buruh

Pedagang

Petani

Tidak bekerja

Lain-lain (sebutkan).....

Administasi : BPJS

Asuransi lain

Swasta/Mandiri

B. Lembar Kuisisioner

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN

Berilah tanda silang (X) untuk setiap pernyataan tentang “**HARAPAN**” terhadap IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang berdasarkan seberapa pentingnya pernyataan itu bagi anda.

1. Sangat Tidak Penting

2. Tidak Penting

3. Cukup Penting

4. Penting

5. Sangat Penting

Dan berilah tanda silang (X) untuk setiap pernyataan yang sesuai dengan “**KENYATAAN**” setelah anda menerima pelayanan di IGD RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

1. Sangat Tidak Baik

2. Tidak Baik

3. Cukup Baik

4. Baik

5. Sangat Baik

NO	PERNYATAAN	HARAPAN					KENYATAAN				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
A	BUKTI FISIK (TANGIBLE)										
1.	Petugas di IGD berpenampilan rapi dan bersih serta memakai tanda pengenal.										
2.	Kondisi ruang IGD bersih dan tertata rapi										
3.	Alur pelayanan di IGD sederhana, cepat dan mudah dimengerti										
4.	Sarana dan prasarana di ruang IGD lengkap dan teratur sesuai tempatnya										
5.	Ruang tunggu di IGD nyaman serta bersih										
B	KEHANDALAN (RELIABILITY)										
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	Petugas kesehatan menyiapkan peralatan dan menggunakannya dengan terampil.										
7.	Petugas kesehatan memberikan pelayanan dengan teliti, cekatan, bertanggung jawab dan dapat dipercaya.										
8.	Pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan serta persyaratan dan prosedur yang tidak berbelit-belit.										

9.	Petugas kesehatan memberitahu jenis penyakit, cara perawatan dan cara minum obat secara jelas dan lengkap.													
10.	Petugas kesehatan meminta izin dan memberitahukan setiap tindakan yang akan dilakukan.													
C	DAYA TANGGAP (RESPONSIVENESS)	HARAPAN					KENYATAAN							
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
11.	Petugas kesehatan cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pasien.													
12.	Petugas kesehatan memberikan pelayanan dengan tepat waktu dan melayani pasien dengan baik.													
13.	Petugas kesehatan cepat dan tanggap dalam menyiapkan kebutuhan pasien di IGD.													
14.	Petugas kesehatan dengan siap siaga menolong pasien dan melayani sesuai dengan prosedur.													
15.	Pasien tidak dibiarkan menunggu lama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan													
D	EMPATI (EMPATHY)	HARAPAN					KENYATAAN							
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
16.	Petugas kesehatan senyum, menyapa dan seksama dalam mendengarkan keluhan pasien.													
17.	Petugas kesehatan menjalin komunikasi yang baik dengan pasien.													
18.	Petugas kesehatan bersikap sabar dan tidak membedakan status dalam memberikan pelayanan kepada pasien.													
19.	Petugas kesehatan memberikan perhatian dengan sungguh-sungguh kepada pasien.													
20.	Petugas kesehatan memahami kebutuhan pasien dan memberikan kemudahan untuk pasien dalam mendapatkan bantuan.													
E	JAMINAN (ASSURANCE)	HARAPAN					KENYATAAN							
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
21.	Petugas kesehatan mampu menjaga kerahasiaan pasien													
22.	Pasien percaya dan merasa aman saat berkomunikasi dengan petugas kesehatan													
23.	Petugas kesehatan memberikan penjelasan dengan sopan dan ramah.													
24.	Petugas kesehatan memiliki kemampuan menjawab setiap pertanyaan pasien secara menyakinkan.													
25.	Petugas kesehatan memberikan informasi sesuai dengan apa yang pasien butuhkan.													

Lampiran 5.

SURAT KETERANGAN KELAIKAN ETIK

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
 ("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 170 / EC / KEPK – S1 – PSIK / 05 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Hubungan antara *Length of Stay* (LOS) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS. Tk. II Dr. Soepraoen Malang.

PENELITI : Alvinda Mutiara Rorimpandei

UNIT / LEMBAGA : S1 Keperawatan – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya Malang.

TEMPAT PENELITIAN : Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang,
Ketua,

23 MAY 2019

Prof. Dr. dr. Moch. Istiadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
 NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
 Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.
 Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).



Lampiran 6.

SURAT PERMOHONAN STUDI PENDAHULUAN

**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

Nomor : 2503 /UN10.F08/PP/2019
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Awal
Untuk Pembuatan Proposal

Yth Kepala Rumah Sakit TK II Dr. Soepraoen Malang

Sehubungan dengan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini kami mohon ijin melaksanakan pengambilan data awal guna pembuatan proposal Tugas Akhir bagi mahasiswa yang tersebut di bawah ini :

Nama : ALVINDA MUTIARA RORIMPANDEI
N I M : 155070207111014
Semester : 8 (Delapan)
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : HUBUNGAN ANTARA LENGTH OF STAY (LOS) DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RS. TK. II Dr. SOEPRAOEN MALANG

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

22 MAR 2019

An. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik,



Tembusan :
1. Ketua Jurusan Keperawatan FKUB

dr. MUHAMMAD SAIFUR ROHMAN, Sp.JP(K), Ph.D.
NIP. 196810311997021001



Lampiran 7.

SURAT IJIN STUDI PENDAHULUAN DI IGD RS. TK. II DR. SOEPRAOEN MALANG

KESEHATAN DAERAH MILITER V/ BRAWIJAYA
RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPRAOEN

Malang, 28 Maret 2019

Nomor : B/993/III/2019
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Studi
Pendahuluan untuk Penyusunan
Proposal T.A. an. Alvinda M.R.

Kepada

Yth. Dekan Fak. Kedokteran
Univ. Brawijaya Malang
di
Malang

1. Berdasarkan Surat Dekan FKUB Malang Nomor 2503/UN10.F08/PP/2019 tanggal 22 Maret 2019 tentang surat permohonan ijin pengambilan data awal untuk pembuatan proposal Tugas Akhir.
2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini Karumkit Tk.II dr.Soepraoen memberikan ijin kepada mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan FKUB Malang a.n. Alvinda Mutiara Rorimpandae NIM. 155070207111014 untuk melaksanakan studi pendahuluan terkait penyusunan Tugas Akhir dengan tema "Hubungan Antara Length of Stay (LOS) Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RS Tk.II dr. Soepraoen Malang ", namun sebelum melaksanakan kegiatan tersebut agar mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi terlebih dahulu ke Si Litbangkes Rumkit Tk.II dr.Soepraoen.
3. Demikian mohon dimaklumi.

Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen,

KESDAM V / BRAWIJAYA
KEPALA
RUMKIT Tk. II dr. Soepraoen
Kardias W. M., Sp.PD
Ks.06181-Ckm NRP 33010

Tembusan :

1. Kabid. Diklat dan Litbangkes RS Tk.II dr. Soepraoen
2. Kainstalwatan Rumkit Tk.II dr. Soepraoen

Lampiran 8.

UJI NORMALITAS

```

NPAR TESTS
  /K-S(NORMAL)=RES_1
  /MISSING ANALYSIS.

```

NPar Tests

[DataSet0]

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		83
Normal Parameters ^a	Mean	.0000000
	Std. Deviation	11.42173477
Most Extreme Differences	Absolute	.112
	Positive	.095
	Negative	-.112
Kolmogorov-Smirnov Z		1.025
Asymp. Sig. (2-tailed)		.244

a. Test distribution is Normal.

```

DATASET ACTIVATE DataSet2.
DATASET CLOSE DataSet4.
DATASET ACTIVATE DataSet5.
ONEWAY X BY Y
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS.

```

Oneway

[DataSet5] C:\Users\HP\Documents\homogenitas fix.sav

Test of Homogeneity of Variances

LQS pasien

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.152	2	80	.321

ANOVA

LQS pasien

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	907.583	2	453.792	.190	.827
Within Groups	191057.067	80	2388.213		
Total	191964.651	82			

Lampiran 9.

UJI KORELASI

```

NEW FILE.
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.
CORRELATIONS
  /VARIABLES=LOS_IGD kepuasan_pasien
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.

```

Correlations

[DataSet2]

Correlations

		LOS IGD	tingkat kepuasan pasien
LOS IGD	Pearson Correlation	1	.103
	Sig. (2-tailed)		.354
	N	83	83
tingkat kepuasan pasien	Pearson Correlation	.103	1
	Sig. (2-tailed)	.354	
	N	83	83

```

GET
  FILE='C:\Users\HP\Documents\responden.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
GET
  FILE='C:\Users\HP\Documents\kepuasan pasien.sav'.
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.
DATASET ACTIVATE DataSet2.
DATASET CLOSE DataSet1.
FREQUENCIES VARIABLES=kepuasan_responden
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /HISTOGRAM
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet2] C:\Users\HP\Documents\kepuasan pasien.sav

Statistics

kepuasan_responden

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		2.5422
Median		3.0000
Std. Deviation		.64960
Minimum		1.00
Maximum		3.00

kepuasan_responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah = <70	7	8.4	8.4	8.4
sedang = 70-80	24	28.9	28.9	37.3
tinggi = >80	52	62.7	62.7	100.0
Total	83	100.0	100.0	

Frequency Table

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	32	38.6	38.6	38.6
	perempuan	51	61.4	61.4	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40	45	54.2	54.2	54.2
	41-60	27	32.5	32.5	86.7
	>60	11	13.3	13.3	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

tingkat_pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	16	19.3	19.3	19.3
	SMP	21	25.3	25.3	44.6
	SMA	38	45.8	45.8	90.4
	S1	1	1.2	1.2	91.6
	S2	5	6.0	6.0	97.6
	S3	2	2.4	2.4	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pelajar/mahasiswa	17	20.5	20.5	20.5
	PNS	3	3.6	3.6	24.1
	pegawai swasta	3	3.6	3.6	27.7
	wiraswasta	24	28.9	28.9	56.6
	buruh	4	4.8	4.8	61.4
	pedagang	4	4.8	4.8	66.3
	petani	5	6.0	6.0	72.3
	tidak bekerja	20	24.1	24.1	96.4
	lain-lain	3	3.6	3.6	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

administrasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BPJS/asuransi	54	65.1	65.1	65.1
	swasta/mandiri	29	34.9	34.9	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

trriage_pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ATS 3	34	41.0	41.0	41.0
	ATS 4	29	34.9	34.9	75.9
	ATS 5	20	24.1	24.1	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=length_of_stay
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN
MEAN MEDIAN MODE
  /HISTOGRAM
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet2]

Statistics

LOS pasien

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		95.23
Std. Error of Mean		5.311
Median		85.00
Mode		55
Std. Deviation		48.384
Variance		2.341E3
Range		205
Minimum		35
Maximum		240

```

FREQUENCIES VARIABLES=waktu_tunggu
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  /HISTOGRAM
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

pemulangan pasien

N	Valid	83
	Missing	0
Mean		41.8313
Median		30.0000
Mode		30.00
Std. Deviation		3.2250E1
Variance		1.040E3
Range		160.00
Minimum		9.00
Maximum		169.00

Lampiran 10.

CURRICULUM VITAE

Nama : Alvinda Mutiara Rorimpandei
 Nama Pangilan : Inda
 Tempat, Tanggal Lahir : Kawangkoan, 20 April 1997
 Alamat di Malang : Jalan Raya Sumbersari No.2, Malang
 Alamat Asal : Jaga III, Kayuwi Satu, Kawangkoan Barat, Minahasa
 No. Hp : 082394192997
 Email : amrorimpandei@gmail.com



Riwayat Pendidikan

No.	Institusi	Bidang Ilmu / Jurusan	Tahun Masuk	Tahun Keluar
1.	TK GMIM Haleluya Kayuwi	-	2002	2003
2.	SD GMIM Haleluya Kayuwi	-	2003	2009
3.	SMP Negeri 5 Kawangkoan	-	2009	2012
4.	SMA Negeri 1 Marisa	IPA	2012	2015
5.	Universitas Brawijaya Malang	S1 Ilmu Keperawatan	2015	sekarang

Riwayat Organisasi

No.	Nama Organisasi	Masa Jabatan
1.	Lakesma	2016-2017
2.	BSM Lakesma PXI	2016-2017
3.	PMK FK Komisi Fasilitator	2016-2017

Kepanitiaan yang Sudah dan Sedang dijalankan :

No.	Pelaksana	Nama Kegiatan	Divisi dan Jabatan	Tahun
1	PMK FK	Camp Maba PMK FK	Staf Danus	2016
2	PMK FK	HUT PMK FK	Sekretaris	2016
3	UAKK UB	Penyambutan Mahasiswa Baru UB	Staff Konsumsi dan Doa	2016
5	FKUB	PENMAS FK-FKG UB	Staf Rohani Kristen	2016
6	LAKESMA	Baksos Lakesma	Staff Acara	2016
7	FKUB	PROBINMABA	Pendamping Garda Putri	2016
8	LAKESMA	Training Kegawatdaruratan Medis (TKM)	Staff Acara	2016
9	HIMKAJAYA	PSIK Cup	Staf Acara	2016
10	HIMKAJAYA	NuNO	Staff Acara	2016
11.	HIMKAJAYA	Pemilwa MUMK Himkajaya	Koordinator Acara	2016
12.	LAKESMA	Rapat Akhir Tahun (RAT)	Staff Konsumsi	2016
13.	FKUB	Desa Binaan FKUB	Staff Acara	2017
14.	LAKESMA	Diklatsar Lakesma	Staff Koordinator Lapangan	2017
15.	LAKESMA	Pengukuhan AL22 Lakesma	Staff Acara	2017

16.	LAKESMA	Training Kegawatdaruratan Medis (TKM)	Koordinator Acara	2017
17.	LAKESMA	Baksos Lakesma	Koordinator Acara	2017
18.	LAKESMA	Musyawahar Nasional XVI & Jambore Nasional XXII PTBMMKI	Koordinator Konseptor	2018
19.	LAKESMA	Diklatsar BSM PXII	Staff Acara	2017/2018
20.	LAKESMA	Diklatsar BSM PXIII	Steering Committee	2018/2019

Prestasi

No.	Nama Kompetisi	Penyelenggara	Hasil/Capaian	Tahun
1.	Siswa Teladan Tingkat SD	Dinas Pendidikan dan kebudayaan Kecamatan Kawangkoan	Penyisihan	2008
2.	Pra OSN Matematika	Lembaga Olimpiade Pendidikan Indonesia	Penyisihan	2011
3.	Fisika Ceria Tingkat SMA	Universitas Negeri Gorontalo	Juara 2	2014
4.	Paskibraka Tingkat Provinsi	Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Indonesia	-	2014
5.	Meridien Cup VI	TBM MERIDIEN FK UMJ	-	2017