

**GAMBARAN KEPUASAN PASIEN DALAM PENANGANAN
TRIAGE DENGAN METODE *EMERGENCY SEVERITY INDEX***

Diajukan untuk memenuhi persyaratan sarjana keperawatan



Oleh :

AKHMAD SUKRO HIDAYAT

NIM : 30902200241

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG SEMARANG**

2023

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN KEPUASAN PASIEN DALAM PENANGANAN *TRIAGE* DENGAN METODE *EMERGENCY SEVERITY INDEX*

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Akhmad Sukro Hidayat

NIM : 30902200241

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I

Tanggal : 25 Mei 2023

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep

NIDN. 06-1509-8802

Pembimbing II

Tanggal : 24 Mei 2023



Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyanningsih, M. Kep., Sp.KMB

NIDN. 06-0203-7603

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:
**GAMBARAN KEPUASAN PASIEN DALAM PENANGANAN TRIAGE
DENGAN METODE *EMERGENCY SEVERITY INDEX***

Disusun oleh:

Nama : Akhmad Sukro Hidayat

NIM : 30902200241

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 07 Desember 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I



Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504

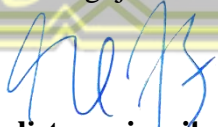
Penguji II



Ns. Indah Sri Wahyuningsih, S.Kep., M.Kep

NIDN. 06-1509-8802

Penguji III



Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyanningsih, M. Kep., Sp.KMB

NIDN. 06-0203-7603

Mengetahui,

Dekan FIK UNISSULA Semarang



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep

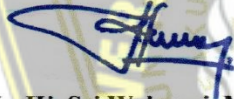
NIDN. 0622087403

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa Proposal Skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 19 November 2023

Mengetahui,
Wakil Dekan I



Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-0906-7504

Peneliti


METERAL TEMPEL
19AKX586179920

Akhmad Sukro Hidayat



KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas limpahan rahmat, karunia dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kepuasan Pasien Dalam Penanganan *Triage* Dengan Metode *Emergency Severity Index* (ESI)”. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang di rencanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum., Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam sultan Agung Semarang.
3. Dr.Ns. Dwi Retno Sulistyanningsih, M. Kep., Sp.KMB, Selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan dosen pembimbing II yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep Selaku dosen pembimbing I yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.

5. Seluruh Dosen pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
6. Orang tua saya, istri dan anak-anak tercinta yang telah banyak berkorban dan selalu memberikan do'a, perhatian, motivasi, semangat dan nasehat.
7. Teman-teman seperjuangan FIK UNISSULA angkatan 2022 prodi S1 Keperawatan yang selalu memberi motivasi dalam penyusunan skripsi.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga sangat membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Peneliti berharap skripsi keperawatan ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 19 November 2023

Penulis,



Akhmad Sukro Hidayat

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
HALAMAN PERSETUJUAN.....	II
HALAMAN PENGESAHAN.....	III
GAMBARAN KEPUASAN PASIEN DALAM PENANGANAN <i>TRIAGE</i> DENGAN METODE <i>EMERGENCY SEVERITY INDEX</i>	III
DISUSUN OLEH:.....	III
KATA PENGANTAR	V
DAFTAR ISI.....	VII
DAFTAR TABEL.....	X
DAFTAR GAMBAR.....	XI
DAFTAR LAMPIRAN.....	XII
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	8
1. Pengertian IGD.....	8
2. Prinsip Pelayanan IGD.....	9
3. Triase.....	10
4. Prosedur Triase (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).....	11
5. Fasilitas	13
B. Konsep <i>Triage</i>	14
1. Definisi <i>Triage</i>	14
2. Prinsip – prinsip <i>triage</i>	15

3.	Macam – Macam Metode <i>Triage</i>	16
4.	Kategori <i>triage</i>	16
5.	Tujuan <i>Triage</i>	17
6.	Faktor yang mempengaruhi sistem <i>triage</i>	17
C.	<i>Triage</i> Metode <i>Emergency Severity Index</i> (ESI).....	18
1.	Definisi <i>Emergency Severity Index</i> (ESI)	18
2.	Skala Prioritas <i>Emergency Severity Index</i> (ESI).....	18
D.	Tingkat Kepuasan	24
1.	Definisi Tingkat Kepuasan.....	24
2.	Aspek-Aspek Kepuasan Pasien.....	25
3.	Komponen Kepuasan	27
4.	Pengukuran Kepuasan Pasien	27
5.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien	29
6.	Penelitian Tentang Kepuasan Pasien berdasarkan Karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan).....	35
7.	Kerangka Teori	39
	BAB III	40
	METODE PENELITIAN.....	40
A.	Jenis dan Desain Penelitian.....	40
B.	Populasi dan Sampel.....	40
1.	Populasi	40
2.	Sampel.....	41
3.	Teknik Sampling	42
C.	Tempat dan Waktu Penelitian.....	42
D.	Definisi Operasional	43
E.	Instrumen Penelitian	44
F.	Validitas dan Realibilitas Instrumen.....	46
1.	Validitas	46
2.	Reliabilitas	46

G. Teknik Pengumpulan Data.....	47
H. Teknik Analisa Data	48
1. Teknik Pengolahan Data	48
2. Analisis Data	50
I. Etika Penelitian	50
BAB IV	52
HASIL PENELITIAN.....	52
A. Gambaran Tempat Penelitian.....	52
B. Karakteristik Responden.....	52
C. Analisis Univariat	53
1. Tingkat Kepuasan.....	53
2. Komponen Tingkat Kepuasan.....	53
3. Sebaran Item Komponen Kepuasan Pasien.....	54
BAB V.....	58
PEMBAHASAN	58
A. Karakteristik Responden.....	58
1. Usia	58
2. Jenis Kelamin.....	59
B. Hasil Penelitian.....	60
1. Tingkat Kepuasan.....	60
2. Komponen Tingkat Kepuasan.....	61
C. Keterbatasan Penelitian.....	69
D. Implikasi untuk Keperawatan	69
BAB VI	70
PENUTUP.....	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN 1	75

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori <i>Triage</i>	9
Tabel 3.1 Definisi Operasional	37
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden	44
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Pasien dalam Penanganan <i>Triage</i> dengan Metode <i>Emergency Severity Index</i>	45
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Komponen Tingkat Kepuasan	45
Tabel 4.4 Distribusi Komponen Kepuasan Pasien	46



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alogaritma ESI (Gilboy, 2011).....	15
Gambar 2.2 Alogaritma ESI (Bolk, 2011).....	16
Gambar 2.3 Kerangka Teori	32



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner 1



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Triase merupakan prosedur penting yang digunakan untuk memprioritaskan pasien di unit gawat darurat (UGD) (Phukubye, 2019). Triase bertujuan mengidentifikasi pasien dalam kondisi medis yang mengancam jiwa atau darurat (Aloyce *et al*, 2014). Metode yang sedang berkembang dan banyak dipelajari secara reliabilitas, validitas, dan efektivitasnya adalah *Australia Triage System* (ATS), *Canadian Triage Acquity System* (CTAS), *Emergency Severity Index* (ESI) dan *Manchester Triage Scale* (MTS). Metode triage terbanyak penggunaannya di dunia yaitu *Emergency Severity Index* (ESI) (Kasenda et al, 2020).

Emergency Severity Index adalah tolak ukur yang digunakan Amerika untuk memprioritaskan keadaan gawat darurat pasien. ESI dibagi menjadi 5 yaitu ESI 1 sampai dengan ESI 5. Pasien dengan ESI 1 merupakan pasien yang apabila tidak segera ditangani dapat mengancam nyawanya, seperti korban kecelakaan parah dengan kondisi kehilangan kesadaran dan kehilangan banyak darah. ESI 2 yaitu pasien resiko tinggi yang memiliki banyak titik nyeri dan dan mengalami penurunan kesadaran, ESI 3 yaitu pasien dengan resiko tidak terlalu tinggi akan tetapi memerlukan beberapa penanganan khusus seperti tes urin dan

jahit luka, ESI 4 sama dengan ESI 3 perbedaannya pasien cukup 1 penanganan khusus seperti *photo thorax*, ESI 5 yaitu pasien tidak beresiko ketika menunggu dalam pelayanannya seperti panas, batuk, pilek dan pusing (Kurniasari R, 2016).

Metode triase ESI saat ini banyak digunakan karena triase yang sangat simple dan penggunaannya dapat dilakukan langsung oleh prawat tanpa menggu dokter. Sistem triage IGD memiliki berbagai versi dan modifikasi sesuai kondisi dan kebutuhan setiap rumah sakit. Sistem Triage di IGD RSIB menggunakan system Triage metode *Emergency Severity Index* (ESI). Sistem ESI mengkategorikan pasien menjadi 5 golongan, dalam ESI 1 sampai ESI 5 penetapannya dilakukan sesuai kebutuhan sumber daya medis yang diperlukan setelah dilakukan pengkajian tenaga medis pada ruang Instalasi Gawat Darurat (Christ, 2010).

Empat point keputusan A ke D yang digunakan untuk membuat triase pasien ke dalam 5 level ESI. A: kebutuhan intervensi penyelamatan nyaaw segera. B : keadaan pasien risiko tinggi, disorientasi, kebingungan, distress, atau sangat nyeri. Jika ya, pasien masuk ke level ESI 2. Jika tidak, lanjutkan ke poin keputusan C. C : kebutuhan akan pemeriksaan penunjang. D : kelainan tanda – tanda vital pasien. Setiap level pasien apabila pada level sebelumnya termasuk dalam kondisi tersebut maka dinyatakan pasien pada golongan tersebut namun apabila tidak maka pasien masuk dalam golongan berikutnya

dan disesuaikan kembali dengan kondisi pasien. (Muthmainnah, Annisa. K, 2022)

Kecepatan tanggap terhadap pasien IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya agar dapat menjamin suatu penanganan yang response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Pemberian pelayanan demi kepuasan pada pasien khususnya di pelayanan Gawat Darurat dapat dilihat dari kemampuan perawat terkait *responsiveness* (cepat tanggap), *emphaty* (kepedulian dan perhatian), *reliability* (tepat waktu), *assurance* (sikap dalam memberikan pelayanan) dan *tangible* (mutu pada jasa pelayanan) dari perawat untuk pasien.

Mengingat adanya dampak dari masalah yang diakibatkan banyaknya pasien dan kepuasan pelayanan pada pasien di IGD. Maka perlu solusi untuk mengatasinya dengan menerapkan triase. Triase merupakan proses pemilihan pasien dari yang berisiko meninggal membutuhkan penanganan segera seperti mengalami kecacatan, atau kondisi yang meburuk apabila tidak segera ditangani. Penggunaan triase memiliki beberapa jenis triase antara lain *Australia Triage System* (ATS) dari Australia, *Canadian Triage Acquaity System* (CTAS) Kanada, *Emergency Severity Index* (ESI) Amerika Serikat dan *Manchester Triage Scale* (MTS) Inggris dan beberapa lainnya juga digunakan di Eropa.

Rumah Sakit Islam Banjarnegara adalah salah satu rumah sakit yang berada di Kabupaten Banjarnegara yang memberikan pelayanan IGD selama 24

jam. Berdasarkan Studi pendahuluan kunjungan pasien di IGD tahun 2023 bahwa jumlah pasien di IGD RSI Banjarnegara sebanyak 4.295 pasien. Hasil dari kritik dan saran yang bulan Mei yang diberikan kepada 50 pasien, pasien mengatakan 45% puas akan pemberian layanan rumah sakit dan 55% pasien mengatakan kurang puas dan memberikan kritik dan saran kepada petugas medis untuk lebih cepat dan sigap dalam melayani pasien. Pada saat studi pendahuluan terdapat 4 pasien yang berada di IGD RSI Banjarnegara yang memerlukan perawatan gawat darurat. 2 laki – laki dan 2 perempuan. Saya melakukan wawancara terbuka kepada responden tersebut, 3 keluarga yang mengantar dan salah satu responden mengatakan kurang cepat penanganan yang dilakukan kepada pasien. 1 responden mengatakan pelayanan baik dan responden mengeluh hanya sakit perut saja setelah makan pedas. Dari data survey RSI Banjarnegara pada bulan Januari sampai dengan November 2022 rata-rata pasien memiliki kepuasan sebesar 84,18 % dari jumlah rata-rata responden sebanyak 432 orang. Akan tetapi yang dinilai hanya 4 poin saja yaitu kecepatan pelayanan, keramahan petugas, pelayanan obat di IGD dan kejelasan informasi. Menurut *World Health Organization* (2006) penilaian akan kualitas pelayanan memiliki beberapa komponen antara lain *effective* (efektif), *efficient* (efisien), *accessible* (dapat diakses), *patient-centred* (berfokus pada pasien), *equitable* (adil), dan *safe* (aman).. Maka perlu adanya metode triase yang mudah dan cepat untuk digunakan di IGD, seperti metode *Emergency Severity Index*.

Kepuasan pasien terhadap pelayanan *triage* ini sangat penting guna menjaga kualitas pelayanan tetap bermutu dan pasien merasakan kesempurnaan dalam setiap pelayanan kesehatan terutama di IGD. Sumber diketahuinya kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit dapat diketahui melalui indikator kualitas pelayanan. Penilaiannya dapat dilakukan dengan dilakukan survei langsung terkait kepuasan pasien menggunakan. Adanya survei tersebut ditemukan hasil bagaimana pasien merasa puas terhadap pelayanan *triage* metode ESI. Maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Kepuasan Pasien dalam Penanganan Triage dengan Metode ESI di IGD RSI Banjarnegara”.

B. Rumusan Masalah

Perlu adanya solusi untuk mengurangi kepadatan yang akan mengakibatkan terjadinya komplain pelayanan atau timbul adanya tidak kepuasan maupun kepuasan pelayanan yang ada di ruang IGD. Metode yang banyak digunakan yaitu *Emergency Severity Index* yang berasal dari Amerika Serikat. Implementasi yang mudah dilaksanakan dan dapat dilakukan oleh perawat sebelum dokter datang untuk melakukan triase. Maka dari itu peneliti ingin melakukan penelitian tentang Bagaimana Gambaran Kepuasan Pasien dalam Penanganan Triase dengan Metode ESI di Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara. Terkait kepuasan pasien dalam penggunaan metode *Emergency Severity Index* (ESI) di IGD.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Kepuasan Pasien dalam Penanganan Triase dengan Metode ESI di Instalasi Gawat Darurat yang sudah digunakan dari tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kepuasan pasien berdasarkan aspek *Tangibles*
- b. Mengetahui kepuasan pasien berdasarkan aspek *Reability*
- c. Mengetahui kepuasan pasien berdasarkan aspek *Responsivness*
- d. Mengetahui kepuasan pasien berdasarkan aspek *Assurance*
- e. Mengetahui kepuasan pasien berdasarkan aspek *Empathy*
- f. Mengetahui kepuasan pasien dalam Penanganan Triase dengan metode ESI

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien

Dapat merasakan pelayanan keperawatan yang optimal dengan pelayanan keperawatan yang penuh kasih sayang, terpercaya dan berfokus pada pasien dan keluarga

2. Bagi Rumah Sakit Islam Banjarnegara

Sabagai alat evaluasi dan monitoring dalam peningkatan mutu dan pelayanan di IGD

3. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan instalasi gawat darurat.

4. Bagi penelitian keperawatan yang akan datang

Dapat menambah pengetahuan tingkat kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan instalasi gawat darurat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian IGD

Departemen gawat darurat (IGD) adalah departemen layanan rumah sakit yang memberikan perawatan lini pertama untuk pasien yang sakit dan terluka yang membutuhkan perawatan darurat (Queensland Health ED, 2012). Tujuan utama unit gawat darurat adalah untuk menerima, melakukan triase, menstabilkan, dan memberikan layanan perawatan akut kepada pasien, termasuk pasien yang memerlukan resusitasi kardiopulmoner dan pasien dengan tingkat kegawatdaruratan tertentu (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014). Fasilitas pelayanan kesehatan adalah sarana penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, daerah, dan/atau masyarakat, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif dan/atau tempatnya. (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

Jenis pasien khusus yang biasa ditemui di ruang gawat darurat dan memerlukan evaluasi dan prosedur khusus termasuk pasien trauma berat, pasien geriatri, anak-anak dan remaja, pasien sakit jiwa dan pasien yang

terinfeksi bahkan terkena kontaminasi radioaktif (*Australasian Collage for Emergency Medicine*, 2014).

Ruang gawat darurat rumah sakit harus dikelola dan terintegrasi dengan fasilitas/unit lain di dalam rumah sakit. Standar Umum Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit (Permenkes RI No. 47 Tahun 2018). 1) Dokter/dokter gigi sebagai pengelola IGD rumah sakit dikoordinasikan menurut kategori perawatan. 2) Dokter dan dokter gigi penanggung jawab pelayanan gawat darurat ditetapkan oleh direktur/direktur rumah sakit. 3) Perawat bertanggung jawab atas pertolongan pertama. 4) Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non medis mampu melakukan keterampilan bantuan hidup dasar. 5) Mengembangkan program manajemen pasien massal dan rencana bencana untuk insiden di rumah sakit dan di luar rumah sakit. 6) Jumlah, jenis dan kualifikasi staf IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

2. Prinsip Pelayanan IGD

Prinsip Umum Kedaruratan Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (2010):

- a. Rumah sakit membutuhkan layanan darurat dengan kemampuan dan pengetahuan untuk melakukan penilaian darurat awal dan CPR serta stabilisasi (penyelamatan nyawa).
- b. Bagian gawat darurat rumah sakit harus menyediakan layanan 24 jam sehari.

- c. Nama fasilitas rumah sakit atau UGD harus sama atau cocok dengan nama UGD.
- d. Rumah sakit mungkin tidak memerlukan uang jaminan saat menangani keadaan darurat.
- e. Pasien gawat darurat harus dirawat dalam waktu maksimal 5 menit setelah tiba di ruang gawat darurat.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi fungsional yang di dalamnya terdapat unsur kepemimpinan dan unsur pelaksana.
- g. Semua rumah sakit setidaknya harus berupaya untuk meningkatkan layanan darurat sesuai standar yang ada.

3. Triase

Rumah sakit harus dapat melakukan triase, wawancara primer, wawancara sekunder, administrasi akhir dan rujukan. Rumah sakit yang tergabung dalam SPGDT dapat melakukan evakuasi jika terjadi evakuasi darurat. Rumah sakit wajib memiliki kriteria triase yang ditetapkan oleh direktur/direktur rumah sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 47 Tahun 2018.

- a. Triase mengklasifikasikan pasien berdasarkan tingkat keparahan cedera atau penyakit mereka dan menentukan jenis perawatan/intervensi darurat.
- b. Triase tidak termasuk tindakan medis/intervensi

c. Prinsip yang diterapkan pada triase adalah sistem prioritas yang menentukan/memilih penanganan mana yang diprioritaskan terkait dengan tingkat bahaya hidup yang ditimbulkan menurut Permenkes RI No. 47 Tahun 2018.

- 1) Mengancam jiwa dan dapat menyebabkan kematian dalam beberapa menit
- 2) Meninggal dalam hitungan jam
- 3) Trauma ringan
- 4) Meninggal

4. Prosedur Triase (Permenkes RI No. 47 tahun 2018)

- a. Pasien dirawat di ruang gawat darurat rumah sakit oleh tenaga medis.
- b. Di ruang triase, penilaian sederhana dan cepat untuk menentukan tingkat keparahan keadaan darurat akan dilakukan oleh tenaga medis sebagai berikut:
 - 1) Evaluasi tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien.
 - 2) Menilai kebutuhan medis
 - 3) Evaluasi kemungkinan bertahan hidup
 - 4) Evaluasi kemungkinan dukungan
 - 5) Prioritaskan perawatan akhir
- c. Namun apabila jumlah pasien melebihi 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase (di depan IGD rumah sakit).

d. Pasien diberi kode warna berdasarkan keadaan darurat.

- 1) Kategori Merah Prioritas Pertama (Area Resusitasi), pasien dengan cedera serius yang mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat bertahan hidup dengan bantuan segera. Pasien dengan kategori merah dapat langsung dioperasi di ruang resusitasi, namun jika diperlukan penanganan lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan ke ruang operasi atau dipindahkan ke rumah sakit lain.
- 2) Kategori kuning, prioritas kedua (tingkat tindakan), bila pasien memerlukan tindakan definitif tanpa mengancam jiwa. Pasien kategori kuning yang memerlukan perawatan lebih lanjut dibawa ke ruang observasi dan dapat menunggu giliran setelah perawatan pasien kategori merah.
- 3) Kategori hijau, prioritas ketiga (area observasi), pasien dengan luka ringan dapat berjalan dan membantu dirinya sendiri atau meminta bantuan. Pasien dalam kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan atau dipulangkan jika memungkinkan.
- 4) Kategori hitam, prioritas 0, pasien meninggal, luka parah, atau tidak diperbolehkan untuk resusitasi. Pasien dalam kategori hitam segera dipindahkan ke kamar jenazah.

5. Fasilitas

Kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit yaitu :

a. Ruang Penerimaan

- 1) Ruang Administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan tindakan administrasi, meliputi pendataan pasien, keuangan dan rekam medik.
- 2) Ruang Tunggu Pengantar Pasien, berfungsi untuk ruangan dimana pengantar/keluarga pasien menunggu.
- 3) Ruang triase, ruang untuk memilah kondisi pasien, *false emergency* atau *true emergency*.
- 4) Ruang penyimpanan brankar
- 5) Ruang dekontaminasi
- 6) Area yang dapat dilakukan untuk penanganan korban bencana massal.

b. Ruang Tindakan

- 1) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC.
- 2) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan untuk pasien.

- 3) Ruang tindakan non bedah, ruangan untuk melakukan suatu tindakan non bedah.
 - 4) Ruang observasi, ruangan untuk melakukan observasi pada pasien setelah diberikan tindakan medis.
 - 5) Ruang perawat (*nurse station*), ruangan untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal perawat, dokumen sampai dengan evaluasi pasien.
- c. Ruang Penunjang Medis
- 1) Ruang petugas/Staff, yaitu ruangan tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsuken, perawat.
 - 2) Ruang Perawat, ruang yang digunakan untuk tempat istirahat perawat.
 - 3) Gedung kotor, tempat fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien yang berupa cairan.
 - 4) Toilet petugas
 - 5) Ruang loker

B. Konsep *Triage*

1. Definisi *Triage*

Triage berasal dari bahasa Perancis '*trier*' dan bahasa Inggris '*triage*' dan berasal dari kata bahasa Indonesia '*triage*' yang berarti seleksi. Triase adalah proses khusus mengklasifikasikan pasien menurut tingkat keparahan

cedera atau penyakit mereka dan menentukan jenis perawatan darurat. Saat ini, istilah tersebut sering digunakan untuk menggambarkan konsep pengkajian cepat dan terfokus untuk memastikan penggunaan staf, peralatan, dan fasilitas yang paling efisien untuk 100 juta orang yang membutuhkan perawatan di unit gawat darurat setiap tahun (Pusponegoro, 2010). Triase adalah upaya mengklasifikasikan korban sebelum dilakukan perawatan berdasarkan urgensi cedera atau penyakitnya, dengan mempertimbangkan prioritas perawatan dan sumber daya yang tersedia (Wijaya, S, 2010).

Triase memainkan peran penting di unit gawat darurat, di mana banyak pasien dapat tiba pada waktu yang bersamaan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa pasien dirawat dalam urutan urgensi klinis dibandingkan dengan kebutuhan intervensi yang sensitif terhadap waktu. Urgensi klinis tidak sama dengan kompleksitas atau keparahan. Triase juga memungkinkan pasien untuk ditugaskan ke area evaluasi dan perawatan yang paling tepat dan memberikan informasi yang berguna untuk manajemen kasus lebih lanjut (ACEM, 2005).

2. Prinsip – prinsip *triage*

Prinsip – prinsip *triage* yang utama yang dilakukan yaitu :

- a. *Triage* umumnya dilakukan untuk seluruh pasien
- b. Waktu untuk *triage* perorang harus lebih dari 30 detik

- c. Prinsip utama *triage* yaitu melaksanakan suatu prioritas dengan urutan nyawa, fungsi dan penampilan.
- d. Pada saat melakukan *triage*, maka kartu *triage* akan dipasangkan dikorban luka untuk memastikan urutan prioritasnya.

3. Macam – Macam Metode *Triage*

Metode triase rumah sakit yang dikembangkan saat ini yang telah dipelajari secara ekstensif untuk keandalan, kemanjuran dan efektivitas adalah *Australia Triage System* (ATS), *Canadian Triage Acquity System* (CTAS) dan *Emergency Severity Index* (ESI); *Manchester Triage Scale* (MTS) Saat ini yang paling metode triase yang banyak digunakan di seluruh dunia adalah *Emergency Severity Index* (ESI) (Kasenda et al, 2020).

4. Kategori *triage*

Prioritas	Warna	Kategori	Kondisi Penyakit / Luka
1	Merah	Prioritas utama pengobatan	Obstruksi jalan napas, dispnea, perdarahan, syok, tidak sadarkan diri, penurunan daya tanggap, trauma kepala, tension pneumotoraks, dispnea, serangan jantung, trauma kepala berat, dada, perut, luka bakar parah, patah tulang terbuka, dll. Ini adalah kondisi yang sangat serius dan memerlukan penanganan segera perhatian medis
2	Kuning	Bisa menunggu pengobatan	Perawatan mungkin tertunda selama beberapa jam, tetapi tidak mengancam jiwa. Korban berisiko fungsi vital stabil, syok, patah tulang multipel, luka bakar tanpa sumbatan jalan napas, tidak sadarkan diri, dan cedera tulang belakang.
3	Hijau	Ringan	Sebagian besar pasien cedera yang mampu berjalan dapat dirawat secara

Prioritas	Warna	Kategori	Kondisi Penyakit / Luka
			'rawat jalan. Patah tulang ringan, luka bakar ringan, luka jaringan lunak ringan, dislokasi tungkai, demam, radang, ISPA, lambung, gangguan jiwa
4	Hitam	Meninggal	Korban sudah meninggal atau tanda – tanda kehidupan terus menghilang.

5. Tujuan *Triage*

Tujuan utama dalam *triage* yaitu memprioritaskan pasien yang mengancam nyawa, berikutnya sebagai tingkat atau derajat kegawatan yang memerlukan pertolongan darurat.

Dengan adanya *triage* tenaga kesehatan mampu :

- Menginisiasi atau melakukan intervensi yang cepat dan tepat saat melakukan tindakan kepada pasien.
- Dapat menetapkan area yang paling tepat untuk melaksanakan pengobatan yang akan dilakukan selanjutnya.
- Memberikan fasilitasi rute pasien di unit gawat darurat dalam proses penanganan gawat darurat. (Zailani, 2009)

6. Faktor yang mempengaruhi sistem *triage*

Faktor yang mempengaruhi sistem pada *triage* antara lain :

- Jumlah tenaga kesehatan professional dan pola ketenangan
- Jumlah kunjungan pasien dan pola kunjungan pasien
- Denah bangunan fisik pada unit gawat darurat
- Terdapatnya klinik rawat jalan dan pelayanan medis (Wijaya, 2010)

C. Triage Metode *Emergency Severity Index* (ESI)

1. Definisi *Emergency Severity Index* (ESI)

Triase ESI merupakan salah satu masalah triase yang berkaitan dengan efikasi, reliabilitas dan pengetahuan, diketahui sangat mudah dan dapat dilakukan oleh perawat triase, sehingga tidak perlu menunggu aplikasi triase dari dokter. Ada beberapa alasan untuk ini. Mirip dengan yang digunakan di Indonesia, triase ESI banyak digunakan di Indonesia karena membantu perawat menilai prioritas dan tingkat triase dengan memastikan persyaratan keparahan pasien pada skala nyeri 1 sampai 10. Lebih realistis untuk digunakan. Ini umum digunakan dan diterapkan (Wibowo, 2020).

Sistem *Emergency Severity Index* (ESI) dikembangkan oleh *Emergency Nursing Association* di Amerika Serikat dan Kanada. *Emergency Severity Index* (ESI) banyak digunakan di rumah sakit di Eropa, Australia, Asia dan Indonesia.

2. Skala Prioritas *Emergency Severity Index* (ESI)

Menurut Gilboy pada tahun 2011, *Emergency Severity Index* (ESI) memiliki lima skala prioritas.

- a. Prioritas 1 (label biru) adalah pasien dengan gejala yang mengancam jiwa (masalah yang mengancam jiwa segera) yang memerlukan

intervensi penyelamatan jiwa segera. Prioritas 1 parameter termasuk henti jantung, status epileptikus, dan koma hipoglikemik.

- b. Prioritas 2 (label merah) adalah pasien dengan kondisi medis yang berpotensi mengancam jiwa atau mengancam organ yang membutuhkan perhatian segera. Parameter pilihan 2 adalah pasien hemodinamik atau ABCD stabil yang mengalami gangguan tetapi tidak koma (GCS 8-12). Contoh Prioritas 2 termasuk serangan asma, sakit perut akut, dan cedera sengatan listrik.
- c. Prioritas 3 (label kuning) adalah pasien yang memerlukan evaluasi rinci dan pemeriksaan laboratorium secara menyeluruh. Contoh prioritas 3 termasuk sepsis yang membutuhkan pemeriksaan laboratorium, radiologis, EKG, dan demam tifoid dengan komplikasi.
- d. Prioritas 4 (label kuning) adalah pasien yang membutuhkan beberapa jenis sumber daya perawatan darurat. Contoh Prioritas 4 termasuk pasien BPH yang membutuhkan kateterisasi urin dan pasien laserasi vulva yang membutuhkan kateterisasi sederhana.
- e. Prioritas 5 (white label) adalah pasien yang tidak membutuhkan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan, tidak ada pemeriksaan penunjang. Perawatan untuk pasien prioritas 5 biasanya terapi oral atau perawatan luka sederhana. Contoh prioritas 5 adalah masuk angin, jerawat, dan kulit lecet.

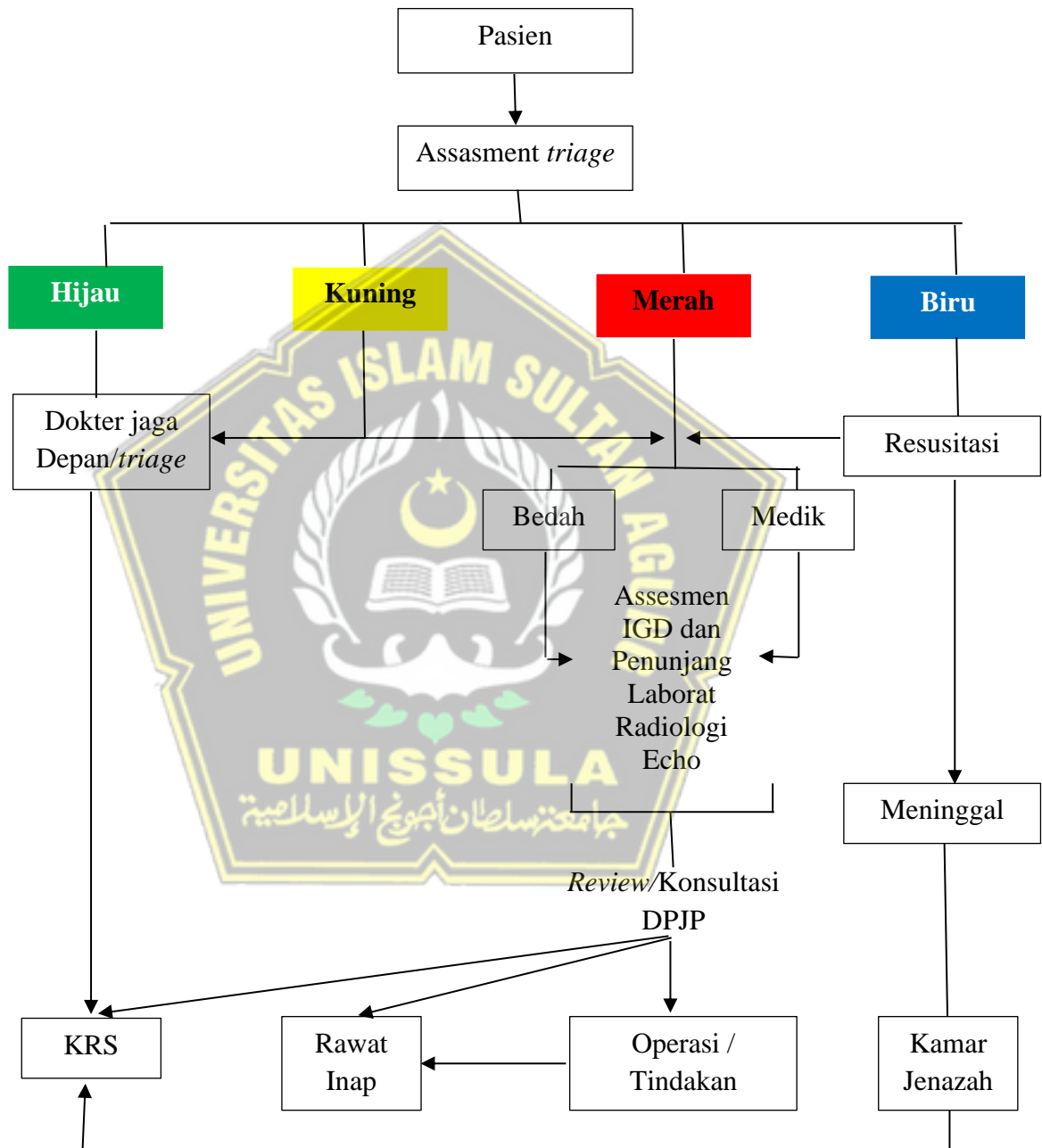
Triase *Emergency Severity Index* (ESI) didasarkan pada lima prinsip:

- a. Dimasukkan dalam ESI jika pasien membutuhkan operasi penyelamatan jiwa. 1. Pasien dimasukkan dalam *Emergency Severity Index* (ESI) jika tidak dapat menunggu karena berisiko tinggi mengalami gangguan kesadaran akut atau jika terjadi nyeri hebat.
- b. Jika seorang pasien membutuhkan banyak sumber daya, itu termasuk dalam *Emergency Severity Index* (ESI).
- c. Jika pasien dapat menunggu karena risikonya tidak tinggi dan tidak ada perubahan kesadaran akut atau nyeri hebat, pasien terdaftar dalam *Emergency Severity Index* (ESI).
- d. Jika pasien dapat menunggu karena risikonya tidak tinggi dan tidak ada perubahan kesadaran yang tiba-tiba atau nyeri hebat, maka pasien dimasukkan dalam *Emergency Severity Index* (ESI).
- e. Untuk kategori ESI 2 dan ESI 3, perawat triase perlu mengetahui dengan pasti berapa banyak sumber daya yang dibutuhkan. Sumber daya yang dipermasalahkan adalah manfaat rencana dokter darurat untuk pasien mereka.

Selain itu, pasien menjalani evaluasi awal, intervensi dan pemeriksaan tambahan (pemeriksaan klinis, radiologi). Langkah selanjutnya akan

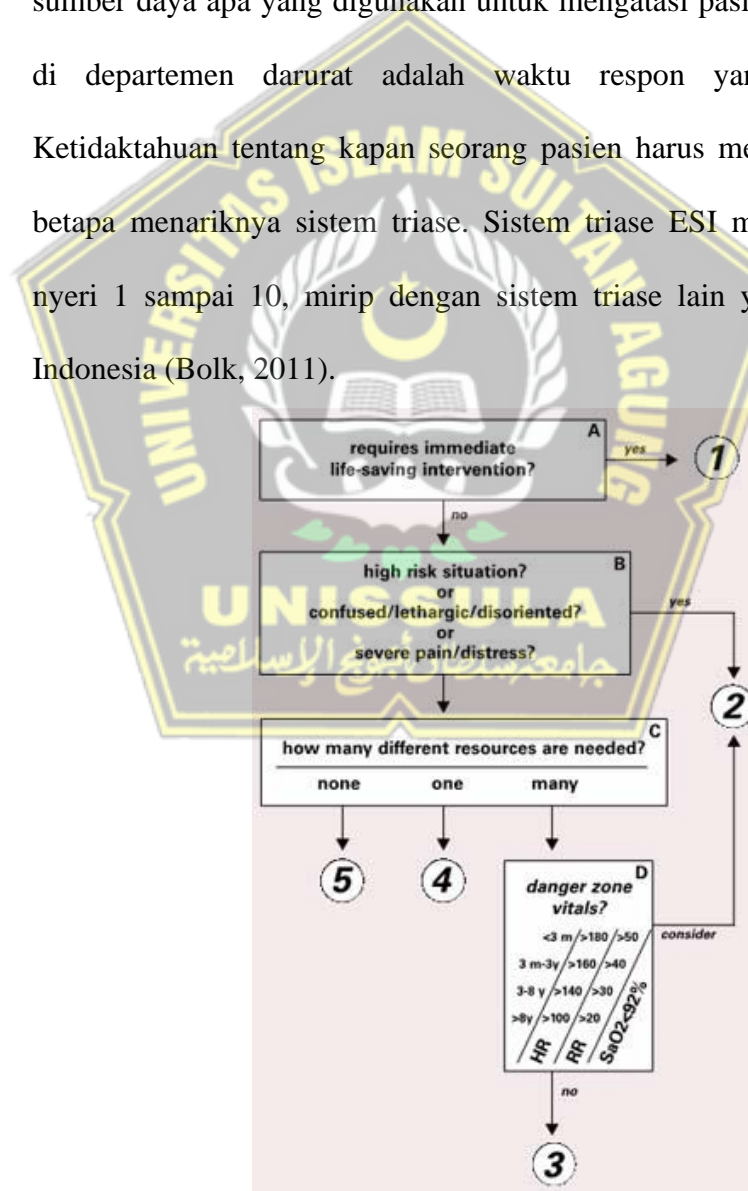
dipertimbangkan oleh tim ahli/penasihat kami sampai KRS, MRS, operasi atau perawatan khusus.





Gambar 2.1 Alogaritma *Emergency Severity Index* (Gilboy, 2011)

Penggunaan *Emergency Severity Index* di Indonesia sangat cocok untuk triase perawat yang merasa lebih mudah untuk mengidentifikasi gejala dan tingkat keparahan daripada bekerja dengan dokter yang mendiagnosis (Kemenkes RI, 2011). Perawat triase memudahkan untuk mengenali tingkat keparahan penyakit dengan dokter yang bertugas dan mempertimbangkan sumber daya apa yang digunakan untuk mengatasi pasien. Tantangan lain di departemen darurat adalah waktu respon yang tidak mudah. Ketidaktahuan tentang kapan seorang pasien harus menemui dokter dan betapa menariknya sistem triase. Sistem triase ESI menggunakan skala nyeri 1 sampai 10, mirip dengan sistem triase lain yang digunakan di Indonesia (Bolk, 2011).



Gambar 2.2. Algoritma Triase ESI (Bolk, 2011)

Sistem ESI memiliki bagian terpisah untuk triase pediatrik. Bagian ini memberikan panduan yang jelas tentang apa yang harus diperhatikan saat melakukan triase pada anak. Inilah yang membedakan sistem triase ESI dengan sistem triase lainnya.

D. Tingkat Kepuasan

1. Definisi Tingkat Kepuasan

Menurut kamus bahasa Indonesia, “puas” artinya “bahagia”. Kepuasan dapat diartikan sebagai kepuasan, kesenangan dan keamanan bagi mereka yang mengkonsumsi produk dan jasa untuk menerimanya. Untuk meningkatkan kepuasan pasien, rumah sakit perlu menarik lebih banyak pasien dan membangun serta mengelola sistem untuk mempertahankan mereka.

Menurut Supranto (2011), kepuasan pasien dapat ditingkatkan dengan berfokus pada kemampuan pasien dan keluarga, perawatan keluarga, dan perhatian untuk memenuhi harapan dan mencapai hasil yang optimal untuk setiap pasien dan pelayanan kesehatan. Ketanggapan terhadap Kebutuhan Pasien Pasien memperhatikan lingkungan fisik dan tanggap terhadap kebutuhan mereka untuk memastikan kesinambungan terbesar antara kepuasan dan hasil. Pendapat lain dari Endang (Mamik, 2010) menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah evaluasi atau penilaian setelah

menggunakan suatu pelayanan bahwa pelayanan yang dipilih paling tidak memenuhi atau melebihi harapan.

Berdasarkan uraian beberapa ahli di atas, kepuasan pasien merupakan hasil penilaian berupa tanggapan emosional pasien (kesenangan dan kepuasan) akibat terpenuhinya harapan atau keinginan selama pemakaian dan penerimaan pelayanan perawat.

2. Aspek-Aspek Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Aspek yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien dalam penelitian antara lain (Hasyim, 2019).

a. Karakteristik Produk

Produk Produk ini adalah properti fisik rumah sakit, termasuk bangunan dan dekorasi. Keistimewaan produk meliputi penampilan dan kebersihan gedung, kelas kamar yang tersedia, dan fasilitas.

b. Harga

Harga memang penting, tapi yang terpenting adalah kepuasan pasien.

c. Layanan

Rumah sakit yang memberikan lebih banyak layanan dan lebih memperhatikan kebutuhan pasiennya dan orang lain yang

mengunjungnya dianggap sebagai rumah sakit yang baik. Kepuasan muncul dari kesan pertama pasien saat menggunakan jasa perawatan.

d. Lokasi

Menunjukkan lokasi rumah sakit, kamar, dan area sekitarnya. Ini adalah salah satu faktor terpenting saat memilih rumah sakit. Secara umum, semakin dekat rumah sakit dengan kota atau pusat yang dapat diakses, semakin baik transportasi dan semakin baik bagi pasien yang membutuhkannya.

e. Furnitur

Ketersediaan fasilitas rumah sakit juga mempengaruhi evaluasi kepuasan pasien.

f. Citra

Reputasi rumah sakit dan pertimbangan lingkungan. Pencitraan juga memainkan peran penting dalam kepuasan pasien karena mereka tahu rumah sakit mana yang mereka butuhkan untuk proses pemulihan mereka.

g. Desain visual

Ini termasuk desain kamar sederhana, desain bangunan dan jalan.

3. Komponen Kepuasan

Parasuraman et al (diambil dari Gultom (2008)) mengidentifikasi lima kelompok karakteristik yang digunakan pelanggan saat mengevaluasi kualitas layanan.

- a. *Tangibles* (penampakan) meliputi fasilitas fisik, peralatan, pegawai, sarana komunikasi, dll.
- b. *Reliability* (Keandalan). Ini adalah kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara tepat waktu, akurat dan memuaskan.
- c. *Responsiveness* (Daya tanggap), keinginan karyawan untuk mendukung pelanggan dan memberikan pelayanan yang tanggap.
- d. *Assurance* (Jaminan/Garansi) berarti bahaya, resiko, pengetahuan, keterampilan, kesopanan dan kehandalan personel yang tidak menaruh curiga.
- e. *Empathy* (Empati) meliputi kemudahan membangun hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman akan kebutuhan pelanggan.

4. Pengukuran Kepuasan Pasien

(Nursalam, 2011), ada beberapa cara untuk mengukur kepuasan konsumen atau pasien:

- a. Sistem Pengaduan dan Saran

Organisasi yang berpusat pada konsumen/pasien (customer-centric) menawarkan berbagai cara untuk mengirimkan keluhan dan saran kepada pelanggan mereka. Metode ini membantu kami mempelajari dan mengumpulkan saran, keluhan, dan pendapat konsumen. Mereka melakukannya dengan menawarkan kotak saran, kartu komentar, dan kontak telepon langsung dengan pelanggan (Srijani dan Hidayat, 2017).

b. Survei Kepuasan Pelanggan

(Nursalam, 2011), metode ini melalui surat, telepon dan wawancara tatap muka. Melalui survei, Anda bisa mendapatkan respon dan feedback langsung dari konsumen, sekaligus sebagai tanda positif bahwa rumah sakit tersebut memperhatikan pasien dan konsumennya. Inti dari mengukur kepuasan pelanggan adalah membandingkan kinerja suatu produk atau jasa dengan harapan pelanggan. Semakin banyak harapan yang terpenuhi, semakin tinggi kepuasan pelanggan.

c. Pembeli Bayangan

Misalnya, menggunakan banyak orang (pembeli hantu) sebagai pembeli, seperti menyamar sebagai konsumen dan mengajukan berbagai pertanyaan serta melaporkan wawasan tentang kekuatan dan kelemahan produk. Selain itu, *ghost shopper* dapat mengamati bagaimana keluhan ditangani, menjawab pertanyaan, mempelajari bagaimana karyawan perusahaan bereaksi, dan menanggapi

karakteristik konsumen yang berbeda. (Astierna, Liputo, Evianthi dan Sri Chawati, 2014).

d. Analisis perubahan pelanggan (*customer loss analysis*)

Rumah sakit harus menghubungi pasien dan menyelidiki pasien yang meninggalkan atau pindah ke pusat kesehatan lain untuk memahami mengapa mereka berhenti menggunakan layanan kami. Ini memungkinkan kami untuk menggunakan alasan yang diberikan oleh pasien untuk meningkatkan dan meningkatkan produk kami kepuasan pasien (Kotler and Keller, 2012).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

a. Pemahaman

Pemahaman adalah proses memahami atau mempelajari sesuatu dengan lebih baik. Dalam hal ini, penting untuk memahami layanan seperti apa yang akan diterima oleh pengguna layanan. Karena tingginya tingkat kontak pribadi dalam layanan kesehatan, aspek komunikasi memainkan peran penting (Adian, 2020). Dalam kedokteran, komunikasi sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima proses perawatan medis yang benar, menjelaskan tujuan perawatan, dan mendiskusikan proses perawatan pasien dengan profesional terkait lainnya. Komunikasi sering terjadi dalam situasi di mana tingkat stres tinggi dan memerlukan perhatian

segera, tetapi komunikasi juga merupakan sarana untuk mengelola situasi. Komunikasi yang baik membangun kerjasama tim yang baik (Hermawan 2017).

b. Empati (sikap peduli)

Menurut Desimawati tahun 2013, jika rumah sakit tidak memperhatikan kepuasan pasien maka kunjungan akan berkurang dan menimbulkan citra perawat yang negatif. Meningkatkan kepuasan pasien dalam pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan memperbaiki faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan. Salah satunya adalah meningkatkan pelayanan pasien. Empati adalah perhatian pribadi yang diberikan penyedia layanan kepada pelanggannya untuk membuat mereka merasa dihargai, dihargai, dan dipahami oleh perusahaan. Inti dari aspek ini adalah bahwa pasien pada umumnya menginginkan perawatan, dan jika manajemen rumah sakit harus memberi mereka perhatian khusus, mereka harus diberikan perhatian khusus terhadap kebutuhan dan keluhan mereka. Bagaimana Anda meyakinkan pelanggan bahwa mereka unik dan istimewa dibayar. Hal ini meningkatkan kepercayaan terhadap rumah sakit. Hubungan antara belas kasih (empati) dan kepuasan pasien adalah: Kasih sayang (empati) memiliki dampak positif yang signifikan terhadap kepuasan pasien. Semakin baik persepsi empati pelanggan, semakin tinggi kepuasan

pasien. Dan kepuasan pasien bahkan lebih rendah ketika kesadaran mereka akan perhatian (empati) rendah. Penelitian Atmawati dan Wahyudin (2017) menunjukkan bahwa variabel kepedulian (empati) berpengaruh positif terhadap kepuasan konsumen.

c. Biaya

Biaya pelayanan yang tinggi dapat menjadi sumber moral hazard bagi pasien dan keluarganya. Kurangnya perhatian terhadap pasien dan keluarganya masyarakat cenderung hanya menerima pengobatan dan teknologi medis yang diberikan kepada pasien, menganggap bahwa kesembuhan adalah hal yang paling penting. Akibatnya, biaya perawatan menjadi tinggi. Keterbatasan informasi yang tersedia tentang perawatan yang diterima pasien dan keluarga dapat menjadi sumber keluhan pasien (Andika dan Astuti, 2018).

d. *Tangible* (Penampilan Fisik)

Tangibility artinya rumah sakit dapat mengungkapkan keberadaannya ke dunia luar. Pengertian bukti fisik dalam kualitas pelayanan adalah pegawai dapat melihat dan menggunakannya sesuai dengan tujuan dan kegunaannya, sehingga pegawai dapat mendukung proses pelayanan sesuai dengan keinginannya, sehingga pegawai merasa puas terhadap pelayanan tersebut. realisasi fisik yang mungkin. Bukti prestasi kerja dari jasa yang diberikan serta jasa yang diberikan. Artinya, siapa pun yang

membutuhkan layanan dapat merasakan bukti fisik penyedia layanan saat memberikan layanan. Pelayanan fisik biasanya berupa sarana dan prasarana yang tersedia. Penampilan dan kemampuan penyediaan sarana dan prasarana fisik rumah sakit dan masyarakat sekitarnya merupakan bukti nyata atas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan. Ini termasuk fasilitas fisik (perlengkapan gedung, lingkungan pelayanan yang tertib dan teratur, ruang tunggu yang nyaman, lingkungan yang asri, dan fasilitas tambahan seperti tempat parkir, kapel, toilet, ATM, dll.), dan fasilitas Ini termasuk penampilan dan ketertiban petugas fasilitas. Tampilannya juga menarik dan berkesan, sehingga akan memukau masyarakat umum dan penerima layanan. Studi Arlina Nurbaity Lubis dan Martin (2016) dan Atmawati dan Wahyudin (2017) menunjukkan bahwa variabel yang terlihat berpengaruh positif terhadap kepuasan konsumen.

e. Keamanan

Safety adalah pengetahuan, kompensasi dan kemampuan karyawan untuk meningkatkan kepercayaan konsumen terhadap suatu perusahaan. Ada beberapa elemen untuk ini, termasuk komunikasi, keamanan, keandalan, kompetensi, dan kesopanan.

f. Keandalan

Kemampuan petugas kesehatan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara tepat waktu, akurat dan memuaskan. Kinerja harus memenuhi harapan pelanggan. Ini berarti mengikuti SOP yang tepat waktu dan berlaku. Studi Atmawati dan Wahyudin (2017) dan Ratih Hardiyati (2014) menunjukkan bahwa variabel reliabilitas berpengaruh positif terhadap kepuasan konsumen.

g. *Responsiveness*

Daya tanggap adalah kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat. Aspek ini menekankan perhatian dan kecepatan dalam menangani permintaan, pendapat, keluhan, dan masalah pelanggan. Rumah sakit adalah tempat di mana Anda bisa mendapatkan layanan medis umum. Oleh karena itu, penyedia layanan kesehatan harus mampu menanggapi semua keluhan pasien. Daya tanggap manajemen rumah sakit memberikan pasien ketenangan pikiran bahwa mereka selalu siap membantu. Hubungan antara daya tanggap dan kepuasan pasien adalah sebagai berikut. Daya tanggap memiliki dampak positif yang signifikan terhadap kepuasan pasien. Semakin baik persepsi pelanggan terhadap respon, semakin tinggi kepuasan pasien. Persepsi pasien yang rendah terhadap respon, mengakibatkan rendahnya kepuasan pasien. Kajian Atmawati dan

Wahyudin (2017) menunjukkan bahwa perubahan daya tanggap berdampak positif terhadap kepuasan konsumen.

Setiap karyawan, dalam memberikan layanan, memberikan perhatian khusus pada aspek-aspek layanan yang memiliki dampak terbesar pada perilaku yang dilayani. Oleh karena itu, petugas dituntut memiliki keterampilan tanggap untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pemahaman dan ketidaksesuaian berbagai bentuk layanan yang tidak diketahui. Hal ini membutuhkan penjelasan yang masuk akal dan rinci, dorongan, bimbingan dan persuasi untuk mengatasi semua bentuk proses dan mekanisme kerja yang diterapkan dalam organisasi sehingga bentuk pelayanan memiliki resonansi positif (Parasuraman, 2001).

Menurut Anies (2020), kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Deskripsi lingkungan dan struktur. Misalnya rambu dan petunjuk arah yang jelas, kenyamanan yang mudah ditemukan, tersedianya bangku tunggu yang cukup.
- 2) Layanan kamar (kebersihan kamar dll).
- 3) Hubungan interpersonal, misalnya apakah staf menunjukkan kehangatan dan keramahan dalam melayani pasien;
- 4) Kompetensi klinis penyedia layanan kesehatan; Misalnya, kemampuan staf dan personel untuk mendemonstrasikan

keterampilan dalam tugas-tugas teknis dan memberikan informasi yang akurat dan menyeluruh.

5) Tarif layanan yang dapat dicapai oleh pelanggan atau pasien;

6. Penelitian Tentang Kepuasan Pasien berdasarkan Karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan).

a. Usia

Hasil penelitian Kaporina, Setyawan, and Novitasari (2013) “gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di instalasi rawat inap ruang B2 THT and Kulit Kelamin RSUP Dr. Kariadi Semarang” tingkat kepuasan pasien terhadap berdasarkan usia diperoleh 23 bahwa dari 55 responden yang berusia 15-55 tahun memiliki proporsi tidak puas lebih besar yaitu 67,3% dibandingkan dari 15 responden yang berusia ≥ 56 tahun yang memiliki proporsi puas sebesar yaitu 66,7%. Hal ini sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo (2003) dalam Kaporina et al (2013) yang mengatakan bahwa usia berpengaruh untuk belajar menyesuaikan diri dan seiring bertambahnya usia maka semakin banyak pengalaman yang didapat dari lingkungan. Sehingga banyak yang merasa tidak puas pada pasien yang berusia 15-55 tahun karena mungkin pengalaman yang didapat dari lingkungan belum sebanyak yang berusia ≥ 56 tahun.

Berbeda dengan penelitian Oroh, Rompas, and Pondaag (2014) “Faktorfaktor yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan di Ruang Interna RSUD Noongan” Tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan, Gunarsa (2008) dalam Oroh et al (2014) mengungkapkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada kesehatannya, dimana terjadi kemunduran struktur dan fungsi organ, sehingga masyarakat yang berusia lebih tua cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan usia muda. Seperti halnya pada pasien usia tua, yang mengalami gangguan muskuloskeletal, akan mengalami penurunan fungsi pada kesembuhan tulangnya, dimana dapat mengakibatkan keterbatasan yang panjang, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan pada orang lain. Beberapa orang lanjut usia dengan penyakit kronis menerima keterbatasan fisik lebih awal daripada orang yang lebih muda karena dampak emosionalnya. Ini karena pasien yang lebih tua umumnya lebih terbuka dan karena itu memiliki tuntutan dan harapan yang lebih rendah daripada pasien yang lebih muda. Akibatnya, pasien yang lebih tua lebih puas daripada pasien yang lebih muda.

b. Jenis kelamin

Sebuah studi oleh Oroh et al. (2014) Dalam “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Rawat Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Nugan”, Kepuasan Rawat Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Nugan Menunjukkan Kebanyakan Pasien Puas. Ada hubungan antara jenis kelamin dan kepuasan pasien rawat inap dengan pelayanan keperawatan. Jenis kelamin mempengaruhi pendapat tentang layanan yang diberikan. Sementara wanita memperhatikan detail penampilan mereka, pria cenderung lalai dan cuek. (Gunarsa, 2008, Oroh et al.).

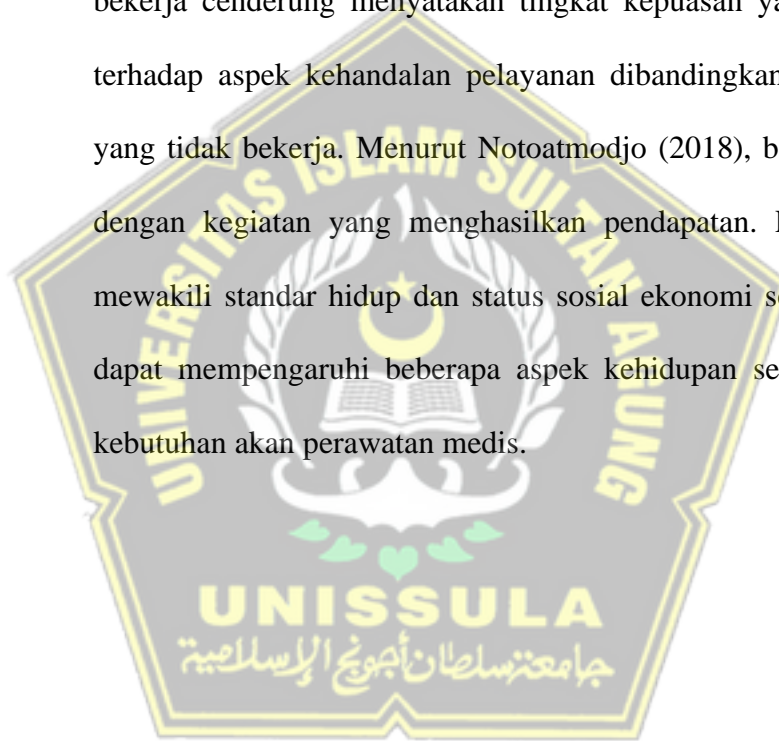
c. Pendidikan

Hasil penelitian Kaporina et al. (2013) “Deskripsi Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Fasilitas Rawat Inap B2 THT dan Kulit Kelamin RSUP Dr. Kaliadi Semarang Dari 30 responden yang mengikuti wajib belajar, 25 memiliki tingkat ketidakpuasan yang lebih tinggi, 63,3%, dibandingkan 40 responden yang mendapat pendidikan wajib 57,5% Notoatmodjo (2003) mencatat dalam Kaporina et al.(2013) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah memperoleh informasi dan semakin berpengetahuan Sebaliknya, kurangnya pendidikan menghambat perkembangan sikap terhadap nilai-nilai yang baru ditetapkan dalam pelayanan kesehatan, yang dapat membuat sulit untuk menerima nilai-nilai yang baru

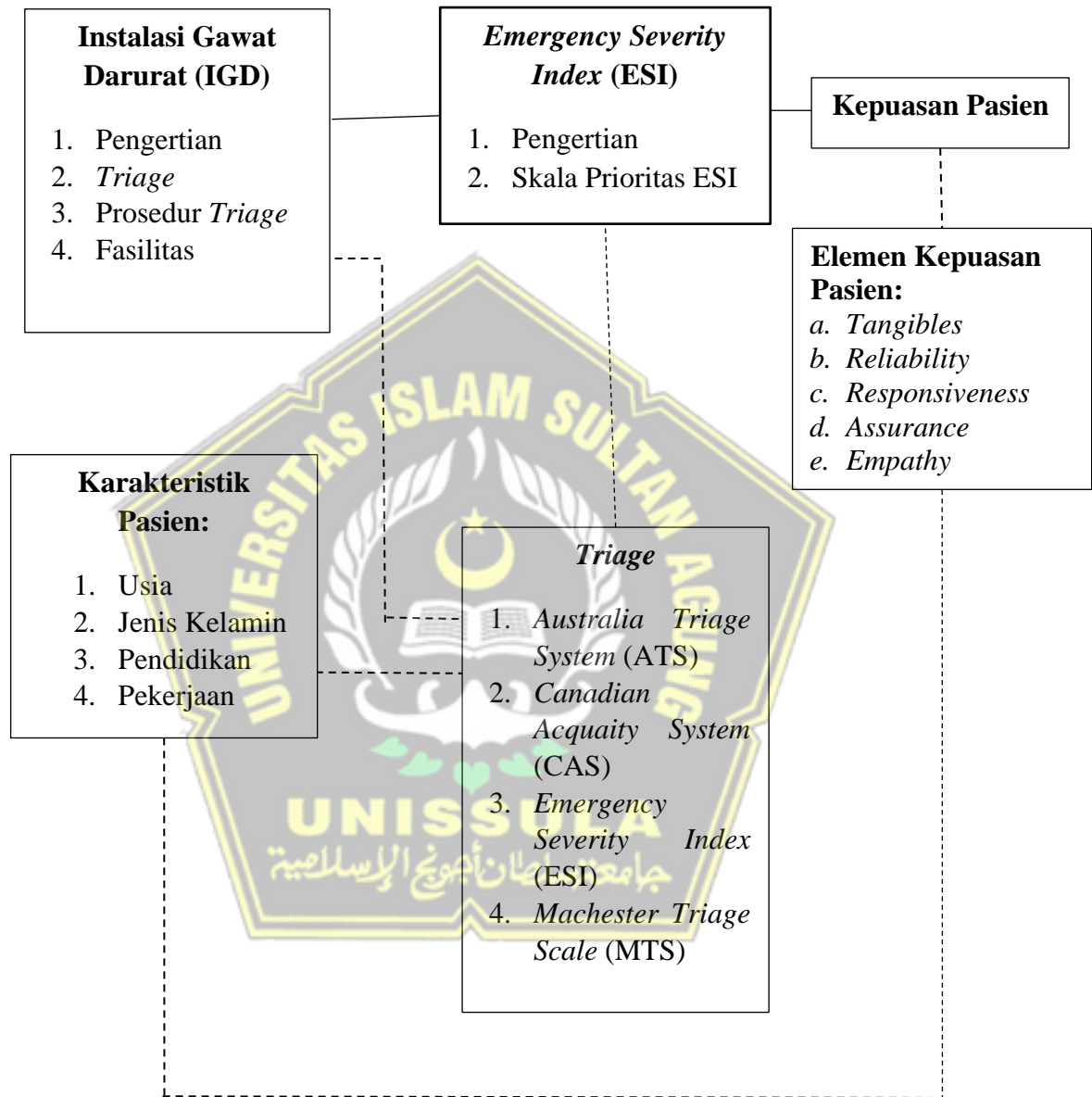
ditetapkan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Begitu banyak orang yang tidak puas dengan pasien yang wajib belajar.

d. Pekerjaan

Temuan dr. 64,4%, dibandingkan dengan 11 responden pada kelompok tidak bekerja.” Kepuasan sebesar 63,6%. Pasien yang bekerja cenderung menyatakan tingkat kepuasan yang lebih tinggi terhadap aspek kehandalan pelayanan dibandingkan dengan pasien yang tidak bekerja. Menurut Notoatmodjo (2018), bekerja dikaitkan dengan kegiatan yang menghasilkan pendapatan. Pekerjaan dapat mewakili standar hidup dan status sosial ekonomi seseorang karena dapat mempengaruhi beberapa aspek kehidupan seseorang, seperti kebutuhan akan perawatan medis.



7. Kerangka Teori



Tabel 2.2 Kerangka Teori (Muthmainnah, Annisa. K, 2022. Hasyim, 2019.

Gillboy, 2011. Kasenda et al, 2020)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis rancangan penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif survey. Penelitian kuantitatif merupakan penelitian yang menekankan fenomena-fenomena objektif dan dikaji secara kuantitatif (Nursalam, 2015). Proses penelitian kuantitatif dibantu menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang berusaha melihat dan mempelajari tentang fenomena dan kesehatan dalam sekumpulan objek yang terdapat pada populasi tertentu (Notoatmodjo, 2012).

Pengukuran variabel bebas (Metode *Emergency Severity Index*) dan variabel terikat (Kepuasan). Metode yang akan digunakan yaitu menggunakan analisis univariat untuk mengetahui prosentase kepuasan pasien pada pelayanan. Pada penelitian akan dilakukan analisis gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan di IGD RSI Banjarnegara.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia : klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang datang ke IGD di RSI

Banjarnegara. Selama rentang waktu bulan Januari hingga Mei 2023 data pasien di IGD yaitu sejumlah 4.295 pasien.

2. Sampel

Sampel terdiri dari bagian terjangkau dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian dengan pengambilan sampel. (Nursalam, 2017). Adapun sampel yang diambil yaitu pasien IGD di RSI Banjarnegara sebanyak bulan januari 1.613 pasien, februari 1.006 pasien dan bulan maret 1.676 pasien. Diambil rata – rata pasien dari 3 bulan itu didapatkan 1.432 pasien. Berikut kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini :

a. Kriteria Inklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Mampu berkomunikasi secara verbal dengan baik atau responden tidak mampu membaca atau menulis meminta bantuan keluarga atau asisten peneliti untuk membacakan dan menulisnya.
- 2) Pasien kategori triase kuning dan hijau
- 3) Pasien yang sadar GCS 15
- 4) Semua pasien yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Pasien yang tidak sadar
- 2) Pasien yang gawat darurat atau prioritas merah

3. Teknik Sampling

Pada penelitian ini pengambilan sampel dengan menggunakan tehnik *accidental sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, artinya siapa saja pasien yang kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila sesuai kriteria (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini diperoleh 140 responden yang memenuhi kriteria hingga batas waktu yang ditentukan.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSI Banjarnegara setelah proposal disetujui dan memperoleh izin penelitian. Penelitian diawali dengan pengajuan perijinan pada pihak rumah sakit. Setelah proses perijinan disetujui pihak rumah sakit peneliti melaksanakan proses penelitian di ruang IGD RSI Banjarnegara bulan September 2023



D. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Kepuasan Pasien dalam Penanganan <i>Triage</i> dengan metode <i>Emergency Severity Index</i>	Perasaan puas, senang dan aman bagi pasien yang datang ke instalasi gawat darurat untuk mendapatkan penanganan berdasarkan tingkat kegawatan dengan menggunakan kriteria yang meliputi : 1. <i>Tangible</i> (bukti fisik) 2. <i>Reliability</i> (kehandalan) 3. <i>Responsiveness</i> (daya tanggap) 4. <i>Assurance</i> (kepastian) 5. <i>Empathy</i>	Kuesioner <i>Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale</i> (BEPSS)	Pengisian Kuesioner oleh pasien / responden	Setiap domain dengan masing-masing skor sebagai berikut 1 : Tidak setuju 2 : Kurang setuju 3 : Setuju 4 : Sangat setuju Jumlah skor dari seluruh domain dikategorikan sebagai berikut : Total skor > 40 : Puas Total skor ≤ 40 : tidak puas	Likert

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah instrumen untuk mengukur fenomena alam dan sosial yang diamati. Peralatan penelitian pada dasarnya adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Peralatan penelitian diproduksi sesuai dengan tujuan pengukuran dan teori dasar. Peralatan penelitian dibuat untuk keperluan penelitian tertentu dan tidak boleh digunakan untuk penelitian lainnya. Oleh karena itu, peneliti harus merancang sendiri instrumen yang akan digunakan. Karena tujuan dan mekanisme kerja masing-masing metode penelitian berbeda, maka pengaturan peralatan untuk setiap penelitian belum tentu sama dengan penelitian lainnya. Data yang dikumpulkan dengan menggunakan alat khusus dijelaskan, dilampirkan, atau digunakan untuk menguji hipotesis yang diajukan dalam penelitian (Sukendra, 2020).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner baku yaitu *Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale* (BEPSS). Kuesioner BEPSS terdiri dari 20 pertanyaan yang mencakup 5 komponen yaitu staf gawat darurat, lingkungan gawat darurat, kepuasan perawat dan dokter, kepuasan pasien secara umum dan kepuasan keluarga pasien (Atari & Atari, 2015). Selain dikategorikan 5 komponen diatas, 20 pertanyaan tersebut juga dibagi mejadi 5 komponen berikut yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy* (Rochana&Djogotuga, 2020). Instrumen asli BEPSS sudah mendapatkan ijin dari pencipta untuk dinyatakan valid dari hasil uji baca

reliabel dengan koefisien *alpha Chronbach* 0,88. Instrumen BEPSS sudah diterjemahkan ke bahasa Indonesia dari bahasa Inggris dan diterjemahkan ulang kedalam bahasa Inggris. Hasil terjemahan dan terjemahan ulang sudah dikonfirmasi dengan kuesioner asli oleh seorang ahli untuk melihat perbedaan arti. Kuesioner versi Bahasa Indonesia kemudian sudah dilakukan uji *face validity* terhadap lima responden. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan frekuensi dan presentase.

Tabel 3.2 Kisi-kisi Kuesioner BEPSS

Komponen tingkat kepuasan	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan
<i>Tangible</i>	3	7, 8, 9
<i>Reliability</i>	5	14, 15, 16, 17, 18
<i>Responsiveness</i>	4	10, 11, 12, 13, 14
<i>Assurance</i>	2	19, 20
<i>Empathy</i>	6	1, 2, 3, 4, 5, 6

Pengukuran kuesioner BEPSS yaitu skor 1 tidak setuju, skor 2 kurang setuju, skor 3 setuju dan skor 4 sangat setuju. Pengukuran kepuasan dapat disimpulkan dengan total skor > 40 maka dianggap puas dan jika skor ≤ 40 tidak puas.

F. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1. Validitas

Uji validitas merupakan pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data atau dengan kata lain uji untuk mengetahui ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur sebuah data (Nursalam, 2015). Sebuah instrument dapat dikatakan valid apabila t hitung $>$ t tabel dan hasil dikatakan tidak valid apabila t hitung $<$ t tabel. Kuesioner *Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale* (BEPSS). Kuesioner BEPSS terdiri dari 20 pertanyaan yang mencakup 5 komponen yaitu staf gawat darurat, lingkungan gawat darurat, kepuasan perawat dan dokter, kepuasan pasien secara umum dan kepuasan keluarga pasien (Atari & Atari, 2015). Dinyatakan valid kuesioner versi Bahasa Indonesia kemudian sudah dilakukan uji *face validity* terhadap lima responden dan dapat digunakan untuk menilai kepuasan pasien gawat darurat (Rochana&Djogotuga, 2020).

2. Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji untuk mengukur adanya suatu kesamaan apabila pengukuran dilakukan kembali pada orang dan waktu yang berbeda (Nursalam, 2008). Uji ini digunakan untuk mengukur seberapa jauh instrumen yang digunakan akan memiliki nilai yang sama (*reliable*) walaupun digunakan secara berulang-ulang. Hasil ukur

reliabilitas dikatakan reliabel jika $\alpha_{\text{Chronbach}} > 0.90$ maka reliabilitas sempurna, α antara 0.70 – 0.90 maka reliabilitas tinggi, α 0.50 – 0.70 maka reliabilitas moderat dan $\alpha < 0.50$ maka reliabilitas rendah. Nilai koefisien $\alpha_{\text{Chronbach}}$ pada kuesioner BEPSS dengan reliabilitas domain berkisar antara 0,75 dan 0,88 yang bermakna bahwa kuesioner tersebut memiliki reliabilitas tinggi (Rochana & Djogotuga, 2020).

G. Teknik Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Penelitian diawali dengan penyusunan laporan proposal yang kemudian diuji terlebih dahulu.
2. Pengajuan etik ke FIK Universitas Islam Agung dan mengajukan perijinan pada pihak RSI Banjarnegara sebagai tempat penelitian setelah proposal sudah disetujui dosen pembimbing dan penguji.
3. Pencarian data sesuai dengan karakteristik penelitian.
4. Proses pengambilan data yang dilaksanakan di ruang IGD RSI Banjarnegara.
5. Peneliti mencari pasien yang telah dilakukan triase dan kemudian diseleksi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

6. Peneliti memberikan kuesioner terhadap responden yang masuk di IGD dengan keluarga maupun tanpa keluarga.
7. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan meminta persetujuan untuk menjadi responden.
8. Peneliti menginformasikan pada responden untuk mengisi secara lengkap sebelum dikumpulkan ke peneliti.
9. Bagi responden yang tidak dapat mengisi secara mandiri dibantu oleh keluarga atau didampingi dan dipandu peneliti selama pengisian kuesioner.
10. Memberikan kesempatan bertanya pada responden dan mengumpulkan serta mengecek kelengkapan kuesioner yang diisi oleh responden.

H. Teknik Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Tahap-tahap pengolahan data, antara lain

a. *Editing*

Editing merupakan proses dimana peneliti melakukan klarifikasi, keterbacaan, konsistensi dan kelengkapan data yang terkumpul (Sarwono, 2006). Proses *editing* meliputi pengisian, kelengkapan jawaban dan kuesioner dengan melakukan koreksi. Kekurangan atau kesalahan dapat muncul pada saat pengisian

sehingga setelah dilakukan pengisian harus segera dilakukan *editing* agar peneliti kembali mengecek jawaban kuesioner yang sesuai.

b. *Coding*

Pemberian kode yaitu menerjemahkan data ke dalam kode yang biasanya dalam bentuk angka. Hal tersebut bertujuan agar mempermudah proses pemindahan ke sarana penyimpanan yaitu komputer yang kemudian akan dianalisis (Sarwono, 2006). Dengan penggunaan kode mempermudah peneliti ketika memindah data ke dalam komputer dan mencari program perangkat lunak yang sesuai untuk menganalisis.

c. *Processing*

Proses memasukkan data yaitu tahap dimana penulis mulai memasukkan data ke program software computer. *Microsoft excel* merupakan software yang digunakan terlebih dahulu sebelum kemudian diolah diaplikasi olah data. Sebelum diolah data yang sudah ada kembali dicek bila terdapat data yang salah atau tidak sesuai dengan jumlah responden.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan tahap pengecekan kembali guna menghindari kesalahan-kesalahan yang terjadi dan membersihkan data yang tidak sesuai.

2. Analisis Data

a. Analisa Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang digunakan untuk menjelaskan data secara sederhana. Penyajian dari hasil analisis univariat yaitu menggunakan tabel distribusi frekuensi dan presentase (Nursalam, 2008). Data penelitian yang akan diperoleh dari penelitian ini dideskripsikan dalam bentuk tabel dengan variabel beban kerja.

I. Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan pedoman bagi peneliti untuk melakukan tindakan. Pada penelitian ilmu keperawatan, karena hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian (Nursalam, 2015). Aspek-aspek etika penelitian sebagai berikut:

1. *Beneficience* (Prinsip kebermanfaatan)

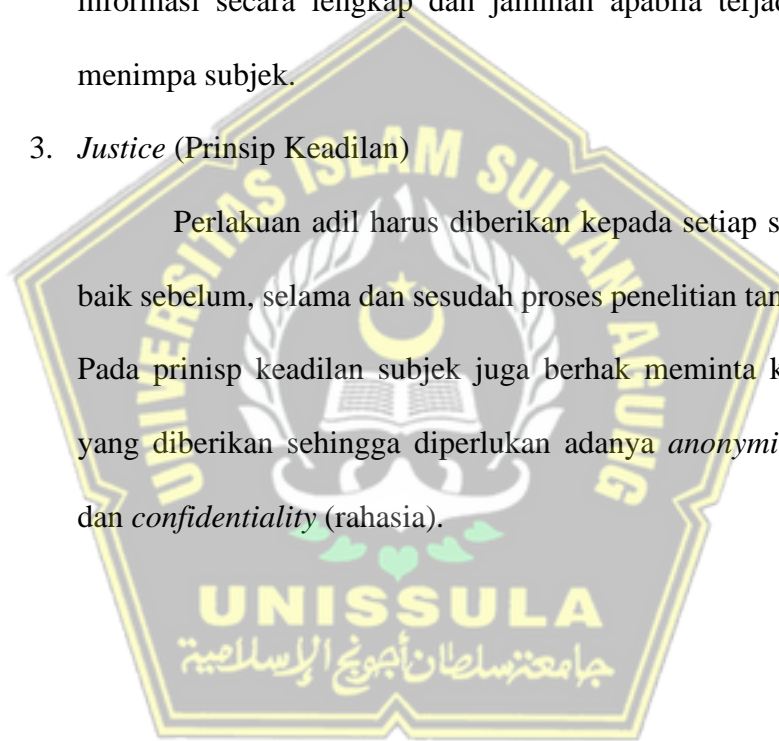
Prinsip kebermanfaatan yaitu penelitian yang dilakukan tanpa mengakibatkan penderitaan pada responden, terlebih apabila terdapat tindakan khusus. Responden penelitian dihindarkan dari risiko yang mungkin terjadi keadaan yang dan tidak menguntungkan. Selain itu juga meyakinkan terhadap subjek penelitian bahwa informasi yang diperoleh tidak akan disalahgunakan. Pada penelitian ini, responden yang telah sesuai kriteria dilakukan penelitian dengan pengisian kuesioner tanpa menyebabkan rasa sakit meningkat.

2. *Respect Human Dignity* (Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia)

Setiap orang memiliki hak asasi masing-masing, oleh karena itu dalam proses penelitian setiap hak harus tetap dihargai. Subjek berhak memutuskan bersedia untuk menjadi responden atau tidak tanpa adanya paksaan dan sangsi. Subjek juga memiliki hak untuk memperoleh informasi secara lengkap dan jaminan apabila terjadi sesuatu yang menimpa subjek.

3. *Justice* (Prinsip Keadilan)

Perlakuan adil harus diberikan kepada setiap subjek penelitian baik sebelum, selama dan sesudah proses penelitian tanpa diskriminasi. Pada prinsip keadilan subjek juga berhak meminta kerahasiaan data yang diberikan sehingga diperlukan adanya *anonymity* (tanpa nama) dan *confidentiality* (rahasia).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Banjarnegara, Ruang Instalasi Gawat Darurat RSI Banjarnegara yang beralamatkan di Jl. raya Jl. Raya Bawang KM No.8, Bawang, Banjarnegara, Jawa Tengah 53471. RSI Banjarnegara merupakan Rumah Sakit Umum Tipe C dengan akreditasi paripurna oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (LARSI). Dengan total responden sebanyak 140.

B. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden (n=140)

No	Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	71	50,7
	Perempuan	69	49,3
2.	Usia		
	Remaja (10-19)	22	15,7
	Dewasa (20-44)	54	38,6
	Pra Lansia (45-59)	37	26,4
	Lansia (>60)	27	19,3
Total		140	100

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa responden laki-laki sebanyak 50,7% dan perempuan sebanyak 49,3%. Sebagian besar responden pada kategori usia dewasa yaitu sebanyak 38,6% dan yang paling sedikit pada kategori usia remaja sebanyak 15,7%.

C. Analisis Univariat

1. Tingkat Kepuasan

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kepuasan Pasien dalam Penanganan *Tirage* dengan Metode *Emergency Severity Index* (ESI) (n=140)

Tingkat Kepuasan Pasien	f	%
Puas	94	67,1
Kurang Puas	46	32,9
Total	140	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden sebanyak 94 pasien (67,1%) merasa puas dan 46 responden (32,9%) merasa kurang puas dengan pelayanan di IGD.

2. Komponen Tingkat Kepuasan

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Komponen Tingkat Kepuasan (n=140)

Komponen kepuasan pasien	Puas		Kurang Puas		Total
	f	%	f	%	
Staf departemen darurat	96	68,6	44	31,4	140 (100%)
Lingkungan gawat darurat	85	60,7	55	39,3	
Kepuasan perawat dan dokter	106	75,7	34	24,3	
Kepuasan pasien secara umum	125	89,3	15	10,7	
Kepuasan keluarga pasien	116	82,9	24	17,1	

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada komponen staf departemen darurat kepuasan terbanyak yaitu puas sebanyak 96 (68,6%). Komponen lingkungan gawat darurat kepuasan terbanyak yaitu puas sebanyak 85 (60,7%). Komponen kepuasan perawat dan dokter, kepuasan pasien terbanyak yaitu puas 106 (75,7%). Komponen kepuasan pasien secara umum, kepuasan pasien terbanyak yaitu 125 (89,3%). Komponen kepuasan keluarga pasien dari kepuasan pasien terbanyak yaitu puas sebanyak 116 (82,9%).

3. Sebaran Item Komponen Kepuasan Pasien

Tabel 4.4 Distribusi Komponen Kepuasan Pasien (n=140)

Komponen	Item	STS f(%)	ATS f(%)	AS f(%)	SS f(%)	Total
<i>Tangible</i>	Suasana UGD tenang dan sunyi			8(5,7)	132(94,3)	140
	Ruang Gawat Darurat dilengkapi dengan baik			28(20,0)	112(80,0)	140
	Lingkungan UGD higienis			18(12,9)	122(87,1)	140
<i>Reliability</i>	Waktu tunggu sebelum berobat ke dokter sudah tepat		2(1,4)	31(22,1)	107(76,4)	140
	Waktu Tunggu sebelum proses masuk sudah benar		1(0,7)	13(9,3)	126(90,0)	140
	Saya akan merekomendasikan rumah sakit ini kepada kenalan saya			13(9,3)	127(90,7)	140
	Saya puas dengan kualitas pelayanan di IGD		1(0,7)	12(8,6)	127(90,7)	140
	Ruang Gawat Darurat Rumah sakit ini berfungsi dengan baik			27(19,3)	113(80,7)	140

<i>Responsiveness</i>	Tenaga kesehatan memberi tahu saya tentang perawatan saya	45(32,1)	95(67,9)	140	
	Perilaku tenaga kesehatan itu hormat	49(35,0)	91(65,0)	140	
	Penjelasan tenaga kesehatan tentang sisa pengobatan sudah cukup	5(3,6)	60(42,9)	75(53,6)	140
	Tenaga kesehatan menghabiskan cukup banyak waktu untuk memeriksa saya	6(4,3)	39(27,9)	95(67,9)	140
<i>Assurance</i>	Keluarga pasien dihormati di rumah sakit ini	13(9,3)	127(90,7)	140	
	Keluarga dapat meluangkan waktu yang cukup selain pasien	14(10,0)	126(90,0)	140	
<i>Empathy</i>	Perawat peduli dengan perawatan saya	31(22,1)	109(77,9)	140	
	Perawat memberi tahu saya tentang sisa perawatan	3(2,1)	19(13,6)	118(84,3)	140
	Perawat merawat saya dengan sabar	20(14,3)	120(85,7)	140	
	Perawat membesbaskan saya dari rasa sakit dengan baik	24(17,1)	116(82,9)	140	
	Staf penerimaan membimbing saya dengan tepat	24(17,1)	116(82,9)	140	
	Perilaku staf penerimaan sudah sesuai	24(17,1)	116(82,9)	140	

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa komponen *tangible* dengan lima item pertanyaan yang 1 sebanyak 132(94,3%) responden mengatakan sangat setuju, item pertanyaan ke 2 sebanyak 112(80,0%) responden mengatakan sangat setuju, Item pertanyaan ke 3 sebanyak 122(87,1%) responden

mengatakan sangat setuju. Sedangkan untuk komponen *reliability* dengan lima item pertanyaan, yang 1 sebanyak 107(76,4%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 2 sebanyak 126(90,0%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 127(90,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 127(90,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 5 sebanyak 113(80,7%) responden mengatakan sangat setuju. Sedangkan untuk komponen *responsiveness* dengan empat item pertanyaan, yang 1 sebanyak 95(67,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 2 sebanyak 126(90,0%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 75(53,6%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 95(67,9%) responden mengatakan sangat setuju. Sedangkan untuk komponen *assurance* dengan dua item pertanyaan yang pertama 127(90,7%) responden menjawab sangat setuju. Item pertanyaan yang ke dua sebanyak 126(90,0%) responden menjawab sangat setuju. Untuk komponen terakhir yaitu *empathy* dengan 6 pertanyaan dimana yang pertama sebanyak 109(77,9%) responden mengatakan sangat setuju, pertanyaan item yang ke 2 sebanyak 118(84,3%) mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 120(85,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 5 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item

pertanyaan yang ke 6 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Karakteristik demografi responden pada penelitian ini meliputi usia dan jenis kelamin.

1. Usia

Hasil pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa usia responden terbanyak adalah kategori usia dewasa dengan rentang usia 20-44 tahun sejumlah 54 responden (38,6%), kategori pra lansia 37 responden (26,4%), kategori lansia sebanyak 27 responden (19,3%) dan kategori remaja sejumlah 22 responden (15,7%). Secara umum jumlah kunjungan pasien pada pelayanan IGD tidak dapat diperkirakan, baik secara usia, jenis kelamin bahkan jumlah pengunjung sekalipun. Seseorang yang datang ke IGD tidak terbatas usia baik anak-anak ataupun dewasa, laki-laki maupun perempuan. Kehadiran pasien berdasarkan keluhan yang dirasakan sehingga jumlahnya tidak dapat diperkirakan. Namun pada penelitian ini lebih banyak diperoleh responden dewasa sehubungan dengan kemampuan untuk memahami dan mengisi kuesioner.

Gunarsa (2008) dalam Oroh et al (2014) mengungkapkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada kesehatannya, dimana terjadi kemunduran struktur dan fungsi organ, sehingga

masyarakat yang berusia lebih tua cenderung lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan usia muda. Seperti halnya pada pasien usia tua, yang mengalami gangguan muskuloskeletal, akan mengalami penurunan fungsi pada kesembuhan tulangnya, dimana dapat mengakibatkan keterbatasan yang panjang, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan pada orang lain. Beberapa orang lanjut usia dengan penyakit kronis menerima keterbatasan fisik lebih awal daripada orang yang lebih muda karena dampak emosionalnya. Ini karena pasien yang lebih tua umumnya lebih terbuka dan karena itu memiliki tuntutan dan harapan yang lebih rendah daripada pasien yang lebih muda. Akibatnya, pasien yang lebih tua lebih puas daripada pasien yang lebih muda.

2. Jenis Kelamin

Pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sejumlah 71 responden (50,7%) sedangkan perempuan sejumlah 69 responden (49,3%). Sama halnya dengan usia, pelayanan IGD tidak dapat diperkirakan kehadiran maupun jumlah pasien, hal tersebut berdasarkan keluhan yang dialami oleh pasien. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, hal tersebut dipengaruhi beberapa faktor seperti halnya dari kondisi psikologis yang mana perempuan lebih emosional dan sensitif, sehingga kurang sabar

ketika dalam pelayanan dilakukan kegiatan lain sedangkan kondisinya sedang sakit (Nurhayati, 2016).

Sebuah studi oleh Oroh et al. (2014) Dalam “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Rawat Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Nugan”, Kepuasan Rawat Inap Terhadap Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Nugan Menunjukkan Kebanyakan Pasien Puas. Ada hubungan antara jenis kelamin dan kepuasan pasien rawat inap dengan pelayanan keperawatan. Jenis kelamin mempengaruhi pendapat tentang layanan yang diberikan. Sementara wanita memperhatikan detail penampilan mereka, pria cenderung lalai dan cuek. (Gunarsa, 2008, Oroh et al).

B. Variabel Penelitian

1. Tingkat Kepuasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar yaitu sebanyak 94 pasien (67,1%) merasa puas terhadap pelayanan instalasi gawat darurat. Penelitian ini didukung oleh penelitian Basri et al., (2023) dimana didapatkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) sehingga terdapat hubungan antara respon time dengan komunikasi terapeutik antar perawat dengan tingkat kepuasan pasien di IGD Rumah Sakit Daerah Sekarwangi Sukabumi. Adapun hasil penelitian yang dilakukan di Di beberapa rumah sakit seperti RS Haji Jakarta (Kariasa, 2013), RS Advent Bandung (Tomsol, 2016) dan RSUD dr. Rasidin Padang (Gusty dan Putry, 2017) dimana rata-rata

76,06% hingga 90% responden menyatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan.

Salah satu pengaruh pelayanan gawat darurat terhadap kepuasan pasien adalah waktu tunggu di klinik gawat darurat, penantian yang lama sebelum dipindahkan ke IGD dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Hal ini dikarenakan rata-rata waktu tunggu pasien masih dalam standar waktu IGD (4 jam), meskipun terdapat pasien di ruang IGD yang waktu tunggu mencapai 10 jam. Hasil tersebut didukung oleh Perceka, (2020) bahwa waktu tunggu dapat mempengaruhi kepuasan pasien di unit gawat darurat dengan hasil $p=0,000$.

Para peneliti sampai pada kesimpulan bahwa kepuasan tidak hanya disebabkan oleh perawatan darurat yang benar dan cepat, tetapi juga oleh waktu tunggu pasien yang menunggu untuk dipindahkan ke perawatan rawat inap. Dalam hal ini, menjadi tanggung jawab manajemen RSI Banjarnegara untuk meningkatkan kualitas layanan darurat. Akreditasi rumah sakit memerlukan manajemen untuk memberikan perubahan yang lebih baik kepada pasien.

2. Komponen Tingkat Kepuasan

a. Komponen *Tangible* (Bukti Fisik)

Pada komponen *Tangible* dengan lima item pertanyaan yang 1 sebanyak 132(94,3%) responden mengatakan sangat setuju, item pertanyaan ke 2 sebanyak 112(80,0%) responden mengatakan sangat

setuju, Item pertanyaan ke 3 sebanyak 122(87,1%) responden mengatakan sangat setuju. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen *tangible* diatas komponen *Reliabilty* yang mana tingkat kepuasan terendah dari ke empat komponen lainnya. Hasil ini sejalan dengan peneltian Septiani (2016) bahwa tingkat kepuasan pasien yang ada di rumah sakit, pada komponen *tangible* juga merupakan yang paling rendah yaitu 68% dimana komponen *tangible* merupakan komponen yang mempunyai pengaruh tertinggi pada kepuasan pasien secara menyeluruh.

Komponen *tangible* dalam kualitas pelayananan adalah ungkapan yang nyata pada kepuasan yang diberikan kepada lingkungan fisik sekitar sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatan yang dirasakan sekarang (Nursalam,2015)

Pada komponen *tangible*, dimana responden menyatakan tidak setuju (32,2%) dengan kondisi lingkungan IGD yang tenang dan sunyi. Peningkatan jumlah pasien di IGD mengakibatkan penumpukan pasien setelah diputuskan untuk rawat inap yang dampaknya ke lingkungan IGD yang tidak tenang (deviantony, ahsan, & setyoadi, 2017). Hal ini didukung oleh Sinegar (2013) yang mana pasien merasa tidak aman karena kebisingan yang sangat tinggi sehingga dapat mempengaruhi pada kepuasan pasien.

b. Komponen *Reliability* (Kehandalan)

Reliability dengan lima item pertanyaan, yang 1 sebanyak 107(76,4%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 2 sebanyak 126(90,0%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 127(90,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 127(90,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 5 sebanyak 113(80,7%) responden mengatakan sangat setuju. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komponen *reliability* merupakan komponen dengan tingkat kepuasan yang ke tiga dari semua ke empat komponen lainnya. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Marpang (2016) di Medan yang mana komponen *reliability* merupakan komponen yang berdampak pada kepuasan pasien dengan koefisien regresi sebesar 0,497. Pada penelitian ini kepuasan pasien di IGD pada komponen *reliability* ini tidak menyebabkan rendahnya tingkat kepuasan pasien di IGD secara umum, dikarenakan tingkat kepuasan pasien pada *reliability* masih tergolong cukup tinggi yaitu 84,4%.

Inti dari komponen *reliability* merupakan kehandalan yang dimiliki pemberi pelayanan, mengetahui terkait prosedur kerja, cara kerja, memperbaiki berbagai keterbatasan atau masalah pada prosedur kerja dan dapat melakukan arahan yang tepat dan jalan pada setiap pemberi

pelayanan kepada masyarakat, sehingga memberikan dampak positif dari pelayanan tersebut (Nursalam, 2015).

Peneliti menyimpulkan bahwa meskipun pasien merasa puas dengan Saya akan merekomendasikan rumah sakit ini kepada kenalan saya, akan tetapi masih terdapat beberapa pasien yang kurang dengan Waktu tunggu sebelum berobat ke dokter. Jika pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan yang diberikan pada pasien akan merasa puas dan akan merekomendasikan mengajurkan kepada orang yang membutuhkan (Karisa & Setiawan, 2013). Baik maupun tidaknya kualitas pelayanan akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Jika kualitas pelayanan yang dirasakan sama maupun lebih dari yang diharapkan maka pelayanan dikatakan memuaskan (Marpaung, 2016).

c. Komponen *Responsiveness* (Ketanggapan)

Pada komponen *Responsiveness* dengan empat item pertanyaan, yang 1 sebanyak 95(67,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 2 sebanyak 126(90,0%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 75(53,6%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 95(67,9%) responden mengatakan sangat setuju.. Hasil penelitian dimana tingkat kepuasan pasien pada komponen *responsiveness* adalah kepuasan yang terendah dibandingkan dengan komponen kepuasan yang lainnya. Hal ini menunjukkan tanggapan

kesan yang negatif pada penerima pelayanan. Peneliti mengobservasi dan menanyakan kepada responden dari kepanikan responden merupakan salah satu minimal komunikasi yang terjadi pada penerima informasi terkait tindakan dan penjelasan pada pasien serta banyaknya yang masuk di triase hijau dan diagnosa yang belum diterima dengan baik pada pasien maupun keluarga terkait penyakitnya. Hasil penelitian ini berbeda dengan Septiani (2016) di Sumedang yang mana menunjukkan 57% pasien merasa puas pada pelayanan IGD pada komponen *responsiveness* yang mana disebabkan karena mayoritas pasien yang ada berlabel triase warna kuning (73,34%). Kondisi pasien yang urgent menuntut petugas IGD baik dokter maupun perawat untuk memberikan respon yang cepat dan tanggap.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan seluruh tenaga kesehatan memberitahu tentang perawatan dan menghabiskan cukup banyak waktu untuk memeriksa, mengobservasi dan menangani. Salah satu unsur komponen ketanggapan yaitu pemberian informasi penting dan detail, lugas, padat jelas dan akuntabel tentang masalah pelayanan yang didapatkan dari penerima layanan. Informasi yang jelas tentang segala hal terkait perawatan pasien akan membantu mengurangi tingkat kecemasan pada pasien dan meningkatkan kepuasan itu sendiri.

d. Komponen Assurance (Jaminan)

Pada komponen *Assurance* dengan dua item pertanyaan yang pertama 127(90,7%) responden menjawab sangat setuju. Item pertanyaan yang ke dua sebanyak 126(90,0%) responden menjawab sangat setuju. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien lebih tinggi pada komponen *assurance*. Sesuai dengan penelitian Kaban, Kandou dan Lopian (2015) dimana kepuasan pasien di Manado lebih tinggi pada komponen *assurance* ini. Menurut Kaban, et all (2015) melaporkan tingkat kepuasan pasien IGD dari komponen *assurance* hanya sebesar 64,2%. Kinerja merupakan kunci penting dalam jaminan kepuasan untuk meyakinkan konsumen bahwa petugas cekatan, handal dan mampu bertindak secara mandiri dan professional (Nursalam, 2015).

Pada hasil penelitian ini menunjukkan adanya pasien stagnan merasa puas dengan kinerja administrasi akan tetapi masih merasa perlu ditingkatkan terkait hadirnya keluarga pasien saat di IGD. Dukungan keluarga pada pasien saat di IGD sangat diperlukan untuk proses perawatan. Kehadiran keluarga dapat membantu proses perawatan pasien dan dapat juga mengurangi tingkat kecemasan pada pasien dan keluarga itu sendiri sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan pasien (Ningsih, 2019).

Menurut peneliti pemberi pelayanan kesehatan diharapkan mampu menjamin bahwa pelayanan dapat mereka rasakan secara nyata dan memberikan kepuasan kepada konsumen, disamping dari bentuk komitmen yang tinggi terhadap tugas dan fungsi mereka terhadap tempat bekerja.

e. Komponen *Empathy* (Empati)

Pada komponen *Empathy* dengan 6 pertanyaan dimana yang pertama sebanyak 109(77,9%) responden mengatakan sangat setuju, pertanyaan item yang ke 2 sebanyak 118(84,3%) mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 3 sebanyak 120(85,7%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 4 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 5 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju. Item pertanyaan yang ke 6 sebanyak 116(82,9%) responden mengatakan sangat setuju. Hasil penelitian ini menunjukkan kepuasan pasien komponen *empathy* adalah tingkat kepuasan nomor dua tertinggi dari semua komponen. Tingkat kepuasan pada komponen *empathy* pada penelitian ini lebih tinggi dibandingkan penelitian Nana, (2020) dimana tingkat kepuasan di IGD Kupang, Perhatian, sikap serius, simpati pemahaman dan keterlibatan pihak terkait perlu ditunjukkan dalam memberikan suatu pelayanan, dimana hal itu merupakan bentuk sikap empati (Nursalam, 2015).

Hasil penelitian ini menunjukkan pasien dengan perasaan merasa puas dengan usaha perawat dalam mengurangi keluhan nyeri pasien dan cukup waktu menghabiskan perawat dan dokter untuk menangani pasien. Hal ini menggambarkan bahwa empati sebagai bagian dan perilaku *caring* telah mampu menunjukkan oleh perawat IGD. Penelitian Aupia, Lee, Liu, Wu dan Mills (2018) menunjukkan bahwa empati perawat baik dari sudut pandang pasien itu sendiri dalam kategori baik.

Walaupun tingkat kepuasan pada komponen empathy itu baik, masih terdapat ketidakpuasan pasien terhadap sikap empathy petugas IGD. Hal ini mungkin disebabkan karena dampak dari pasien itu sendiri yang tidak terpenuhinya beberapa kebutuhan perawatan (Damayanti & Sutono, 2017). Tidak terpenuhinya kebutuhan perawatan pasien, merupakan salah satu penyebab ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan oleh petugas IGD.

Pada penelitian ini mempunyai keterbatasan dalam perlakuan yaitu pada tindakan yang hanya dilakukan di IGD dan hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan ke tingkat populasi yang lebih luas. Keterbatasan lain yaitu menambah pasien yang tinggal di IGD dengan waktu kurang dari 6 jam yang mana dapat mempengaruhi hasil pada penelitian dikarenakan batasan karakteristik yang tidak jelas.

C. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini mempunyai keterbatasan yaitu pencarian jumlah data yang sudah ditentukan menjadi jumlah data terakhir hingga waktu yang telah ditentukan, hal tersebut sehubungan dengan jumlah pasien yang terbatas. Keterbatasan lain yaitu menambah pasien yang tinggal di IGD dengan waktu kurang dari 6 jam yang mana dapat mempengaruhi hasil pada penelitian dikarenakan karakteristik yang terbatas. Selain itu selama proses pengambilan data penelitian tidak dilaksanakan secara detail memisahkan pasien dengan triase hijau dan triase kuning.

D. Implikasi untuk Keperawatan

Implikasi merupakan konsekuensi atau akibat langsung dari hasil penemuan suatu penelitian ilmiah. Hasil penelitian ini mengenai gambaran kepuasan pasien dalam penanganan *triage* dengan metode *emergency severity index* (ESI) yang mana tingkat kepuasan mempunyai komponen *tangible*, *responsiveness*, *reliability*, *assurance*, *empathy*. Peningkatan kepuasan dapat dilakukan dengan cara membuat kepekaan tenaga kesehatan lebih teras, seperti langsung menanyakan keadaan sebelum pasien bertanya terkait keluhan, dan tindakan yang cepat pindah ke ruang rawat inap yang harus ditingkatkan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan aspek *Tangibles* dengan kepuasan pasien puas 96 (68,6%) dengan pelayanan IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).
2. Berdasarkan aspek *Reability* dengan kepuasan pasien puas 85 (60,7%) dengan pelayanan IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).
3. Berdasarkan aspek *Responsivness* dengan kepuasan pasien puas 106 (75,7%) dengan pelayanan IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).
4. Berdasarkan aspek *Assurance* dengan kepuasan puas tertinggi 125 (89,3%) dengan pelayanan IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).
5. Berdasarkan aspek *Empathy* dengan kepuasan puas 116 (82,9%) dengan pelayanan IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).
6. Kepuasan pasien dalam Penanganan Triase dengan metode *emergency severity index* (ESI) yaitu puas 94 (67,1%).

B. Saran

1. Bagi Petugas Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini bermanfaat sebagai informasi dan sumber wawasan terupdate bagi petugas kesehatan mengenai tingkat kepuasan pasien dalam pelayanan di IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

3. Bagi Penderita di IGD

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk memberikan informasi kepada penderita yang masuk di IGD terkait kepuasan pasien menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).

4. Peneliti

Penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan baru bagi peneliti terkait pelayanan pada pasien dan mengukur tingkat kepuasan pada pasien di IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI).

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menjadi referensi dan wacana dalam pengembangan penelitian – penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan faktor-faktor kepuasan pasien di IGD menggunakan metode *emergency severity index* (ESI)

DAFTAR PUSTAKA

- Atari, M., & Atari, M. (2015). Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale (BEPSS); Development of a New Practical Instrument. *Emergency (Tehran, Iran)*, 3(3), 103–108.
- Basri, B., Utami, T., & Sitorus, H. (2023). Hubungan respon time dan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien di IGD Rumah Sakit Sekarwangi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 14(01), 49–58.
<https://doi.org/10.34305/jikbh.v14i01.665>
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan* (Tim Editor Salemba Medika, Ed.; 2nd ed.). Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Salemba Medika.
- Perceka, A. L. (2020). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Kepuasan Pasien di Ruang IGD RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik*, 006(02), 270–277. <https://doi.org/10.21776/ub.jiap.2020.006.02.14>
- Rochana, N., & Djogotuga, N. N. (2020). Kepuasan Pasien Stagnan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Kupang. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(2), 12–20.
<https://doi.org/10.14710/hnhs.3.2.2020.12-20>
- Sarwono. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Graha Ilmu.
- Desimawati. (2013). *Hubungan Layanan Keperawatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Di PuskesmasSumbersari Kabupaten Jember*. Universitas Jember.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers D. A Triage Tool for Emergency Department Care. *Agency Healthc Res Qual* [Internet]. 2012;31(2):93–7. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospitals/esi/esihandbk.pdf>
- Gultom, Jenny Rumondang. 2008. *Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Jalan di Poliklinik Rumah Sakit Azra Tahun 2008*. Universitas Indonesia, Peminatan Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Skripsi.

- Hermawan, A. (2017). *Penelitian Bisnis Pendekatan Kuantitatif*. Depok: Kencana.
- Kaporina, A., Setyawan, M. H., & Novitasari, A. (2013). Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan di Instalasi Rawat Inap Ruang B2 THT & Kulit Kelamin RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Prosiding Konferensi Nasional Ppni Jawa Tengah 2013*, 247-252.
- Kemendes. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (2008). Indonesia
- Kurniasari, Regina. (2016). *Hubungan Antara Level Emergency Severity Index (ESI) Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Sido Waras*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 4 No.2
- Muninjaya. (2004). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhayati E. (2016). Memahami Psikologis Perempuan (Integrasi & Intercomplementer Perspektif Psikologi dan Islam). Hal 245–258
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. (Tim Editor Salemba Medika, Ed.) (2nd ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi ketiga*. Salemba Medika. Jakarta.
- Nursalam. (2015). *Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika
- Muthmainah, Annisa. K. (2022). Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Metode ESI (Emergency Severity Index) DI Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD X. *Journal of Nursing Invention*, 3(1), 47-52
- Oroh, M. E., Rompas, S., & Pondaag, L. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap terhadap Pelayanan Keperawatan di Ruang Interna Rsud Noongan. *Naskah Publikasi Unsrat*, 2(2), 1-7
- Parasuraman. (2001). *Delivering Quality Service*. New York: The Free Press.
- Rochana, N., & Djogotuga, N. N. (2020). Kepuasan Pasien Stagnan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Kupang. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(2), 12–20. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.2.2020.12-20>
- Sarwono. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha

Ilmu.

Sukendra, I. K. I. K. S. A. (2020). *Instrumen Penelitian*. Journal Academia. Bali: Mahameru Press.

Wijaya, S. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Denpasar : PSIK FK.

World Health Organization. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

