



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STAGNASI PASIEN
DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT PERKEBUNAN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Sylvia Dwi Sekar Sari
NIM 122110101148**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STAGNASI PASIEN
DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT PERKEBUNAN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

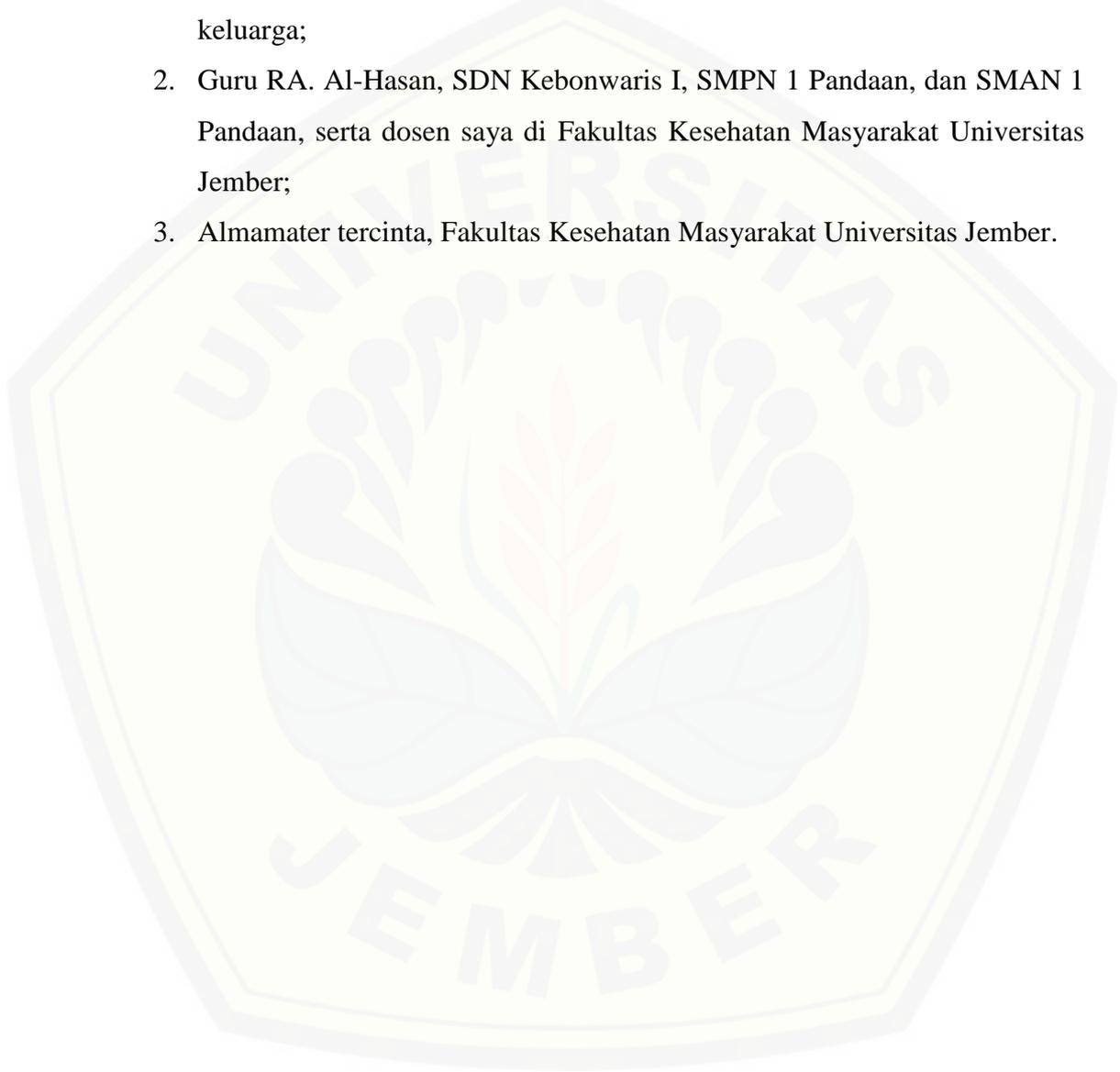
Sylvia Dwi Sekar Sari
NIM 122110101148

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Ayah Sulaiman dan Mama Mariyani, beserta keluarga;
2. Guru RA. Al-Hasan, SDN Kebonwaris I, SMPN 1 Pandaan, dan SMAN 1 Pandaan, serta dosen saya di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Almamater tercinta, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



MOTTO

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

*(Terjemahan QS. Ash Sharh:5-6)**



* Departemen Agama Republik Indonesia. 1994. *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sylvia Dwi Sekar Sari

NIM : 122110101148

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember* adalah benar benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya yang bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 24 Mei 2017

Yang menyatakan,

Sylvia Dwi Sekar Sari

NIM 122110101148

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STAGNASI PASIEN
DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT PERKEBUNAN JEMBER**

Oleh

Sylvia Dwi Sekar Sari
NIM 122110101148

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 24 Mei 2017

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Yennike Tri Herawati, S.KM.,M.Kes. NIP.197810162009122001	(.....)
2. DPA	: Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes. NIP.198204162010122003	(.....)
Penguji		
1. Ketua	: Dr. Isa Ma'rufi, S.KM.,M.Kes. NIP.197509142008121002	(.....)
2. Sekretaris	: Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes. NIP.198207232010121003	(.....)
3. Anggota	: Agus Tristiono, S.Kep,Ners. NIP.00101805	(.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes.
NIP.198005162003122002

RINGKASAN

Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember; Sylvia Dwi Sekar Sari; 122110101148; 2017; 63 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Rumah sakit selalu dituntut untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanannya. Kecepatan dalam memberikan pelayanan merupakan komponen penting dalam kepuasan pasien. Selain itu pula waktu tunggu kini sudah menjadi pertimbangan yang penting untuk memilih rumah sakit. Pelayanan yang lama dengan tingginya pasien akan menyebabkan stagnasi pasien. Stagnasi pasien merupakan keadaan terhenti untuk memperoleh pelayanan kesehatan sehingga pasien tidak langsung memperoleh pelayanan kesehatan dikarenakan pasien harus menunggu setelah melakukan pendaftaran. Menurut data penilaian kinerja rumah sakit Dinkes Jember pada tahun 2016 RS Perkebunan Jember merupakan urutan pertama dengan tingginya pemanfaatan tempat tidur (BOR) rumah sakit sebesar 86,64%. RS Perkebunan Jember melayani sekitar 263 pasien setiap harinya. Dengan demikian pemanfaatan tempat tidur yang tinggi dan tidak adanya ruangan untuk pasien baru disertai dengan tingginya kunjungan pasien di RS Perkebunan Jember dapat menyebabkan stagnasi pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember tahun 2016.

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah analitik dengan desain penelitian *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat rawat inap di RS Perkebunan Jember yang didapatkan dengan menggunakan teknik *disproportionate stratified random sampling* karena sampel yang diambil berada pada jumlah populasi berstrata yang kurang proporsional, maka dari itu kepala ruangan diambil semua sebagai sampel yaitu 6 responden sedangkan perawat pelaksana didapatkan sesuai perhitungan jumlah sampel dengan rumus proporsi finit didapatkan 42 responden. Metode pengumpulan data

dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji chi square dengan taraf kepercayaan sebesar 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember (77%), faktor organisasional meliputi ketersediaan sumber daya dirawat inap cukup (83,3%); pelayanan keperawatan baik (79,2%); proses pembiayaan cepat (89,6%); sistem asuransi mudah (83,3%), dan faktor pemberi pelayanan meliputi tipe pelayanan kesehatan baik (95,8%), sikap petugas baik (83,3%), kecakapan dan keahlian petugas baik (83,3%), kelengkapan fasilitas baik (95,8%). Hasil analisis menggunakan uji chi square didapatkan bahwa ada hubungan antara pelayanan keperawatan dengan stagnasi pasien, dan ada hubungan antara sikap perawat terhadap stagnasi pasien. Tidak ada hubungan antara ketersediaan sumber daya, proses pembiayaan, sistem asuransi, tipe pelayanan kesehatan, kecakapan dan keahlian petugas, dan kelengkapan fasilitas dengan stagnasi pasien.

Sehingga, didapatkan kesimpulan bahwa pada RS Perkebunan Jember terjadi stagnasi pasien, faktor organisasional di RS Perkebunan Jember meliputi ketersediaan sumber daya cukup; pelayanan keperawatan yang baik; proses pembiayaan yang cepat; dan sistem asuransi yang mudah, faktor pemberi pelayanan di RS Perkebunan Jember meliputi tipe pelayanan RS yang baik; sikap petugas yang baik; kecakapan dan keahlian petugas yang baik; dan kelengkapan fasilitas yang baik. Faktor organisasional yang memiliki hubungan dengan stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember adalah pelayanan keperawatan. Faktor pemberi pelayanan yang memiliki hubungan dengan stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember adalah sikap petugas.

Saran berdasarkan penelitian ini adalah RS Perkebunan Jember untuk mengurangi stagnasi pasien di rawat inap dapat menambahkan jumlah tempat tidur untuk tempat tidur kelas III hingga mencapai 20% dari keseluruhan jumlah di rumah sakit, serta mempertahankan pelayanan dan sikap petugas yang baik namun perlu diperhatikan dalam manajemen waktu pelayanan.

SUMMARY

Factors Related to Stagnation of Inpatient Clients at Perkebunan Jember Hospital; Sylvia Dwi Sekar Sari; 122110101148; 2017; 63 pages; Department of Health Administration and Policy, Faculty of Public Health, University of Jember.

The hospital is always required to service quality improvements. Speed in providing services is an important component in patient satisfaction. Moreover, waiting time is already becoming an important consideration for choosing the hospital. A long service with the high patient will cause the patient stagnation. Patient stagnation is the state ceased to obtain health services so that the patient does not directly acquire the health service because patients must wait after registration. According to the result of hospital performance assessment in Jember Public Health Office in 2016, Perkebunan Jember Hospital is the first hospital with the high utilization of bed (Bed Occupancy Rate/BOR) of 86,6%. Perkebunan Jember Hospital serves approximately 263 patients every day. High utilization of bed so there is no room for new patient accompanied with the high patient visits Perkebunan Jember Hospital may lead to patient stagnation. The objective of the study is to analyze the factors related to stagnation of hospitalization patient at Perkebunan Jember Hospital.

The study method used in this study was analytical cross sectional approached. The sample used in the study was hospitalization nurse at Perkebunan Jember Hospital with disproportionate stratified random sampling technique, because the samples taken were on stratified population so not proportional, thus the head of the room taken all samples as 6 respondents. While the managing nurses found by using finite proportion formula which are 42 respondents. Data collected using questionnaire. The data gained was analyzed by using chi square test by trust level of 95

The result showed that the presence the patient stagnation at RS Perkebunan Jember (77%), organizational factors include availability of resources was enough (83,3%); good nursing services (79,2%); financing process was fast

(89,6%); insurance system was easy (83,3%), and provider factors include type of medical services was good (95,8%), officer attitude was good (83,3%), skills and expertise of officer was good (83,3%), completeness facility was good (95,8%). The analysis result using chi square and logistic regression test showed that was a relation between nursing services and patient stagnation, and there was a relation between officer attitude and patient stagnation. There were no relation between availability of resources, financing process, insurance system, type of medical services, skills and expertise of officer, and completeness facility.

Therefore, it can be concluded in the study that had a patient stagnation at Perkebunan Jember Hospital, the organizational factors had an availability of resources was enough; good nursing services; financing process was fast; and insurance system was easy;, and the provider factors had a type of medical services was good, officer attitude was good, skills and expertise of officer was good, and completeness facility was good. Nursing services had an relation to the patient stagnation at Perkebunan Jember Hospital, while the other organizational factors (availability of resources, financing process, and insurance system) had no influences to the patient stagnation at Perkebunan Jember Hospital. Attitude officer on provider factor had an relation to the patient stagnation at Perkebunan Jember Hospital, while the other provider factors (type of medical services, skills and expertise of officer, and completeness facility) had no relation to the patient stagnation at Perkebunan Jember Hospital.

Based on the study, advice to Perkebunan Jember Hospital to reduce the stagnation of hospitalization patient could have added a class III services beds until reaches 20% of all beds on hospital, as well as maintaining good services and good officer attitude but keep good on time services management.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya berupa kemampuan berfikir dan analisis sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember*. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam melengkapi penyusunan tugas akhir dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM).

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Terimakasih saya ucapkan kepada Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes dan Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing yang senantiasa memberikan masukan, saran, dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terimakasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, serta selaku sekretaris penguji sidang
3. Ibu dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc, selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat
4. Ibu dr Suratini, MMRS selaku Direktur RS Perkebunan Jember yang memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian
5. Bapak Dr. Isa Ma'rufi, S.KM, M.Kes, selaku ketua penguji sidang.
6. Bapak Agus Tristiono, S.Kep, Ners, selaku anggota penguji sidang
7. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan dan mengajarkan ilmunya kepada penulis
8. Seluruh staff dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membantu penulis selama masa studi.

9. Kedua orang tua, Ayah Sulaiman dan Mama Mariyani yang selalu memberikan dukungan, doa, dan pengorbanannya demi keberhasilan dan kesuksesan penulis
10. Adik tercinta, Een Tri Cindy Tasari beserta keluarga dan kerabat yang senantiasa memberikan doa dan dukungan kepada penulis demi selesainya skripsi ini
11. Sahabat-sahabat terbaik, SAHABAT (Nurul, Nita, Diah, Galih), SOLMAT (Nurina, Aminatul Laila), Geng PKM (Aga, Brahma, Yuli, Teo) terimakasih atas segala bantuan, motivasi, doa, kebersamaan dan canda tawa yang telah kita bagi bersama dan terimakasih atas semangat serta dukungan yang kalian pada waktu terberat saya
12. Teman-teman YOT Jember, PBL13 Kerabat Semangat dan KOS49B terimakasih atas dukungan, canda tawa dan pengalaman yang telah kalian berikan
13. Teman-teman akhwatfillah Adz-dzakiyah dan Rumaisho terimakasih atas segala canda tawa, motivasi, doa dan penguatan iman yang telah kalian berikan
14. Teman-teman dan Keluarga PSM Gita Pusaka Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember terimakasih atas kebersamaan, kerjasama, ilmu dan pengalaman yang luar biasa yang sudah diberikan selama ini
15. Teman-teman seperjuangan di Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dan angkatan 2012 yang telah menemani sekaligus berjuang bersama untuk menimba ilmu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis juga meminta maaf atas segala kekurangan, semoga karya ini bisa bermanfaat. Aamiin.

Jember, 24 Mei 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Rumah Sakit	7
2.2 Instalasi Rawat Inap	12
2.3 Stagnasi Pasien	16
2.4 Kerangka Teori	24
2.5 Kerangka Konsep	25
2.6 Hipotesis Penelitian	26
BAB 3. METODE PENELITIAN	27

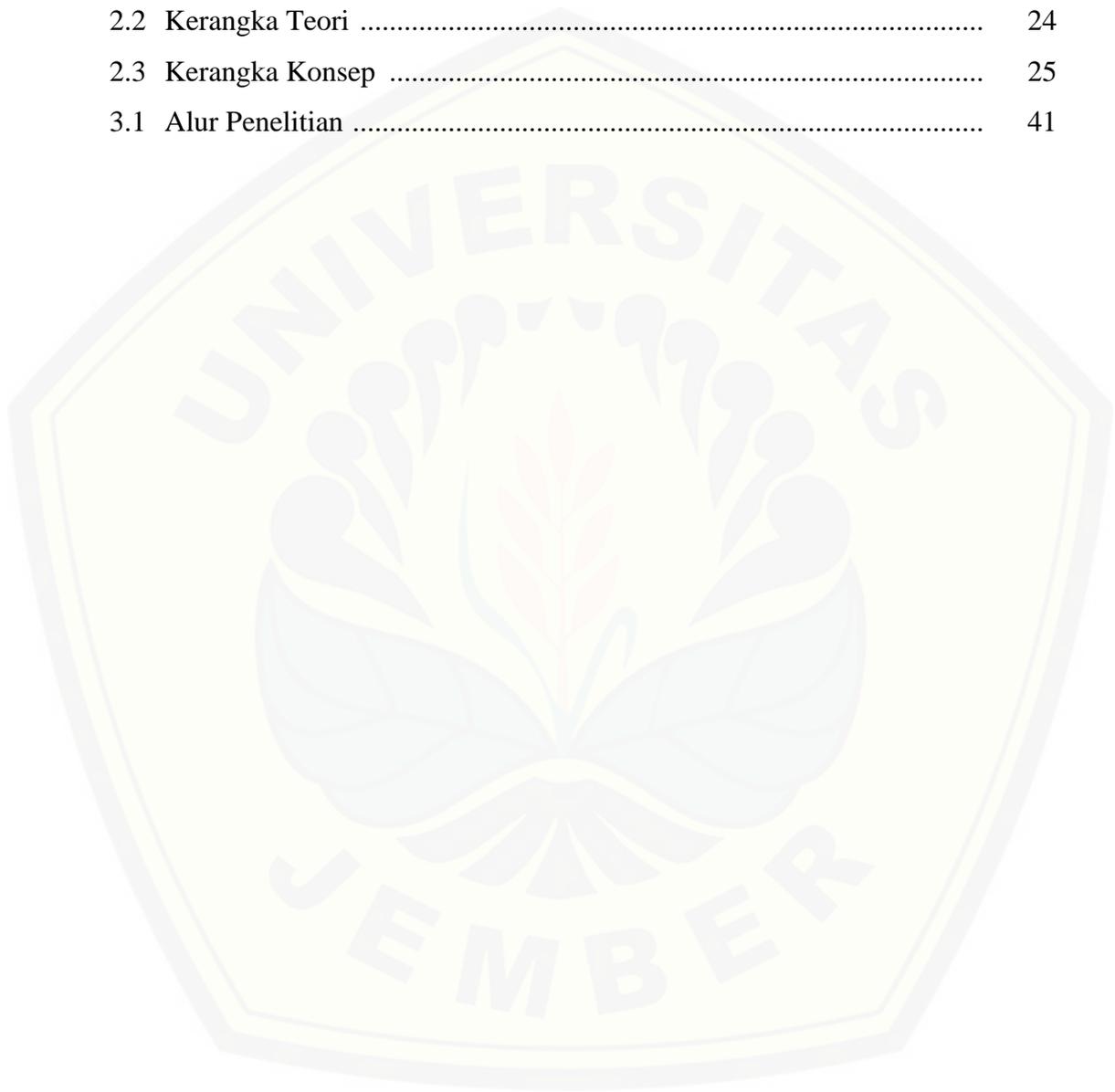
3.1 Jenis Penelitian	27
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	27
3.3 Populasi dan Sampel	27
3.4 Definisi Operasional	31
3.5 Data dan Sumber Data	35
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	35
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	36
3.8 Validitas dan Reliabilitas Data	39
3.9 Alur Penelitian	41
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	42
4.1 Hasil Penelitian	42
4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit	42
4.1.2 Identifikasi Stagnasi Pasien	44
4.1.3 Identifikasi Faktor Organisasional	44
4.1.4 Identifikasi Faktor Pemberi Pelayanan	46
4.1.5 Hubungan Faktor Organisasional terhadap Stagnasi Pasien .	47
4.1.6 Hubungan Faktor Pemberi Pelayanan terhadap Stagnasi Pasien	48
4.2 Pembahasan	49
4.2.1 Identifikasi Stagnasi Pasien	49
4.2.2 Identifikasi Faktor Organisasional	49
4.2.3 Identifikasi Faktor Pemberi Pelayanan	52
4.2.4 Hubungan Faktor Organisasional terhadap Stagnasi Pasien .	53
4.2.5 Hubungan Faktor Pemberi Pelayanan terhadap Stagnasi Pasien	58
BAB 5. PENUTUP	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Jumlah perawat tiap ruang di rawat inap	28
3.2 Jumlah sampel pada masing-masing ruangan	31
3.3 Variabel dan definisi operasional	32
4.1 Distribusi stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember	44
4.2 Distribusi responden berdasarkan ketersediaan sumber daya	44
4.3 Distribusi responden berdasarkan pelayanan keperawatan	45
4.4 Distribusi responden berdasarkan proses pembiayaan	45
4.5 Distribusi responden berdasarkan sistem asuransi	45
4.6 Distribusi responden berdasarkan tipe pelayanan	46
4.7 Distribusi responden berdasarkan sikap petugas	46
4.8 Distribusi responden berdasarkan kecakapan dan keahlian petugas ..	46
4.9 Distribusi responden berdasarkan kelengkapan fasilitas	47
4.10 Hasil tabulasi silang antara faktor organisasional dengan stagnasi pasien	47
4.11 Hasil tabulasi silang antara faktir pemberi pelayanan dengan stagnasi pasien	48

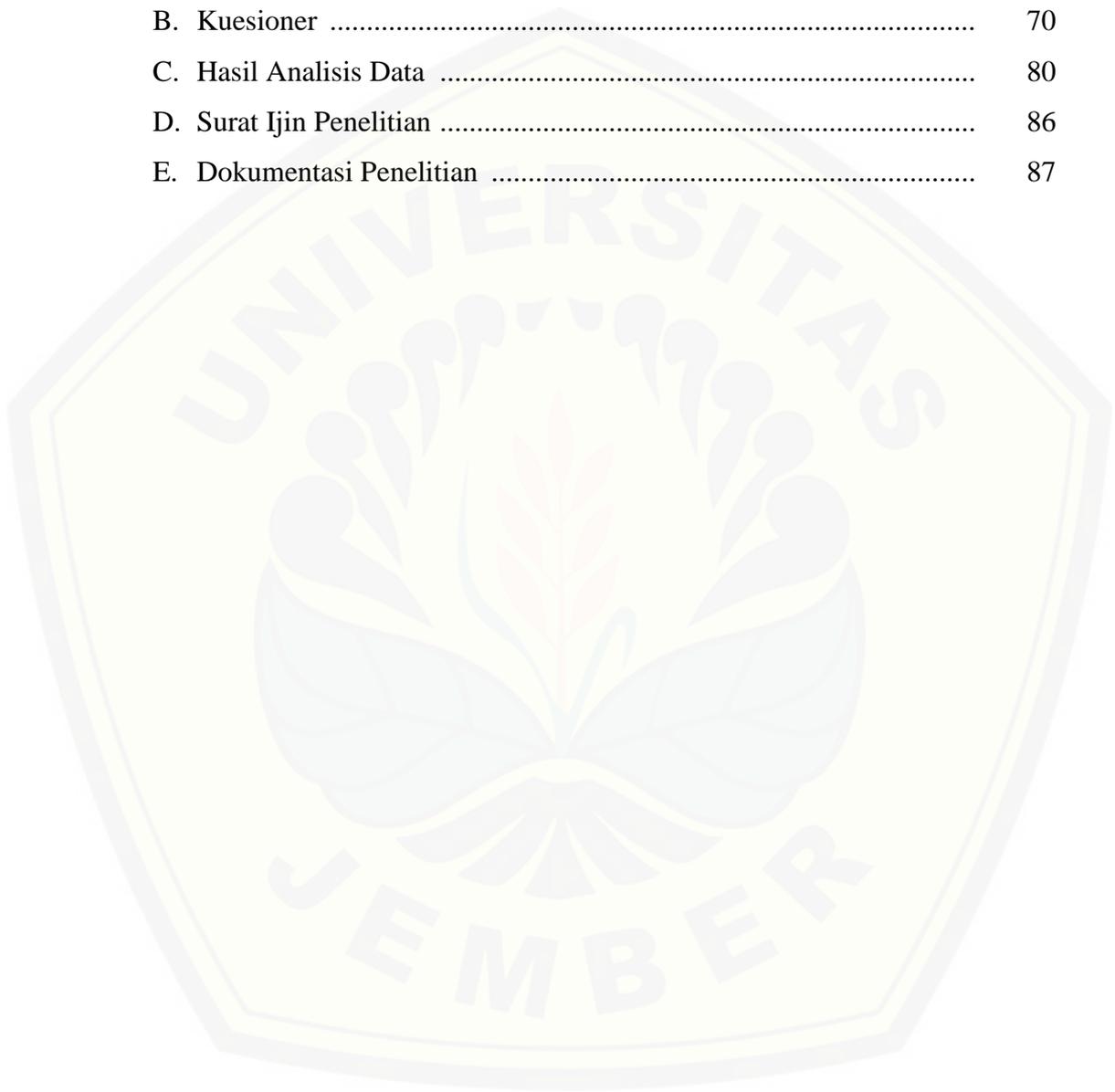
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Skema utilization Donabedian	23
2.2 Kerangka Teori	24
2.3 Kerangka Konsep	25
3.1 Alur Penelitian	41



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. <i>Informed Consent</i>	69
B. Kuesioner	70
C. Hasil Analisis Data	80
D. Surat Ijin Penelitian	86
E. Dokumentasi Penelitian	87



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

ALOS	= <i>Average Leght of Stay</i>
BOR	= <i>Bed Occupancy Rate</i>
BTO	= <i>Bed Turn Over</i>
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
GDR	= <i>Gross Death Rate</i>
HCU	= <i>High Care Unit</i>
IRD	= Instalasi Rawat Darurat
Kemendes RI	= Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
NDR	= <i>Net Death Rate</i>
RS	= Rumah Sakit
SDM	= Sumber Daya Manusia
THT	= Telinga, Hidung, Tenggorokan
TOI	= <i>Turn Over Interval</i>
TPP RI	= Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Daftar Notasi

>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
=	= Sama dengan
α	= Alfa
n	= besar sampel minimum
N	= besar populasi
$Z_{1-\alpha/2}$	= nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu
P	= harga proporsi di populasi
d	= kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit). Rumah sakit juga merupakan unit pelayanan kesehatan baik dibidang medis maupun non medis dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Rumah sakit dituntut untuk melakukan peningkatan kualitas pelayanannya, hal ini seiring dengan berkembangnya teknologi yang pesat dan persaingan yang semakin ketat. Memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik, bukanlah sesuatu yang mudah bagi pengelola rumah sakit karena pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit menyangkut kualitas hidup para pasiennya sehingga bila terjadi kesalahan dalam tindakan medis dapat berdampak buruk bagi pasien (Jacobalis, 1995:68). Pada umumnya pasien yang merasa tidak puas karena mendapatkan pelayanan dengan kualitas kurang baik akan mengajukan komplain pada pihak rumah sakit. Komplain yang tidak segera ditangani akan mengakibatkan menurunnya kepuasan pasien terhadap kapabilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Nova, 2010:3).

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan adalah kepuasan pasien. Kepuasan dapat didefinisikan sebagai penilaian setelah memperoleh pelayanan, bahwa suatu pelayanan yang dipilih dapat memenuhi atau melebihi harapan pasien. Pelayanan tersebut meliputi keramahan petugas rumah sakit, dan kecepatan dalam memberikan pelayanan. Kecepatan dalam memberikan pelayanan di rumah sakit merupakan komponen penting dalam kepuasan pasien terhadap suatu pelayanan. Menurut Pasaribu dalam Wijaya (2014:3), waktu menjadi sebuah hal yang berharga terutama bagi masyarakat modern saat ini yang mobilitasnya semakin meningkat sehingga menyebabkan waktu tunggu menjadi suatu pertimbangan yang penting dalam memilih rumah sakit yang akan

dikunjungi. Selain itu, pada dasarnya pekerjaan mengantri untuk mendapatkan pelayanan adalah hal yang kurang disukai oleh semua orang, terutama untuk mendapatkan layanan kesehatan ketika sakit atau ketika membutuhkan pelayanan kesehatan (Wijaya, 2014:3).

Suatu proses pelayanan, pelayanan satu dengan yang lain akan saling terkait. Jika terdapat suatu pelayanan terhambat maka akan berpengaruh terhadap pelayanan yang lain. Terhambatnya pada pelayanan pendaftaran pasien untuk rawat inap yang harus menunggu lama akan menghambat pelayanan lain yang diterima pasien contohnya pemeriksaan, perawatan pasien, dan pelayanan lainnya, padahal rumah sakit harus mengutamakan keselamatan pasien dengan tindakan yang cepat, tepat dan bebas dari bahaya dan kesalahan. Pelayanan yang lama dengan tingginya kunjungan pasien akan menyebabkan stagnasi atau penumpukan pasien terhadap permintaan pelayanan.

Stagnasi berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, dapat diartikan sebagai keadaan terhenti, tidak bergerak. Pasien dikatakan stagnasi jika pasien tersebut memiliki *Length of Stay* (LOS) di IGD selama lebih dari 2 jam setelah pasien diputuskan untuk rawat inap (Singet at al dalam Damayanti, 2015:2). Pasien tidak langsung mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan pasien harus menunggu setelah melakukan pendaftaran untuk memperoleh ruangan rawat inap. Stagnasi pasien yang terjadi di rumah sakit akan menyebabkan kerugian bagi pasien maupun rumah sakit.

Rumah Sakit Perkebunan Jember adalah salah satu cabang dari rumah sakit Perseroan Terbatas Perkebunan Negara (PTPN), yang merupakan anak perusahaan dari PT Nusantara Medika Utama. Rumah Sakit Perkebunan Jember merupakan rumah sakit tipe C yang telah terakreditasi paripurna dengan nomor KARS-SERT/293/I/2012. Rumah Sakit Perkebunan Jember menerapkan sistem keselamatan pasien dengan mengutamakan mutu pelayanan yang diberikan, sesuai dengan visi Rumah Sakit Perkebunan Jember yaitu “Menjadi Rumah Sakit pilihan masyarakat yang mengutamakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien”. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya data kinerja rumah sakit tahun 2016 yaitu tingginya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit di wilayah Jember tahun 2016,

RS Perkebunan Jember berada pada posisi teratas yaitu hingga mencapai 86,64%, posisi kedua yaitu RS Bina Sehat (82,03%) dan RS IBI (80,27%) (Dinkes Kab.Jember, 2017). Hingga akhir tahun 2016 Rumah Sakit Perkebunan Jember memiliki total 140 tempat tidur.

RS Perkebunan Jember melayani sekitar 263 pasien setiap harinya. Kunjungan di RS Perkebunan Jember pada tahun 2016 mencapai hingga 78.692 pasien rawat jalan, sedangkan untuk pasien rawat inap sebanyak 8.520 pasien (RS Perkebunan Jember, 2017). Pasien di RS Perkebunan Jember disebabkan karena RS Perkebunan Jember masih menjadi pilihan utama masyarakat Jember dan sekitarnya dengan fasilitas dan pelayanan unggulan yang diberikan, adapun wilayah layanan RS Perkebunan Jember mencakup Kabupaten Jember, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Bondowoso dan Kabupaten Lumajang. Tingginya pasien di RS Perkebunan Jember mengakibatkan penumpukan (stagnasi) pasien pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPP RI).

Hasil wawancara dengan petugas TPP RI menyatakan bahwa stagnasi pasien pada TPP RI di RS Perkebunan Jember terjadi disebabkan oleh tingginya daftar tunggu (*waiting list*) pasien di rawat inap. Daftar tunggu pasien disebabkan karena adanya pasien yang belum mendapatkan ruangan untuk rawat inap. Setelah tersedia ruang rawat inap, petugas TPP RI harus mengkonfirmasi kembali kepada pasien dengan kesesuaian kelas perawatan pasien dikarenakan tidak semua ruangan yang tersedia sesuai dengan kelas perawatan yang diinginkan oleh pasien. Beberapa hal tersebut yang membuat pasien menunggu lama dan mengalami stagnasi. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada 14 Februari 2017 terdapat sekitar sepuluh pasien stagnasi (berada dalam *waiting list* rawat inap) di RS Perkebunan Jember. Dari ke-10 pasien tersebut pun tidak semua memperoleh ruang rawat inap pada hari itu juga, sehingga pasien harus menunggu giliran untuk mendapatkan ruang rawat inap tersebut dihari berikutnya.

Penumpukan pasien di Tempat Pendaftaran Rawat Inap (TPP RI) RS Perkebunan Jember dapat diketahui pula dari indikator efisiensi pelayanan di ruang rawat inap. Berdasarkan data RS Perkebunan Jember 2017 nilai *Bed*

Occupancy Rate (BOR) tahun 2016 sebesar 89,9%, *Average Length of Stay* (ALOS) sebesar 3,3 hari, *Turn Over Interval* (TOI) sebesar 0,5 hari, *Bed Turn Over* (BTO) sebesar 77 kali dalam setahun. Menurut Depkes RI (2005) nilai ideal untuk BOR adalah 60%-85%, ALOS 6-9 hari, TOI 1-3 hari, BTO 40-50 kali dalam setahun. Dengan ini RS Perkebunan Jember belum memberikan pelayanan secara efisien disebabkan karena indikator yang dicapai belum sesuai dengan indikator ideal yang ditetapkan.

Penelitian mengenai stagnasi pasien pernah dilakukan oleh Damayanti (2015) yang menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan pasien stagnasi antara lain ketersediaan tempat, bangsal sesuai dengan pengelompokan penyakit pasien, *fogging* ruang bangsal, usia pasien, jam datang dan jumlah tindakan. Dalam penelitian ini menyatakan bahwa terjadinya stagnasi pasien dipengaruhi 15 kali lebih besar oleh ketersediaan tempat di rawat inap rumah sakit.

Stagnasi pasien akan menyebabkan beberapa efek negatif baik dirasakan oleh pasien maupun pihak rumah sakit. Akibat yang akan ditimbulkan adanya stagnasi pasien antara lain bagi pasien akan mengalami risiko tinggi terjadinya kejadian tak diinginkan (*adverse event*), penundaan pemberian obat penting, dan membahayakan nyawa pasien itu sendiri dan terdapat pula dampak terhadap rumah sakit antara lain menurunkan mutu pelayanan rumah sakit dan menurunkan tingkat kepuasan pasien (Damayanti, dkk., 2015). Selain itu, adanya penumpukan pasien di tempat pendaftaran akan mengakibatkan ketidaknyamanan bagi pasien yang memang dalam kondisi sakit dan masih harus antri lama apabila pendaftar begitu banyak dan tidak dapat memperoleh pelayanan dalam waktu yang singkat, akan berpengaruh terhadap kondisi pasien yang penyakitnya cukup parah (Yurnida, 2015:70).

Tingginya jumlah pasien yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RS Perkebunan Jember akan menambah *waiting list* pasien lain yang akan rawat inap sehingga akan memicu terjadi stagnasi pasien di TPP RI RS Perkebunan Jember lebih banyak. Menurut Donabedian dalam Syafitri (2012:28), pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dengan provider (penyedia pelayanan). Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan

yaitu faktor sosiokultural meliputi teknologi dan norma dan nilai yang ada dimasyarakat, faktor organisasional meliputi ketersediaan sumber daya, akses geografis, akses sosial, dan karakteristik dari struktur dan proses perawatan, faktor yang berhubungan dengan konsumen meliputi kebutuhan akan sosio demografis, dan sosial psikologis, dan faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan meliputi karakteristik provider.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas dengan pertimbangan dampak yang ditimbulkan maka perlu adanya suatu analisis untuk membahas mengenai faktor yang mempengaruhi terhadap tingginya pemanfaatan pelayanan rawat inap yang berhubungan dengan adanya stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut: Faktor apa saja yang berhubungan dengan stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember Tahun 2016?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang berhubungan terhadap stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember Tahun 2016

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor organisasional meliputi ketersediaan sumber daya dan karakteristik dari struktur dan proses perawatan di RS Perkebunan Jember
- b. Mengidentifikasi faktor pemberi pelayanan meliputi karakteristik pemberi pelayanan di RS Perkebunan Jember
- c. Mengidentifikasi stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember

- d. Menganalisis hubungan faktor organisasional meliputi ketersediaan sumber daya dan karakteristik dari struktur dan proses perawatan terhadap stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember Tahun 2016
- e. Menganalisis hubungan faktor pemberi pelayanan meliputi karakteristik pemberi pelayanan terhadap stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember Tahun 2016

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi RS Perkebunan Jember

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada RS Perkebunan Jember untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan stagnasi pasien di ruang rawat inap sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan meningkatkan kepuasan pasien.

1.4.2 Bagi Pengembang Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi dan informasi bagi penelitian selanjutnya tentang faktor yang berhubungan terhadap stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Menurut Armen (2013:35) rumah sakit berdasarkan jenis usahanya merupakan suatu sarana di bidang kesehatan yang memberikan pelayanan baik di bidang medis maupun non medis dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan juga sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu teknologi di bidang kesehatan. Di Indonesia, rumah sakit sebagai salah satu bagian sistem pelayanan kesehatan kesehatan secara garis besar memberikan pelayanan untuk masyarakat berupa pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik, dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap (Herlambang dan Murwani, 2012:107)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mendefinisikan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut Satrianegara (2014:168) rumah Sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks karena memiliki karakteristik tenaga yang sangat beragam, modal yang sangat besar, teknologi tinggi, dan permasalahan manajemen yang terus berkembang.

Maka dapat disimpulkan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan jasa dibidang kesehatan yang sangat kompleks baik dari segi tenaga kerja, modal, teknologi dan permasalahan manajemen yang memberikan pelayanan medis maupun pelayanan non medis yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dan sebagai tempat penelitian dan mengembangkan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Di Indonesia terdapat empat jenis rumah sakit berdasarkan klasifikasi perumahsakitan yaitu kelas A, B, C dan D. Kelas rumah sakit yang lebih tinggi

atau kelas A mengayomi kelas rumah sakit yang lebih rendah dan mempunyai pengayoman wilayah yang lebih luas (Herlambang dan Murwani: 2012: 108). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menjelaskan bahwa berdasarkan pada jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau justru penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi empat kelas yaitu Rumah Sakit Umum Kelas A, Rumah Sakit Umum Kelas B, Rumah Sakit Umum Kelas C, dan Rumah Sakit Umum Kelas D. Rumah sakit kelas C menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik spesialis dasar dan 4 pelayanan spesialis penunjang medik. Ketersediaan tenaga kesehatan disesuaikan dengan jenis dan tingkat pelayanan. Pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 9 orang dokter umum dan 2 orang dokter gigi sebagai tenaga tetap. Pada pelayanan medik spesialis dasar harus ada minimal 2 orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda. Pada setiap pelayanan spesialis penunjang medik masing-masing 1 orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda. Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit, sedangkan jumlah tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan rumah sakit.

Sarana prasana rumah sakit tipe C harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh menteri. Peralatan yang dimiliki rumah sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh menteri. Peralatan radiologi harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Jumlah tempat tidur

minimal 100 buah. Adapun menurut Permenkes no 56 tahun 2014 pelayanan rawat inap pada rumah sakit tipe C harus dilengkapi dengan fasilitas jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah. Sedang rumah sakit milik swasta jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% dari seluruh tempat tidur. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% dari seluruh tempat tidur untuk rumah sakit milik pemerintah dan rumah sakit milik swasta.

2.1.3 Asas dan Tujuan

Menurut Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

2.1.4 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Untuk menjalankan tugas tersebut rumah sakit memiliki fungsi, antara lain:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.5 Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan adanya kewajiban dan hak rumah sakit. Berikut adalah kewajiban rumah sakit:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa

- uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
 - h. Menyelenggarakan rekam medis
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan usia lanjut
 - j. Melaksanakan sistem rujukan
 - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
 - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
 - n. Melaksanakan etika rumah sakit
 - o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan penanggulangan bencana
 - p. Melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
 - q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
 - r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*)
 - s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas
 - t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan bebas rokok

Dalam melaksanakan kewajiban tersebut jika rumah sakit melakukan pelanggaran maka akan dikenakan sanksi administratif yaitu berupa teguran, teguran tertulis, atau denda dan pencabutan izin rumah sakit. Selain memiliki kewajiban rumah sakit juga memiliki hak.

Berikut adalah hak setiap rumah sakit:

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
- b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan
- d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian
- f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan
- g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- h. Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

2.1.6 Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit secara umum menurut Herlambang dan Murwani (2012:122) antara lain administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, pelayanan radiologi, pelayanan laboratorium, kamar operasi, pelayanan farmasi, K-3, perinatal resiko tinggi, pengendalian infeksi, pelayanan anestesi, rehabilitasi medis, pelayanan gizi, pelayanan intensif, pemeliharaan sarana, dan perpustakaan.

2.2 Instalasi Rawat Inap

2.2.1 Definisi Instalasi Rawat Inap

Instalasi Rawat Inap adalah fasilitas yang digunakan merawat pasien yang harus di rawat lebih dari 24 jam dimana pasien harus menginap di rumah sakit (Kemenkes RI, 2012:4). Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan medis yang

utama di rumah sakit dan merupakan tempat untuk interaksi antara pasien dan rumah sakit berlangsung dalam waktu yang lama. Pelayanan rawat inap melibatkan pasien, dokter dan perawat dalam hubungan yang sensitif menyangkut kepuasan pasien, mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Semua itu sangat membutuhkan perhatian pihak manajemen rumah sakit (Suryawati, 2006: 178). Berbagai kegiatan yang terkait dengan pelayanan rawat inap di rumah sakit yaitu:

- a. Penerimaan pasien
- b. Pelayanan medik (dokter)
- c. Pelayanan obat
- d. Pelayanan makan
- e. Administrasi keuangan

2.2.2 Pelayanan Kesehatan di Instalasi Rawat Inap

Pelayanan rawat inap menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 560 Tahun 2003 Tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan dengan menginap di rumah sakit. Ruang pasien rawat inap merupakan ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam (Kemenkes RI, 2012:3). Menurut Kemenkes RI (2012:16) lingkup kegiatan di ruang rawat inap rumah sakit meliputi kegiatan asuhan dan pelayanan keperawatan, pelayanan medis, gizi administrasi pasien, rekam medis, pelayanan kebutuhan keluarga pasien (berdoa, menunggu pasien, mandi BAB, dapur kecil/*pantry*, dan konsultasi medis. Pelayanan kesehatan di instalasi rawat inap mencakup antara lain:

- a. Pelayanan keperawatan
- b. Pelayanan medik (Pra dan Pasca Tindakan Medik)
- c. Pelayanan penunjang medik
 1. Konsultasi radiologi
 2. Pengambilan sampel laboratorium
 3. Konsultasi anestesi

4. Gizi (diet dan kllinik)
5. Farmasi (depo dan klinik)
6. Rehabilitasi medik (Pelayanan fisioterapi dan konsultasi).

Kebutuhan ruangan yang ada di instalasi rawat inap antara lain yaitu (Kemenkes RI, 2012:17):

- a. Ruang perawatan
- b. Ruang stasi perawat (*Nurse Station*)
- c. Ruang konsultasi
- d. Ruang tindakan
- e. Ruang administrasi/ kantor
- f. Ruang dokter
- g. Ruang pendidikann/diskusi
- h. Ruang perawat
- i. Ruang kepala instalasi rawat inap
- j. Ruang loker
- k. Ruang linen bersih
- l. Ruang linen kotor
- m. Gudang kotor (*Spoolhoek/Dirty Utility*)
- n. Kamar Mandi /WC (Pasien, petugas, pengunjung)
- o. Dapur Kecil (*Pantry*)
- p. Gudang bersih
- q. Janitor/ Ruang petugas kebersihan
- r. *High Care Unit* (HCU)
- s. Ruang perawatan isolasi

2.2.3 Indikator Pelayanan Rawat Inap

Menurut Triwibowo (2013:35) indikator –indikator pelayanan rumah sakit dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit.

Indikator-indikator berikut bersumber dari sensus harian rawat inap:

- a. BOR (*Bed Occupancy Ratio* = angka penggunaan tempat tidur)

BOR menurut Huffman (1994) dalam Triwibowo (2013:35) adalah: “*the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration*”. Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes RI: 2005).

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{(\text{jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam satu periode})} \times 100\%$$

- b. ALOS (*Average Length of Stay* = rata-rata lamanya pasien dirawat)

ALOS menurut Huffman (1994) dalam Triwibowo (2013: 36) adalah “*the average hospitalization stay of inpatient discharge during the period under consideration*”. ALOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005)

Rumus :

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

- c. TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (Hidup+Mati)}}$$

d. BTO (*Bed Turn Over* = angka perputaran tempat tidur)

BTO menurut Huffman (1994) dalam Triwibowo (2013:36) adalah "... *the net effect of changed in occupancy rate and length of stay*". BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, beberapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Rumus :

$$\text{BTO} = \text{Jumlah Pasien Keluar (hidup+mati)} / \text{jumlah tempat tidur}$$

e. NDR (*Net Death Rate*)

NDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan dirumah sakit.

Rumus :

$$\text{NDR} = (\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}) \times 1000\%$$

f. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR menurut Depkes RI (2005) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar.

Rumus :

$$\text{GDR} = (\text{Jumlah pasien mati seluruhnya} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}) \times 1000 \%$$

2.3 Stagnasi Pasien

2.3.1 Definisi Stagnasi Pasien

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, stagnasi adalah suatu keadaan terhenti, tidak bergerak, tidak aktif dan tidak berjalan. Sedangkan pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit). Maka dapat disimpulkan dari pengertian diatas

stagnasi pasien adalah suatu keadaan terhenti, tidak bergerak yang dialami oleh setiap orang yang akan melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.

Stagnasi berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, dapat diartikan sebagai keadaan terhenti, tidak bergerak. Pasien dikatakan stagnasi jika pasien tersebut memiliki *Length of Stay* (LOS) di IGD selama lebih dari 2 jam setelah pasien diputuskan untuk rawat inap (Singet at al dalam Damayanti, 2015:2). Pasien yang stagnan di IGD tidak dapat memperoleh akses untuk mendapatkan tempat tidur yang sesuai sampai batas waktu yang wajar, yaitu tidak lebih dari 8 jam setelah diputuskan untuk rawat inap (Forero et al dalam Damayanti, 2015:2). Penelitian oleh Singer et al tahun 2011 dalam Damayanti (2015:2) mengemukakan bahwa waktu pasien stagnan adalah rentang antara keputusan rawat inap sampai pasien berpindah ke bangsal. Penelitian ini juga menyatakan ketidaksesuaian kebutuhan dan penyedia pelayanan kesehatan dan kondisi IGD yang penuh atau kunjungan pasien yang tinggi merupakan bagian dari adanya stagnan.

Stagnasi pasien dapat menimbulkan efek negatif terhadap keselamatan pasien antara lain adanya risiko tinggi terjadinya kejadian tak diinginkan (*adverse event*), penundaan pemberian obat penting, dan membahayakan nyawa pasien dan terdapat pula dampak terhadap rumah sakit anantara lain menurunkan mutu pelayanan rumah sakit dan menurunkan tingkat kepuasan pasien (Damayanti, dkk., 2015). Penumpukan pasien ditempat pendaftaran akan mengakibatkan ketidaknyamanan bagi pasien yang memang dalam kondisi sakit dan masih harus antri lama apabila pendaftar begitu banyak dan tidak dapat memperoleh pelayanan dalam waktu yang singkat, akan berpengaruh terhadap kondisi pasien yang penyakitnya cukup parah (Yuraida, 2015:70). Penumpukan pasien disebabkan oleh tingginya pasien, tingginya variasi perjalanan pasien, serta minimnya SDM dan juga infrastuktur sehingga pasien terhambat dalam proses penerimaan pelayanan (Majid, 2014:57).

2.3.2 Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa pelayanan dan penyedia jasa pelayanan, dimana interaksi ini merupakan suatu hubungan yang sangat kompleks yang bersifat multi dimensional serta dipengaruhi oleh banyak faktor. Pemanfaatan (utilisasi) adalah sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh sekelompok orang maupun individu. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang yang menggunakan kembali dan memanfaatkan tergantung dari pengetahuan masing-masing individu (Sugiono, dkk., 2013:2).

Menurut Andersen (1995) dalam Sugiono (2013:2), pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen predisposisi, pemungkin, dan kebutuhan seseorang akan pelayanan kesehatan. Selanjutnya Andersen (1995), menguraikan komponen predisposisi tersebut dalam 3 faktor, yaitu faktor demografi yang terdiri dari usia, jenis kelamin dan status perkawinan. Setelah faktor demografi yaitu faktor struktur sosial terdiri dari tingkat pendidikan, pekerjaan, dan ras. Kepercayaan terdiri dari keyakinan, sikap, atau pandangan terhadap pelayanan kesehatan, dan pengetahuan. Faktor pemungkin terdiri dari sumber daya keluarga (pendapatan, cakupan asuransi), kualitas pelayanan dan jarak. Faktor kebutuhan terdiri dari tarif, fasilitas, pelayanan personil, lokasi, kecepatan pelayanan dan informasi.

Keputusan konsumen untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan tidak terlepas dari faktor perilaku yang dimiliki oleh masing-masing individu. Adapun faktor faktor yang merupakan penyebab perilaku dapat dijelaskan dengan Teori Green dalam Notoatmodjo (2012:194) yang dibedakan menjadi tiga faktor yaitu:

- a. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*Enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.

- c. Faktor pendorong (*Reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Notoatmodjo (2012: 231), Penggunaan pelayanan kesehatan menggunakan beberapa model pendekatan, salah satunya yaitu menggunakan model kepercayaan kesehatan (*The Health Belief Models*). Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh provider. Ada empat variabel kunci yang terlibat didalam tindakan individu untuk melawan dan mengobati penyakitnya, antara lain:

- a. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut. Suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut.

- b. Keseriusan yang dirasakan (*Perceived seriousness*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh persepsi keseriusan penyakit tersebut.

- c. Manfaat dan rintangan-rintangan yang dirasakan (*Perceived benefits and barriers*)

Individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat, ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan-tindakan tersebut.

- d. Isyarat atau tanda-tanda (*Cues*)

Untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor eksternal. Faktor-faktor tersebut misalnya, pesan-pesan pada media massa, nasihat atau anjuran kawan-kawan atau anggota keluarga dan sebagainya.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan interaksi antara pengguna jasa pelayanan (konsumen) dan penyelenggara jasa pelayanan (Provider). Interaksi ini merupakan suatu hal yang sangat kompleks dan berhubungan dengan banyak faktor (Dever (1984) dalam Khudhori (2012:29).

Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan kesehatan adalah:

- a. Sosiobudaya mencakup teknologi dan norma
- b. Organisasi meliputi ada tidaknya fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan secara geografis, *acceptability*, *affordability*, struktur organisasi, dan proses pelayanan kesehatan.
- c. Faktor yang berhubungan dengan konsumen meliputi derajat sakit, mobilitas penderita, cacat yang dialami, sosiodemografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan), sosiopsikologis (persepsi tentang sakit, kepercayaan, dsb), sosioekonomi (pendidikan, pendapatan, pekerjaan, jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan, kebutuhan).
- d. Faktor yang berhubungan dengan provider, meliputi kemampuan petugas dalam menciptakan kebutuhan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, karakteristik provider (perilaku dokter dan tenaga medis, jumlah dan jenis dokter peralatan yang tersedia serta penggunaan teknologi canggih).

Model teori pemanfaatan pelayanan kesehatan menurut Donabedian (Dever, 1984) dalam Syafitri (2012:28) yaitu:

- a. Faktor sosial budaya dan cultural, terdiri dari:
 1. Teknologi kesehatan pada pelayanan kesehatan.

Kemajuan teknologi ilmu kedokteran dapat membantu mengobati penyakit sehingga menurunkan angka kesakitan dan menurunkan penggunaan jasa layanan kesehatan. Kemajuan teknologi dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, dimana kemajuan dibidang teknologi disatu sisi dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti trasplantasi organ, penemuan organ-organ artifisial, serta kemajuan dibidang radiologi. Sedangkan disisi lain teknologi dapat menurunkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sebagai contoh dengan

ditemukannya berbagai vaksin untuk pencegahan penyakit menular akan mengurangi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak, termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

b. Faktor organisasi penyedia layanan kesehatan

1. Tersedianya sumber daya

Sumber daya yang meliputi kuantitas dan kualitas. Suatu sumber daya tersedia apabila sumber daya itu ada atau bisa didapat, tanpa mempertimbangkan sulit ataupun mudahnya penggunaannya. Sumber daya ini mempengaruhi pelayanan dan permintaan akan layanan kesehatan. Suatu pelayanan hanya bisa digunakan apabila jasa tersebut tersedia karena sumber daya tersedia maka pelayanan akan mudah diperoleh.

2. Akses geografis

Akses geografis dimaksudkan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan tempat yang memfasilitasinya atau menghambat pemanfaatan, ini ada hubungannya antara lokasi suplai dan lokasi klien, yang dapat diukur dengan jarak waktu tempuh, atau biaya tempuh. Hubungan antara akses geografis dan volume dari pelayanan tergantung dari jenis pelayanan dan jenis sumber daya yang ada. Peningkatan akses yang dipengaruhi oleh berkurangnya jarak, waktu tempuh ataupun biaya tempuh mungkin mengakibatkan peningkatan pelayanan yang berhubungan dengan keluhan-keluhan ringan. Dengan kata lain, pemakaian pelayanan preventif lebih banyak dihubungkan dengan akses geografis daripada pemakaian pelayanan kuratif sebagai mana pemanfaatan pelayanan umum bila dibandingkan dengan pelayanan spesialis. Semakin hebat suatu penyakit atau keluhan, dan semakin canggih atau semakin khusus sumber daya dari pelayanan, semakin berkurang pentingnya atau berkurang kuatnya hubungan antara akses geografis dan volume pemanfaatan pelayanan.

3. Akses sosial

Akses sosial terdiri atas dua dimensi yaitu akses yang bisa diterima dan yang bisa dijangkau. Akses yang bisa diterima lebih diarahkan kepada faktor psikologis, sosial, dan budaya. Namun, terjangkau bisa berupa financial atau faktor ekonomi. Konsumen memperhitungkan sikap dan karakteristik yang ada pada provider seperti etnis, jenis kelamin, umur, ras dan hubungan keagamaan.

4. Karakteristik dari struktur perawatan dan proses

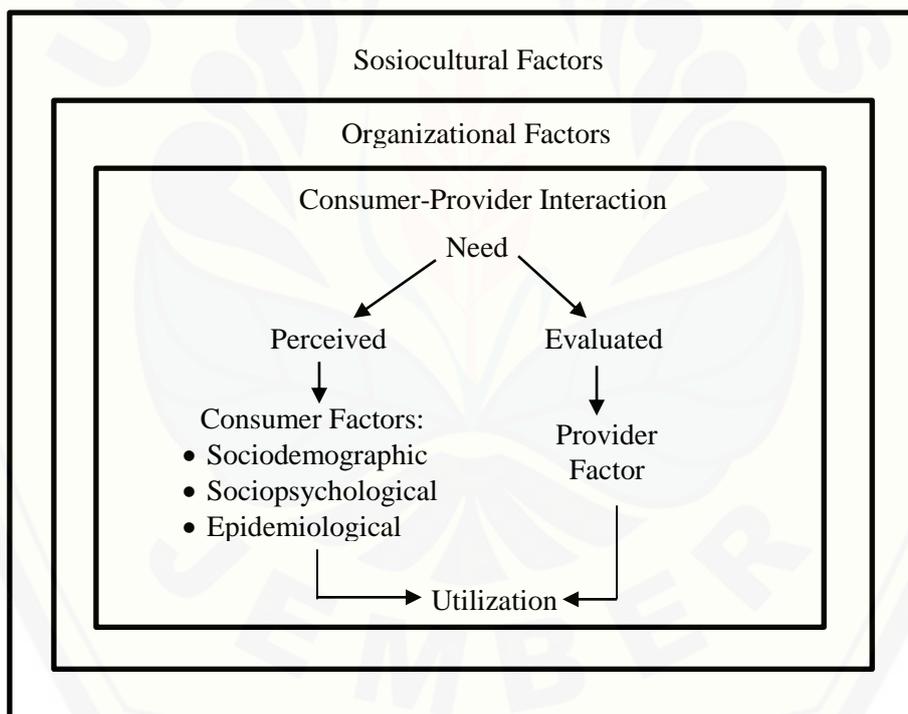
Pelayanan kesehatan dapat dikategorikan dalam beberapa bentuk, misalnya rumah sakit, rumah bersalin, klinik bersama, praktek pribadi, praktek bersama, dan lain-lain. Kegunaan dari semua bentuk pelayanan ini mempunyai pola yang berbeda satu sama lain. Struktur perawatan kesehatan (biaya, sistem asuransi, kepadatan yang berlebihan ditempat konsultasi atau rumah sakit, kemampuan dan prasarana pusat kesehatan dan lain-lain) yang berbeda akan menghasilkan pelayanan yang berbeda. Cara pelayanan terhadap petugas kesehatan itu sendiri mungkin memengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.

c. Faktor yang langsung berhubungan dengan konsumen

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah interaksi antara konsumen dengan provider (penyedia pelayanan). Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan penggunaan atau permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Kebutuhan, terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan diagnosa klinis (*evaluated need*). Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) ini dipengaruhi oleh:

1. Faktor sosiodemografis yang terdiri dari umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa, status perkawinan dan status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan, penghasilan).
2. Faktor sosiopsikologis yaitu persepsi terhadap penyakit serta sikap dan kepercayaan tentang pelayanan kesehatan dan perawatan medis atau dokter.

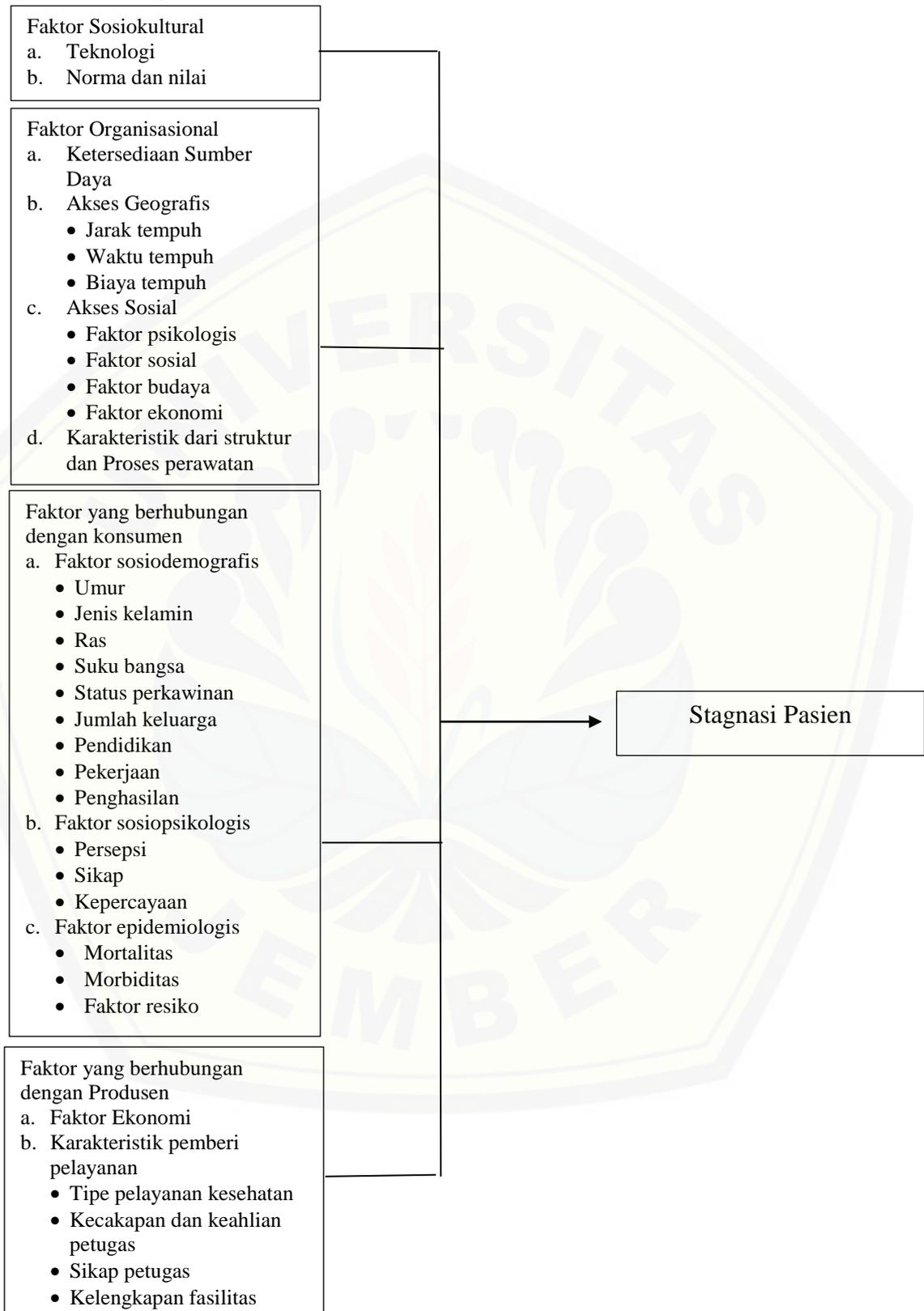
3. Faktor epidemiologis, yang terdiri dari mortalitas, morbiditas dan faktor resiko.
- d. Faktor yang berhubungan dengan produsen
1. Faktor ekonomi
Dalam masalah ekonomi tentunya sebagai konsumen kesulitan untuk memiliki referensi yang cukup akan pelayanan yang diterima sehingga akan diserahkan kepihak provider sepenuhnya.
 2. Faktor karakteristik pemberi pelayanan
Faktor yang berhubungan berupa tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas, kecakapan atau keahlian beserta kelengkapan fasilitas atau sarana kesehatan.



Sumber : Donabedian dalam Dever (1984)

Gambar 2.1 Skema utilization Donabedian

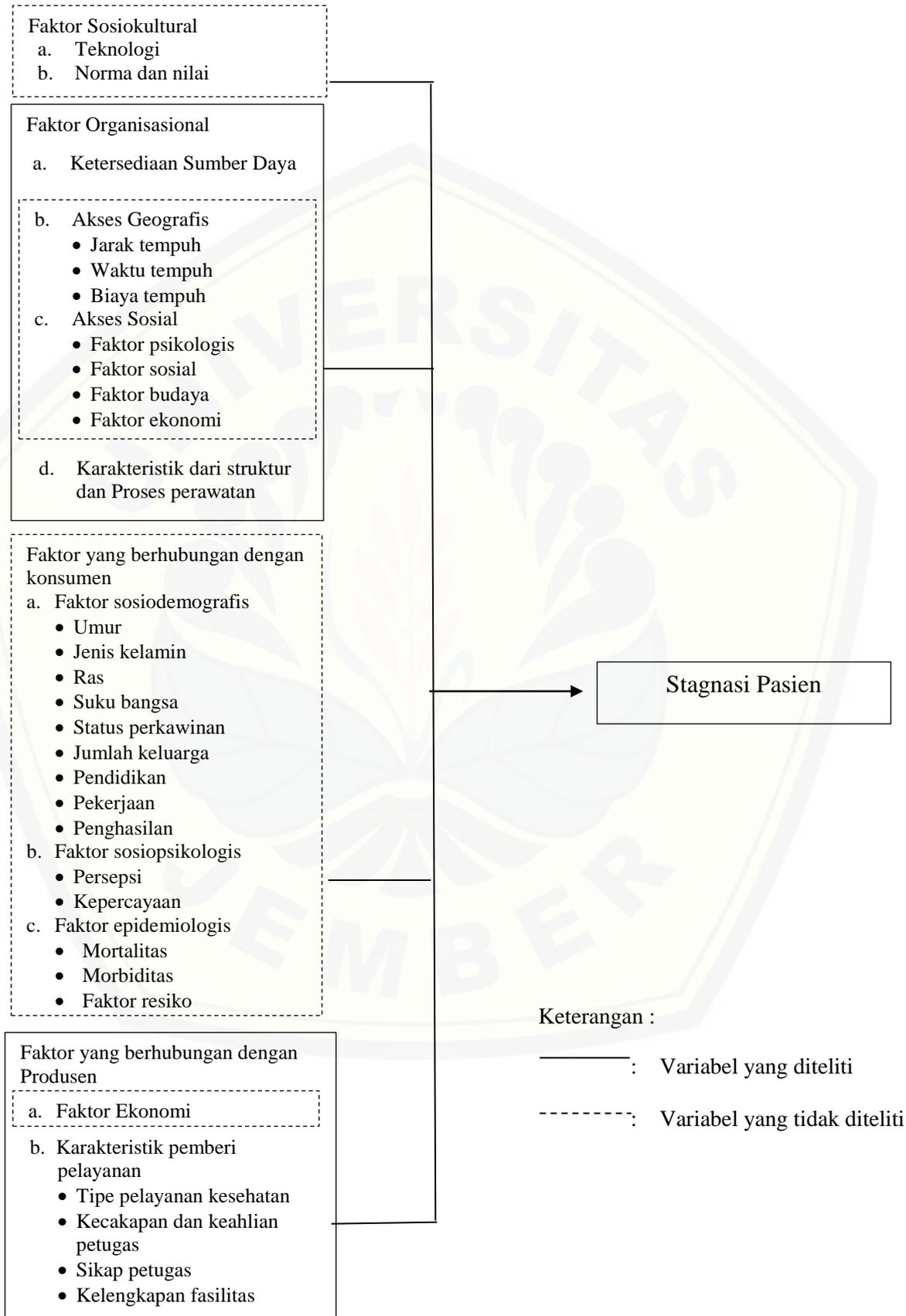
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas Teori Donabedian dalam Dever (1984)

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Pemanfaatan pelayanan berdasarkan Donabedian dapat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu faktor sosiokultural, organisasional, berhubungan dengan konsumen dan berhubungan dengan pemberi pelayanan kesehatan. Tingginya pemanfaatan pelayanan menyebabkan adanya stagnasi pasien. Maka dari itu, stagnasi pasien dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Berdasarkan kerangka konsep diatas faktor yang dapat mempengaruhi stagnasi pasien terdapat empat faktor yaitu faktor sosiokultural, organisasional, faktor berhubungan dengan konsumen dan faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan kesehatan. Dalam penelitian ini, variabel yang diteliti adalah faktor organisasional yang meliputi komponen ketersediaan sumber daya dan karakteristik dari struktur dan proses perawatan, dan faktor yang berhubungan dengan produsen meliputi tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas, dan fasilitas. Sedangkan variabel yang tidak diteliti adalah faktor sosiokultural yang meliputi teknologi dan norma serta nilai masyarakat, faktor organisasional yang meliputi akses geografis dan akses sosial, faktor yang berhubungan dengan konsumen dan faktor ekonomi pada faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan yaitu faktor ekonomi. Faktor ekonomi tidak diteliti oleh peneliti dikarenakan pihak konsumen memiliki referensi yang kurang sehingga menyerahkan faktor tersebut sepenuhnya kepada pemberi pelayanan.

2.6 Hipotesis Penelitian

- a. H_0 : Tidak terdapat hubungan antara faktor organisasional dengan stagnasi pasien rawat inap di RS Perkebunan Jember
 H_1 : Terdapat hubungan antara faktor organisasional dengan stagnasi pasien rawat inap di RS Perkebunan Jember
- b. H_0 : Tidak terdapat hubungan antara faktor pemberi pelayanan dengan stagnasi pasien rawat inap di RS Perkebunan Jember
 H_1 : Terdapat hubungan antara faktor pemberi pelayanan dengan stagnasi pasien rawat inap di RS Perkebunan Jember

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik yang memiliki tujuan untuk menganalisis faktor yang berpengaruh terhadap stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember, penelitian ini ditujukan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan (Nazir, 2011:89). Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010:37).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Februari – Maret 2017.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:61). Populasi pada penelitian ini yaitu ditujukan untuk perawat di rawat inap RS Perkebunan Jember. Populasi perawat bersifat finit karena jumlahnya diketahui secara tetap dan terbatas. Jumlah populasi perawat pada rawat inap RS Perkebunan Jember adalah 78 orang.

Berikut adalah jumlah perawat tiap ruangan di rawat inap RS Perkebunan Jember:

Tabel 3.1 Jumlah Perawat tiap ruang di rawat inap

Ruang	Jumlah Perawat
Rawat Inap I (Bougenvil)	13
Rawat Inap II (Cathleya)	13
Rawat Inap III (Anthurium 1)	13
Rawat Inap IV (Anthurium 2)	13
Rawat Inap V (Anthurium 3)	13
Rawat Inap VI (Mimosa)	13
Total	78

Sumber : Data Kepegawaian RS Perkebunan Jember (2017)

3.3.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik Pengambilan Sampel disebut juga dengan teknik sampling. Untuk menentukan sampel dalam penelitian, terdapat beberapa teknik sampling yang digunakan. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini termasuk dalam kelompok *Probability Sampling* dengan menggunakan teknik *Disproportionate Stratified Random Sampling*. *Probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel (Sugiyono, 2014:63). *Disproportionate Stratified Random Sampling* digunakan untuk menentukan jumlah sampel, bila populasi berstrata tetapi kurang proporsional (Sugiyono,2009:64). Teknik tersebut digunakan karena pada penelitian ini digunakan populasi perawat ruangan di rawat inap RS Perkebunan Jember yang dibedakan menjadi dua strata jabatan yaitu kepala ruang dan perawat pelaksana. Menurut peneliti jumlah populasi pada penelitian ini kurang proporsional yaitu jumlah kepala ruang sebanyak 6 orang sedangkan jumlah perawat pelaksana 72 orang. Maka dari itu, mengingat jumlah populasi kepala ruang yang terlalu kecil bila dibandingkan dengan perawat pelaksana maka 6 orang kepala ruangan tersebut diambil semuanya sebagai sampel.

3.3.3 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2014:62). Sampel diambil dari populasi yang telah ditentukan

oleh peneliti. Sampel juga harus bersifat *representative* atau bisa mewakili dari populasi. Responden pada penelitian ini adalah kepala ruangan dan juga perawat pelaksana pada rawat inap RS Perkebunan Jember. Pada penelitian ini kepala ruangan sejumlah 6 orang akan diambil semua sebagai sampel, sedangkan untuk perawat pelaksana akan diambil sejumlah sesuai dengan perhitungan jumlah sampel.

3.3.4 Penentuan Ukuran Sampel

Penentuan besar sampel dilakukan digunakan untuk menentukan sumber-sumber yang dapat digunakan untuk menentukan batas maksimal dari besarnya sampel dan menyesuaikan berdasarkan kebutuhan dari rencana analisis yang menentukan batas minimal dari besarnya sampel. Lameshow *et al* (1990) dalam Notoatmodjo (2010:127) menyatakan dalam menghitung jumlah sampel menggunakan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times P(1 - P)N}{d^2 (N - 1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P (1 - P)}$$

Keterangan:

- n = Besar sampel minimum
- N = Besar populasi
- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku (Tabel Z) pada α tertentu (Biasanya 95%=1,96)
- P = Harga proporsi di populasi, ditetapkan 50% (0,50)
- d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan: 10% (0,10) (Lameshow et al (1990) dalam Notoatmodjo (2010:127)).

Pemilihan rumus besar sampel tersebut disebabkan karena peneliti memiliki satu jenis populasi yaitu perawat di rawat inap, dengan pengambilan sampel secara *disproportionate stratified random sampling*, dengan data proporsi pada populasi finit (Hidayat, 2010:10).

Besar sampel perawat pada rawat inap RS Perkebunan Jember adalah:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times P(1-P)N}{d^2 (N-1) + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0.50(1-0.50)72}{0.10^2(72-1) + 1,96^2 0.50(1-0.50)}$$

$$n = 42$$

Keterangan:

- n = Besar sampel
 N = Besar populasi
 $Z_{1-\alpha/2}$ = 95% = 1,96
 P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak diketahui proporsinya, ditetapkan 50% (0,50)
 d = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan peneliti 10% (0,10)

Adapun besar atau jumlah pembagian sampel untuk masing-masing ruangan di rawat inap RS Perkebunan Jember dengan menggunakan rumus menurut Sugiyono (2012:82) sebagai berikut:

$$ni = \frac{x}{N} \times n$$

Keterangan :

- ni : Jumlah sampel perkelas
 x : Populasi kelas
 N : Jumlah Populasi Keseluruhan
 n : Jumlah sampel

Berdasarkan rumus diatas, jumlah sampel pada masing masing ruangan di rawat inap seperti berikut:

Tabel 3.2 Jumlah sampel pada masing-masing ruangan

Ruang	X	N	n	Perhitungan	Ni Perawat Pelaksana	Kepala Ruang	Jumlah
Rawat Inap I	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Rawat Inap II	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Rawat Inap III	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Rawat Inap IV	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Rawat Inap V	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Rawat Inap VI	12	72	42	$\frac{12 \times 42}{72}$	7	1	8
Total	72			72	42	6	48

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki anggota kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2010:103). Adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah keadaan stagnasi pasien di rawat inap RS Perkebunan Jember.

b. Variabel bebas (*Independet Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel bebas pada penelitian ini adalah mengenai faktor yang mempengaruhi stagnasi pasien yaitu faktor organisasional meliputi ketersediaan sumber daya, karakteristik dari struktur dan proses pelayanan, serta faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan meliputi karakteristik pemberi pelayanan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2014:110). Definisi operasional pada penelitian ini antara lain:

Tabel 3.3 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Skala Data	Cara Pengukuran dan Penilaian
Variabel terikat					
1.	Stagnasi pasien	Adanya pasien yang menunggu untuk mendapatkan perawatan inap di ruangan lebih dari 2 jam	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 5 pertanyaan Penilaian : Jawaban a = 1 Jawaban b = 2 Nilai maksimal = 10 Nilai minimal = 5 Rentang = $10-5 = 5$ Panjang interval = $5/2=2,5$ Kategori : - Tidak terdapat stagnasi pasien = 7,5-10 - terdapat stagnasi = 5-7,5
Variabel bebas					
1. Faktor organisasional					
a.	Ketersediaan sumber daya	Pengelolaan tentang kesiapan dengan tenaga medis dan tempat tidur selama memberikan pelayanan kepada pasien rawat inap	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	Diukur dengan 20 pertanyaan: Penilaian : Untuk pertanyaan no 1 Jawaban Kurang = 2 Jawaban Lebih = 1 Nilai Maksimal = 6 Nilai Minimal = 3 Untuk pernyataan no 2 (a-n) Jawaban SS = 4 Jawaban S = 3 Jawaban TS = 2 Jawabab STS = 1 Nilai maksimal = 56 Nilai Minimal = 14 Untuk pertanyaan no 3-20 Jawaban a = 2 Jawaban b = 1 Nilai Maksimal = 36 Nilai minimal = 18 Nilai maksimal total =98 Nilai minimal total =35 Rentang = $98-35=63$ Panjang interval = $63/3=21$ Kategori : - Ketersediaan sumber daya

				lebih = 79-98 - Ketersediaan sumber daya cukup = 57-78 - Ketersediaan sumber daya kurang = 35-56
b. Karakteristik dari struktur dan proses pelayanan				
1) Pelayanan keperawatan	Pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat mulai dari penerimaan pasien hingga kepulangan pasien	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 8 pertanyaan Penilaian : Untuk Pertanyaan no. 1 Jawaban a = 1 Jawaban b = 0 Nilai maksimal = 3 Nilai minimal = 0 Untuk pertanyaan n no. 2 Jawaban a = 3 Jawaban b = 2 Jawaban c = 1 Nilai maksimal = 3 Nilai minimal = 1 Untuk pertanyaan no. 3-8 Jawaban a = 2 Jawaban b = 1 Nilai maksimal = 12 Nilai minimal = 6 Nilai maksimal total = 18 Nilai minimal total = 7 Rentang = 18-7 = 11 Panjang interval = $11/2 = 5,5$ Kategori: - Pelayanan yang baik = 12,6 -18 - Pelayanan yang tidak baik = 7- 12,5
2) Pembiayaan	Proses pembayaran tagihan biaya pasien rawat inap	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 4 pertanyaan (no 9-12) Penilaian Jawaban a = 2 Jawaban b = 1 Nilai maksimal = 8 Nilai minimal = 4 Rentang = 8-4 = 4 Panjang Interval = $4/2 = 2$ Kategori : - Proses Pembiayaan cepat = 6-8 - Proses pembiayaan lambat = 4-6
3) Sistem asuransi	Pelaksanaan dari proses pelayanan jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan lain untuk pasien	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 4 pertanyaan (no. 13-15) Penilaian Jawaban a = 2 Jawaban b = 1 Nilai maksimal = 6 Nilai minimal = 3 Rentang = 6-3 = 3 Panjang interval = $3/2 = 1,5$ Kategori : - Sistem asuransi mudah = 4,6 - 6 - Sistem asuransi rumit = 3-4,5

 2. Faktor yang berhubungan dengan produsen

 a. Karakteristik pemberi pelayanan

1) Tipe pelayanan kesehatan	Pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan karakteristik tipe rumah sakit	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 5 pernyataan. Penilaian - Jawaban SS = 4 - Jawaban S = 3 - Jawaban TS = 2 - Jawaban STS = 1 Nilai Maksimal = 20 Nilai Minimal = 5 Rentang = $20-5=15$ Panjang interval = $15/2=7,5$ Kategori : - Tipe pelayanan RS baik = 11,6-20 - Tipe pelayanan RS tidak baik = 5-11,5
2) Sikap petugas	Kecenderungan yang dilakukan oleh petugas diruangan kepada pasien	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 4 pernyataan. Penilaian : - Jawaban SS = 4 - Jawaban S = 3 - Jawaban TS = 2 - Jawaban STS = 1 Nilai maksimal = 16 Nilai minimal = 4 Rentang = $16-4=12$ Panjang interval = $12/2=6$ Kategori: - Sikap petugas tidak baik = 11-16 - Sikap petugas baik = 4-10
3) Kecakapan dan keahlian petugas	Kemampuan yang dimiliki oleh petugas sesuai dengan kompetensinya	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	Diukur dengan 9 pertanyaan Penilaian : - Jawaban a = 2 - Jawaban b = 1 Nilai maksimal = 18 Nilai minimal = 9 Rentang = $18-9=9$ Panjang interval = $9/2=4,5$ Kategori : - Kecakapan dan keahlian baik = 13,6-18 - Kecakapan dan keahlian tidak baik = 9-13,5

4) Kelengkapan fasilitas	Sarana, prasarana dan alat (baik alat medik maupun non medik) yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	<p>Diukur dengan 13 pertanyaan. Untuk pertanyaan no 1,3,4,6,9</p> <p>Penilaian :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jawaban a = 3 - Jawaban b = 2 - Jawaban c = 1 <p>Untuk pertanyaan no 2,5,7,8,10,11,12,13</p> <p>Penilaian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jawaban a = 2 - Jawaban b = 1 <p>Nilai maksimal = 31 Nilai minimal = 13 Rentang = $31 - 13 = 18$ Panjang interval = $18/2 = 9$</p> <p>Kategori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelengkapan fasilitas baik = 22-31 - Kelengkapan fasilitas tidak baik = 13- 21
--------------------------	---	----------------------------	---------	--

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah bahan keterangan tentang suatu objek penelitian yang diperoleh di lokasi penelitian (Bungin, 2005: 119). Data yang digunakan pada penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau objek penelitian (Bungin, 2005:122). Data primer yang digunakan peneliti pada penelitian ini seperti halnya data berupa keterangan pasien stagnasi. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang kita butuhkan (Bungin, 2005:122). Pada penelitian ini data sekunder digunakan seperti halnya data-data ruangan di RS Perkebunan Jember jumlah perawat, jumlah tempat tidur dan lain-lain.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data, teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

a. Wawancara

Menurut Budiarto dan Anggraeni (2001:40) wawancara adalah interaksi atau komunikasi secara langsung antara wawancara dengan responden. Proses

memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan panduan wawancara (kuesioner) wawancara yang dipeneliti dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden. Adapun teknik wawancara (Fatta, 2007:69) adalah:

- 1) Memilih target wawancara
- 2) Mendesain pertanyaan-pertanyaan untuk wawancara
- 3) Persiapan wawancara
- 4) Menindak lanjuti hasil wawancara.

b. Dokumentasi

Menurut Bungin (2005:144) dokumentasi adalah data yang digunakan untuk menelusuri histori, sebagian besar data yang tersedia berbentuk surat-surat, catatan harian, laporan dan sebagainya.

3.6.2 Alat Perolehan Data

Alat perolehan data atau disebut instrument penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrument yang digunakan dalam pengumlan menggunakan kuesioner, serta peralatan menulis seperti buku tulis, alat tulis. Kuesioner adalah alat pengumpulan data berisi daftar pertanyaan yang telah disusun dengan baik sehingga *interviewer* tinggal menulis jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu pada daftar pertanyaan tersebut (Notoatmodjo, 2010:152). Selain menggunakan kuesioner pada penelitian ini menggunakan lembar observasi.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Menurut Bungin (2005:164) Pengolahan data adalah kegiatan lanjutan setelah pengumpulan data dilaksanakan. Pada penelitian kuantitatif, pengolahan data secara umum dilaksanakan dengan melalui tahap memeriksa (*editing*), proses pemberian identitas (*coding*), dan proses pembeberan (*tabulating*). Adapun penjelasannya seperti berikut :

a. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapang. Kegiatan ini menjadi penting karena kenyataannya bahwa data yang terhimpun kadang belum memenuhi harapan peneliti, ada diantaranya kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebihan bahkan terlupakan. Apabila pada tahap editing terjadi kejanggalan-kejanggalan yang sangat mengganggu pada instrument dan data yang diperoleh, artinya ada beberapa kesalahan atau kekurangan informasi yang sangat mengganggu, maka yang harus dilakukan peneliti adalah menemui responden sebagai sumber data tersebut, menyisihkan instrumen yang rusak dan tidak terpakai, dan melakukan pengecekan kembali data yang telah terkumpul.

b. Pengkodean (*Coding*)

Setelah tahap *editing* selesai dilakukan, kegiatan berikutnya adalah mengklasifikasikan data-data tersebut melalui tahap koding. Maksudnya bahwa data yang telah diedit tersebut diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis.

c. Tabulasi (Proses Pembeberan)

Tabulasi adalah bagian terakhir dari pengolahan data. Tabulasi yaitu proses memasukan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Peneliti memasukan frekuensi dari setiap data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel agar lebih mudah dalam pengolahan data tersebut.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan (Budiarto, 2001:41). Data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca. Bentuk penyajian data bermacam-macam dan disesuaikan dengan data yang tersedia dan tujuan yang ingin dicapai yaitu berupa tulisan (*textular*), tabel, dan grafik.

a. Tulisan (textular)

Penyajian dalam bentuk tulisan sebenarnya merupakan gambaran umum tentang kesimpulan hasil pengamatan. Penyajian dalam bentuk tulisan hanya digunakan untuk memberi informasi (Budiarto, 2001:41).

b. Tabel

Penyajian dalam bentuk tabel merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris. Penyajian dalam bentuk tabel banyak digunakan pada penulisan laporan hasil penelitian dengan maksud agar orang mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan (Budiarto, 2001:42).

c. Grafik

Grafik merupakan salah satu bentuk penyajian data statistik yang banyak dilakukan dalam berbagai bidang. Penyajian dalam bentuk grafik lebih menarik dan lebih mudah dipahami serta hal-hal yang kurang jelas dalam tabel akan lebih jelas bila disajikan dalam bentuk grafik bahkan dengan grafik orang akan lebih mengingat (Budiarto, 2001:50).

3.7.3 Analisis Data

Data yang telah terkumpul kan dianalisis menggunakan SPSS dengan tingkat kepercayaan (α) 95%. Adapun analisis data pada penelitian ini seperti berikut:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010:182). Pada penelitian ini, analisis univariat digunakan untuk menganalisis distribusi masing-masing variabel, yaitu variabel stagnasi, ketersediaan sumber daya, struktur dan proses perawatan, pembiayaan, sistem asuransi, tipe pelayanan, sikap petugas, kecakapan dan keahlian petugas dan kelengkapan fasilitas.

b. Analisis Bivariate

Analisis bivariate dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010:183). Dalam analisis bivariate digunakan uji chi kuadrat yang menguji masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Uji chi kuadrat digunakan untuk mengestimasi atau mengevaluasi frekuensi yang diselidiki atau hasil observasi untuk dianalisis apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan atau tidak, yang menggunakan data nominal ataupun ordinal (Hidayat, 2010:119). Pada penelitian ini dilakukan analisis chi kuadrat yaitu untuk mengetahui hubungan antara variabel stagnasi pasien dengan faktor organisasional, serta mengetahui hubungan antara variabel stagnasi pasien dengan faktor pemberi pelayanan.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

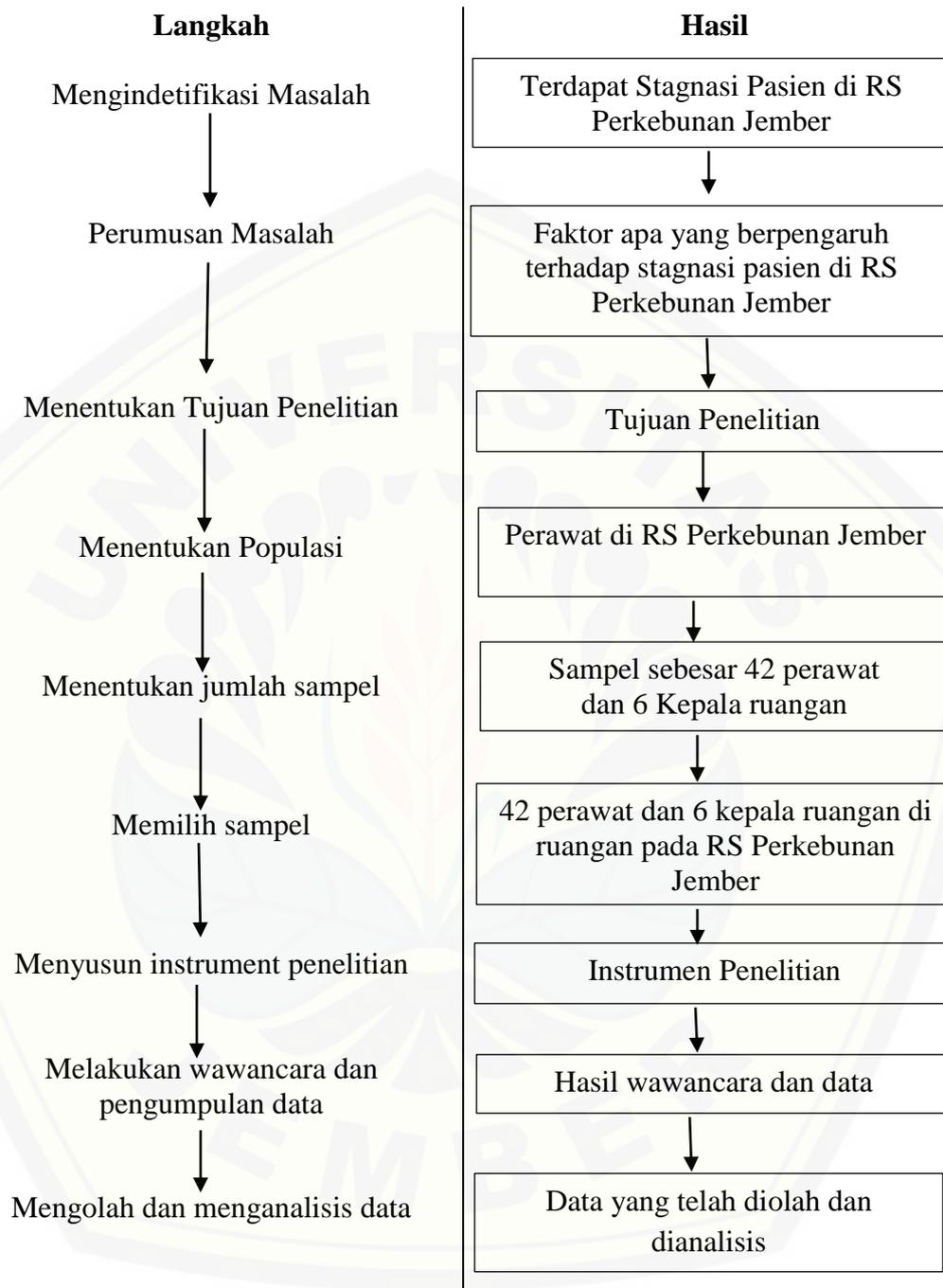
3.8.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010:164). Pada penelitian ini pengujian validitas instrument pengumpulan data menggunakan dengan program SPSS yaitu dengan menggunakan uji validitas seperti *Bivariate Pearson* (Produk Momen Pearson). *Bivariate Pearson* dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dari instrument yang ada (Hidayat, 2010:23). Kriteria pengujian dua sisi dengan taraf signifikansi 0.05 ini seperti berikut: jika r hitung $>$ r tabel (Uji 2 sisi dengan signifikansi 0,05) maka instrument atau item pertanyaan berkorelasi signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan valid, dan jika r hitung $<$ r tabel (Uji 2 sisi dengan signifikansi 0,05) maka instrument atau item pertanyaan tidak berkorelasi secara signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan tidak valid. Pada penelitian ini di lakukan dengan sebanyak 17 orang responden, dan hasilnya menyatakan valid dikarenakan nilai r hitung $>$ r tabel dengan signifikansi 0,05.

3.8.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah ketepatan atau tingkat presisi suatu ukuran atau alat pengukur. Alat ukur yang memiliki reliabilitas tinggi atau dapat dipercaya jika alat ukur itu mantap, dalam pengertian bahwa alat ukur tersebut stabil, dapat diandalkan (*dependability*) dan dapat diramalkan (*predictability*) (Nazir, 2014:117). Teknik pengujian menggunakan metode Cronbach Alpha. Teknik Cronbach Alpha merupakan teknik untuk mencari reliabilitas instrument yang skornya berbentuk skala 1-3, 1-4 dan seterusnya (Arikunto:2006). Pengujian dilakukan dengan taraf signifikansi 0,05 dengan kriteria pengujian sebagai berikut: $\text{Alpha} > r$ tabel maka pernyataan tersebut dinyatakan *reliable*, sedangkan bila $\text{Alpha} < r$ tabel maka pernyataan tersebut tidak *reliable*. Pada penelitian dilakukan pengujian kepada 17 responden dengan hasil $\text{alpha} > 0,60$ maka instrument ini *reliable*.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Faktor organisasional di RS Perkebunan Jember meliputi ketersediaan sumber daya yang cukup, pelayanan keperawatan yang baik, proses pembiayaan yang cepat, dan sistem asuransi yang mudah.
- b. Faktor Pemberi pelayanan di RS Perkebunan Jember meliputi tipe pelayanan RS yang baik, sikap petugas yang baik, kecakapan dan keahlian petugas yang baik, dan kelengkapan fasilitas yang baik.
- c. Pada RS Perkebunan Jember terjadi stagnasi pasien
- d. Faktor organisasional yang memiliki hubungan terhadap stagnasi pasien adalah pelayanan keperawatan, sementara faktor organisasional yang lain (ketersediaan sumber daya, proses pembiayaan dan sistem asuransi) tidak ada hubungan dengan stagnasi pasien.
- e. Faktor pemberi pelayanan yang memiliki hubungan terhadap stagnasi pasien adalah sikap petugas, sementara faktor pemberi pelayanan yang lain (tipe pelayanan RS, kecakapan dan keahlian petugas dan kelengkapan fasilitas) tidak ada hubungan dengan stagnasi pasien.

5.2 Saran

1. Bagi Pihak RS Perkebunan Jember
 - a. Dapat menambahkan jumlah tempat tidur di ruang rawat inap terutama Ruang Cathleya yang masih belum memenuhi syarat untuk tempat tidur kelas III 20% dari tempat tidur keseluruhan rumah sakit, sehingga diharapkan dapat mengurangi adanya stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember.
 - b. Dapat mempertahankan pelayanan keperawatan dan sikap petugas yang baik, namun perlu dipertimbangkan dalam manajemen waktu dalam memberikan pelayanan kepada pasien sehingga diharapkan dapat mengurangi adanya stagnasi pasien di RS Perkebunan Jember.

2. Bagi Peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya perlu diadakan penelitian lebih lanjut terkait ketersediaan sumber daya terkait jumlah tenaga medis dan tempat tidur terhadap stagnasi pasien karena berdasarkan pengamatan selama penelitian peran keduanya sangat berperan dalam terjadinya stagnasi pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Albana, R. & Susanto. 2015. Evaluasi Citra Rumah Saki di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*. 04(02):1-27.
- Allo, I.L, Darmawansyah, Asiah Hamzah. 2013. Studi Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Rawat Inap Peserta Asuransi Kesehatan di Rumah Sakit Elim Rantepao Tahun 2013. [serial online]. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/4343>. [17 Mei 2017].
- Andari. 2006. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Pasien dalam Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Bangli. *Tesis*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada
- Anjaryani, W. 2009. Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawat di RSUD Tugurejo Semarang. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Atanay, R. 2008. Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Fak-Fak. [Serial online]. <http://keperawatan.undip.ac.id> [17 Mei 2017]
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik (Edisi: Revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta
- Armen, F. & Azwar, V. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Artati, D. 2005. Analisis Kebutuhan dan Kesiediaan Pasien Akan Pelayanan Rawat Inap di Poliklinik 24 Jam PT. Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya Cabang Semarang. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Budiarto, E. 2001. *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Budiarto & Anggraeni. 2001. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: EGC
- Bungin, Burhan. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media

- Damayanti, P. 2015. Faktor-Faktor yang Berisiko Terjadinya Pasien Stagnan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Depkes RI. 2005. *Indikator Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Fatta. 2007. *Analisis Perancangan Sistem Informasi dan Keunggulan Bersaing Perusahaan dan Organisasi Modern*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Hafizurrachman. 2009. Sumber Daya Manusia Rumah Sakt di Q-Hospital. *Jurnal Majalah Kedokteran Indonesia*. 59(08):343-347.
- Hermawan,A. 2011. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Masyarakat Berobat di Puskesmas Kecamatan Buayan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 07(02):91-100.
- Herlambang, S. & Murwani,A. 2012. *Cara Mudah Memahami Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat,A. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Jacobalis,S. 1995. *Liberalisasi Bisnis Jasa Kesehatan dan Dampaknya Bagi Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta: IRSJAM XXXVIII
- Kelmanutu. 2013. Sedimentasi Mutu Pelayanan Pada Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sadsuittubun Langgur Kabupaten Maluku Tenggara Tahun 2013. [Serial online]. <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/457>. [17 Mei 2017].
- Kemenkes RI. 2012a. *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Kelas B*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2012b. *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Rawat Inap*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan.

- Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2003. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560 Tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Khudhori. 2012. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Pemilihan Tempat Persalinan Pasien Poliklinik Kandungan dan Kebidanan Rumah Sakit IMC Bintaro Tahun 2012. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia
- Littik,S. 2008. Hubungan Antara Kepemiliki Asuransi Kesehatan dan Akses Pelayanan Kesehatan Di Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Masyarakat*. 03(01):52-61.
- Majid, F. 2014. Analisis Gambaran Peta Perjalanan Pasien di Pelayanan Rawat Jalan RS Kanker “Dharmais” Tahun 2014. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, 01 (01):51-58.
- Nazir, M. 2014. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Nova, R.H. 2010. Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. *Skripsi*. Surakata: Universitas Sebelas Maret.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prana, M. 2013. Kualitas Pelayanan Kesehatan Penerima Jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 01(01):173-185.

- Ratnamiasih, I. 2012. Kompetensi SDM dan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal Trikonomika*. 11(01):49-57
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153. Sekretaris Negara, Jakarta.
- Satrianegara, M.F. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Teori Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas Dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Suryawati, C. Dharminto, Zahroh, S. 2006. Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 09 (04):177-184.
- Syafitri, L. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan PITC Bagi Tahanan dan Warga Binaan Pemasarakatan (WBP) Beresiko Tinggi HIV/AIDS di Poliklinik Rutan Kelas I Cipinang Tahun 2012. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia.
- Syahid, A. 2015. Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Deskriptif tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Usia Lanjut di Poli Lansia Puskesmas Gurah, Kabupaten Kediri). *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 03(03):133-137.
- Suhendro, A. 2014. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Minat Kunjungan Ulang Pelayanan Antenatal di Poliklinik Kebidanan RS Islam Sunan Kudus*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sugiono, E., Maidin, M, A., Irwandy. 2013. *Faktor yang Berhubungan dengan Minat Pemanfaatan Kembali Rawat Inap di Rumah Sakit Stella Maris Makasar Tahun 2013*. Makasar: Universitas Hasanudin.
- Sugiyono. 2014. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2009. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D cetakan ke-17*. Bandung: Alfabeta.

- Tuilan,J. 2015. Faktor yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Makale. Makasar:Universitas Hasannudin.
- Tuuk. 2014. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan dalam Penerapan Asuhan Persalinan Normal (APN) di Puskesmas Kota Bitung. Bitung.
- Triwibowo, C. 2013. *Manajemen Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wahyuni, S. 2012. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur. *Skripsi*. Depok:Universitas Indonesia.
- Wijaya, N. 2014. Hubungan Antara Motivasi Kerja dan Kinerja Petugas Pelayanan Resep Obat Jadi di Instalasi Farmasi RSUD Cengkareng. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Yuraida, N. 2015. Implementasi Program Jamkesmas pada Rawat Jalan Tingkat Lanjutan di RSD Dr. Haryoto. *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Sosial dan Humaniora*, 12 (01):66-71.

LAMPIRAN A. INFORMED CONSENT**LEMBAR PERSETUJUAN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Telepon :

Menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Sylvia Dwi Sekar Sari

NIM : 122110101148

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : Faktor yang Berhubungan dengan Stagnasi Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Perkebunan Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak risiko dan dampak apapun terhadap responden dalam kegiatan pengumpulan data penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan di jamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Dengan ini saya menyatakan secara suka rela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, ... Maret 2017

Responden

()

LAMPIRAN B. KUESIONER**KUESIONER PENELITIAN****FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STAGNASI PASIEN DI
RAWAT INAP RUMAH SAKIT PERKEBUNAN JEMBER**

Nama Responden	:	
Nomor Responden	:	
Tanggal Pengisian	:	
Ruang	:	

A. Identitas Responden

Petunjuk pengisian

- Mohon responden menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- Berilah tanda centang (✓) pada jawaban yang diberikan sesuai dengan pertanyaan dan kolom yang telah disediakan.

No	Pertanyaan	Jawaban	
1.	Umur	..... Tahun	
2.	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/>	Laki-Laki
		<input type="checkbox"/>	Perempuan
3.	Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/>	SPK
		<input type="checkbox"/>	D.III Keperawatan
		<input type="checkbox"/>	D.IV Keperawatan
		<input type="checkbox"/>	S1 Keperawatan
4.	Status Kepegawaian	<input type="checkbox"/>	Pegawai Tetap
		<input type="checkbox"/>	Pegawai Tidak Tetap
5.	Masa Kerja di RS	..... Tahun	

B. Stagnasi Pasien

Petunjuk pengisian

- c. Mohon responden menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- d. Berilah tanda centang (√) pada jawaban yang diberikan sesuai dengan pertanyaan dan kolom yang telah disediakan.

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah terdapat pasien yang menunggu konfirmasi ruang untuk mendapatkan pelayanan rawat inap diruangan ini?	a. Ya b. Tidak
2.	Berapa lama kah waktu untuk menunggu konfirmasi tersebut?	a. >10 menit b. ≤10 menit
3.	Apakah pasien tersebut tidak selalu memperoleh ruangan untuk melakukan rawat inap pada hari yang sama?	a. Ya b. Tidak
4.	Ketika pasien tidak memperoleh ruangan untuk rawat inap apa yang anda lakukan?	a. Memberikan konfirmasi b. Tidak memberikan konfirmasi
5.	Apakah perawat segera melakukan konfirmasi kepada petugas pendaftaran rawat inap jika ada pasien keluar rumah sakit?	a. Ya b. Tidak

C. Faktor Organisasional**Petunjuk Pengisian:**

Petunjuk pengisian

- a. Mohon responden menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- b. Berilah tanda centang (√) pada jawaban yang diberikan sesuai dengan pertanyaan dan kolom yang telah disediakan.

c. Keterangan pada kolom jawaban :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	Jawaban			
a.	Ketersediaan sumber daya				
1.	Jumlah tenaga kesehatan				
	Kualifikasi tenaga kerja	Standar	Kurang	Lebih	
	Dokter spesialis	4			
	Dokter umum	9			
	Perawat	2:3			
2.	Beban kerja	SS	S	TS	STS
	a. Pekerjaan yang diberikan kepada saya terlalu berat				
	b. Terlalu banyak pekerjaan yang harus saya lakukan				
	c. Terlalu banyak tuntutan keluarga pasien				
	d. Pimpinan rumah sakit terlalu banyak tuntutan kepada saya				
	e. Saya kurang nyaman terhadap tuntutan keluarga pasien untuk keselamatan pasien				
	f. Saya bosan apabila harus mengerjakan observasi pasien setiap jam				
	g. Saya selalu dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang berkualitas				
	h. Saya dituntut harus merawat pasien dalam kondisi apapun				
	i. Saya tidak nyaman karena tidak diikutsertakan dalam pengambilan keputusan oleh pihak manajemen rumah sakit				
	j. Pengetahuan dan keterampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan				
	k. Saya setiap saat harus menghadapi pasien dengan karakteristik yang berbeda				
	l. Jumlah pasien tidak sesuai dengan jumlah perawat				

	m. Pasien terlalu banyak keluhan				
	n. Saya sering mendengar perawat mengeluh akan pekerjaannya				
3.	Apakah ada pelatihan atau pendidikan yang diperuntukan dokter ataupun staff perawat secara berkala?	a. Ya	b. Tidak		
4.	Jika ya, dilaksanakan pelatihan atau pendidikan berapa kali dalam setahun?	..... kali	a. > 20 jam pertahun	b. < 20 jam pertahun	
5.	Dalam memberikan pelayanan keperawatan, sepengetahuan bapak/ibu apakah terdapat tindakan perawat yang tidak sesuai dengan SPO?	a. Tidak sesuai	b. Sesuai		
6.	Dalam penyusunan jadwal dinas perawat, adakah perawat yang tidak setuju dengan jadwal yang telah disusun?	a. Tidak Ada	b. Ada		
7.	Apakah terdapat perawat yang sering mangkir pada saat jam dinas?	a. Tidak	b. Ya		
8.	Ketika perawat dinas tidak hadir, apakah perawat tersebut tidak digantikan dengan perawat yang lain?	a. Tidak	b. Ya		
9.	Berapakah jumlah tempat tidur diruangan pada saat ini?	.....		
10.	Apakah terdapat tempat tidur yang tidak berfungsi dengan baik?	a. Tidak	b. Ya		
11.	Berapakah jumlah tempat tidur yang dimanfaatkan dalam ruangan ini? (yang dapat digunakan dan tidak rusak)	.....		
12.	Apakah jumlah tempat tidur yang dimanfaatkan selalu sesuai dengan jumlah tempat tidur yang tersedia di ruangan?	a. Ya	b. Tidak		
13.	Bagaimanakah kondisi tempat tidur yang digunakan pada ruangan ini?	a. Tidak perlu diganti	b. Perlu diganti		
14.	Sesuai kepemilikan tempat tidur diruangan ini, apakah harus dilakukan bergantian dengan ruang lain?	a. Tidak	b. Ya		
15.	Berdasarkan jumlah pasien setiap harinya, apakah diperlukan penambahan jumlah tempat tidur pada ruangan ini?	a. Tidak	b. Ya		
16.	Berdasarkan luas ruangan, apakah diperlukan penambahan jumlah tempat tidur pada ruangan	a. Tidak	b. Ya		

	ini?	
17.	Apakah terdapat perbedaan jenis tempat tidur pada setiap kelas pelayanan?	a. Tidak b. Ya
18.	Selama bapak/ibu menjadi kepala ruang/perawat, apakah terdapat pasien yang mengeluh/komplain mengenai masalah tempat tidur?	a. Tidak b. Ya
19.	Jika ya, berikan alasannya!	....
20.	Selama bapak/ibu menjadi perawat di RS Perkebunan Jember, apakah pernah mengetahui tenaga kesehatan (dokter, perawat, ataupun yang lain) menggunakan tempat tidur tidak sesuai pada penggunaannya? (contohnya, menggunakan tempat tidur pasien sebagai tempat tidur saat dinas malam)	a. Tidak Pernah b. Pernah

b. Karakteristik dari struktur dan proses perawatan		
No	Pertanyaan	Jawaban
Pelayanan Keperawatan		
1.	Bagaimanakah prosedur penerimaan pasien rawat inap? a. Melakukan pengumpulan data untuk asuhan keperawatan, pengecekan formulir-formulir penerimaan pasien rawat inap, gelang identifikasi, dan form ijin umum lainnya.	a. Ya b. Tidak
	b. Perawat menyambut pasien dan keluarga pasien, memperkenalkan diri dengan ,menyambut nama dan jabatannya.	a. Ya b. Tidak
	c. Perawat juga memperkenalkan pasien dan keluarga pasien dengan pasien disekelilingnya.	a. Ya b. Tidak
2.	Bagaimanakah ekspresi pasien saat perawat menyambut pasien kedalam ruang rawat inap, dan memperkenalkan lingkungan diruangan rawat inap?	a. Senang b. Takut c. Cemas
3.	Ketika pasien baru datang, apakah diperlukan <i>assessment</i> keperawatan?	a. Ya b. Tidak
4.	Berapa lamakah waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan pendahuluan tersebut?	..... menit a. < 20 menit b. ≥ 20 menit
5.	Apakah anda sebagai perawat pernah gagal dalam memenuhi keinginan pasien atau keluarga pasien?	a. Tidak Pernah b. Pernah
6.	Berapa lamakah proses diskusi perencanaan pulang	..... hari

	pasien dilakukan?	a. 1 hari b. > 1 hari
7.	Apakah perawat memberikan kesempatan pasien dan keluarga pasien untuk menanyakan pertanyaan atau diskusi mengenai asuhan kesehatan dirumah?	a. Ya b. Tidak
8.	Apakah perawat pernah mengalami kendala dalam berkomunikasi dengan pasien, misalnya dari segi bahasa, dll?	a. Tidak Pernah b. Pernah
Proses Pembiayaan		
9.	Apakah perawat selalu memberikan penjelasan mengenai prosedur pembayaran pelayanan kepada pasien?	a. Ya b. Tidak
10.	Ada atau tidakkah pasien yang komplain kepada bagian keperawatan?	a. Tidak b. Ada
11.	Berapa lama waktu dalam memberikan informasi pembayaran pasien rawat inap?	a. \leq 2 jam b. > 2 jam
12.	Apakah terdapat kasus pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri karena masalah pembiayaan?	a. Tidak b. Ya
Sistem Asuransi		
13.	Apakah pernah terjadi permasalahan terkait jaminan kesehatan/asuransi kesehatan sebelum pasien pulang?	a. Tidak Pernah b. Pernah
14.	Apakah proses klaim rumit untuk pasien BPJS/asuransi kesehatan lain?	a. Tidak b. Ya
15.	Apakah terdapat persyaratan dari pihak jaminan kesehatan/ asuransi kesehatan yang harus dipenuhi sebelum pasien keluar rumah sakit?	a. Tidak b. Ya

D. Faktor yang Berhubungan dengan Produsen

Petunjuk Pengisian:

Petunjuk pengisian

- Mohon responden menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
- Berilah tanda centang (\surd) pada jawaban yang diberikan sesuai dengan pertanyaan dan kolom yang telah disediakan.

c. Keterangan pada kolom jawaban :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
a.	Karakteristik pemberi pelayanan				
	Tipe pelayanan				
1.	Berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit dibedakan menjadi dua yaitu rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Perbedaan kepemilikan rumah sakit tersebut mempengaruhi tingginya kunjungan pasien rawat inap dirumah sakit.				
2.	RS Perkebunan merupakan rumah sakit bukan milik pemerintahan daerah. Dalam memberikan pelayanan terdapat aturan tertentu yang harus dipatuhi sehingga pelayanan tersebut dapat berpengaruh terhadap tingginya kunjungan pasien pada rumah sakit tersebut.				
3.	Pola pemberian gaji/upah rumah sakit mampu mempengaruhi kinerja SDM dalam memberikan pelayanan				
4.	Status akreditasi yang telah dicapai rumah sakit berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien				
5.	Kualifikasi rumah sakit dibedakan menjadi 4 tipe kelas rumah sakit yaitu rumah sakit kelas A, B, C, dan D. berdasarkan kelas rumah sakit tersebut menjadi salah satu alasan kunjungan pasien rawat inap tinggi.				

No.	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
Sikap Petugas					
1.	Ketika perawat memiliki permasalahan dirumah dan merasa lelah, selalu saja ada pasien yang membuat perawat menjadi marah, sehingga perawat bersikap kurang menyenangkan kepada pasien.				
2.	Dalam ruangan ini, perawat pernah menemui dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan bersikap tidak ramah atau tidak tersenyum sehingga pasien merasa takut dan tidak nyaman.				
3.	Terdapat beberapa pramusaji yang menyajikan makanan tanpa permisi terlebih dahulu sebelum meletakkan atau memberikan makanan kepada pasien atau keluarga pasien sehingga pasien atau keluarga pasien terganggu.				
4.	Dokter selalu datang terlambat pada saat jadwal visite ke ruangan.				

No.	Pernyataan	Jawaban
Kecakapan dan keahlian petugas		
1.	Apakah terdapat pasien yang meminta untuk mengganti perawatnya dikarenakan pelayanan yang diberikan kurang menyenangkan?	a. Tidak b. Ya
2.	Apakah pernah terjadi kesalahpahaman antara dokter dan perawat dalam menangani suatu pasien?	a. Tidak Pernah b. Pernah
3.	Apakah dokter pernah menegur perawat dalam memberikan tindakan karena tidak sesuai dengan instruksi yang diberikannya?	a. Tidak Pernah b. Pernah
4.	Dalam memberikan pelayanan, apakah perawat pernah mengetahui seorang dokter salah dalam mengambil keputusan diagnosa dan kurang tepat dalam memberikan pengobatan?	a. Tidak Pernah b. Pernah
5.	Apakah sebelum melakukan tindakan keperawatan perawat menjelaskan terlebih dahulu	a. Ya b. Tidak

	tujuan dari tindakan keperawatan tersebut kepada pasien?	
6.	Setelah memperoleh penjelasan tersebut, apakah pasien atau keluarga pasien mengerti dan paham dalam tindakan tersebut?	a. Ya b. Tidak
7.	Apakah pernah terjadi penolakan dari pasien atau keluarga pasien dalam melakukan tindakan keperawatan?	a. Tidak Pernah b. Pernah
8.	Apakah pernah terjadi kehilangan barang yang dialami oleh pasien/keluarga pasien?	a. Tidak Pernah b. Pernah
9.	Berapa persenkah kejadian pasien terjatuh dari tempat tidur dalam setaun terakhir? (dalam rentang 0-100%) %

No.	Pernyataan	Jawaban
	Kelengkapan Fasilitas	
1.	Bagaimanakah menurut anda kerapihan dan kebersihan ruang rawat inap?	a. Baik b. Kurang baik c. Tidak Baik
2.	Apakah pernah pasien atau keluarga pasien mengeluh mengenai kerapihan dan kebersihan ruang rawat inap?	a. Tidak Pernah b. Pernah
3.	Bagaimanakah penataan interior dan eksterior ruang rawat inap?	a. Baik b. Kurang baik c. Tidak Baik
4.	Apakah menurut anda menarik penataan interior dan eksterior ruang rawat inap?	a. Menarik b. Kurang menarik c. Tidak Menarik
5.	Apakah terdapat pasien yang merasa bosan terhadap ruang rawat inap sehingga meminta jalan-jalan keluar ruangan?	a. Tidak b. Ya
6.	Saat melakukan tindakan, bagaimanakah kelengkapan dan kesiapan alat-alat medis yang akan digunakan?	a. Baik b. Kurang baik c. Tidak Baik
7.	Apakah pernah ruangan mengalami kehilangan alat medis?	a. Tidak Pernah b. Pernah
8.	Apakah pernah saat akan digunakan alat-alat medis mengalami kerusakan atau sudah tidak berfungsi?	a. Tidak Pernah b. Pernah

9.	Bagaimanakah kecepatan dalam menanggapi kerusakan alat medis?	a. Tidak Baik b. Kurang baik c. Baik
10.	Apakah terdapat jadwal pemeriksaan berkala pemeliharaan alat?	a. Ya b. Tidak
11.	Berapa lama rentang pemeriksaan dan pemeliharaan alat yang dilakukan?	..... bulan a. \leq 1 bulan b. $>$ 1 bulan
12.	Apakah tersedia ruang tunggu untuk keluarga pasien?	a. Ya b. Tidak
13.	Apakah ruangan yang disediakan sudah cukup untuk menampung keluarga pasien, terdapat tempat untuk istirahat, dan beribadah?	a. Ya b. Tidak



LAMPIRAN C. HASIL ANALISIS DATA**A. HASIL ANALISIS DATA MENGGUNAKAN CHI-SQUARE****KETERSEDIAAN SUMBER DAYA TERHADAP STAGNASI**

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
KETERSEDIAAN SUMBER DAYA	CUKUP	Count	35	10	45
		% of Total	72.9%	20.8%	93.8%
	LEBIH	Count	2	1	3
		% of Total	4.2%	2.1%	6.3%
Total	Count	37	11	48	
	% of Total	77.1%	22.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.197 ^a	1	.658		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.181	1	.670		
Fisher's Exact Test				.551	.551
Linear-by-Linear Association	.192	1	.661		
N of Valid Cases	48				

PELAYANAN KEPERAWATAN TERHADAP STAGNASI

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
PELAYANAN KEPERAWATAN	BAIK	Count	33	5	38
		% of Total	68.8%	10.4%	79.2%
	TIDAK BAIK	Count	4	6	10
		% of Total	8.3%	12.5%	20.8%
Total	Count	37	11	48	
	% of Total	77.1%	22.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.833 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	7.360	1	.007		
Likelihood Ratio	8.621	1	.003		
Fisher's Exact Test				.005	.005
Linear-by-Linear Association	9.629	1	.002		
N of Valid Cases	48				

PROSES PEMBIAYAAN TERHADAP STAGNASI

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
PROSES PEMBIAYAAN	CEPAT	Count	34	9	43
		% of Total	70.8%	18.8%	89.6%
	LAMBAT	Count	3	2	5
		% of Total	6.3%	4.2%	10.4%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.922 ^a	1	.337		
Continuity Correction ^b	.159	1	.691		
Likelihood Ratio	.823	1	.364		
Fisher's Exact Test				.321	.321
Linear-by-Linear Association	.903	1	.342		
N of Valid Cases	48				

SISTEM ASURANSI TERHADAP STAGNASI

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
SISTEM ASURANSI	RUMIT	Count	6	2	8
		% of Total	12.5%	4.2%	16.7%
	MUDAH	Count	31	9	40
		% of Total	64.6%	18.8%	83.3%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.024 ^a	1	.878		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.023	1	.879		
Fisher's Exact Test				1.000	.598
Linear-by-Linear Association	.023	1	.879		
N of Valid Cases	48				

TIPE PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP STAGNASI

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
TIPE PELAYANAN KESEHATAN	TIDAK BAIK	Count	1	1	2
		% of Total	2.1%	2.1%	4.2%
	BAIK	Count	36	10	46
		% of Total	75.0%	20.8%	95.8%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.867 ^a	1	.352		
Continuity Correction ^b	.005	1	.943		
Likelihood Ratio	.731	1	.393		
Fisher's Exact Test				.410	.410
Linear-by-Linear Association	.849	1	.357		
N of Valid Cases	48				

SIKAP PETUGAS TERHADAP STAGNASI PASIEN

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
SIKAP PETUGAS	TIDAK BAIK	Count	3	5	8
		% of Total	6.3%	10.4%	16.7%
	BAIK	Count	34	6	40
		% of Total	70.8%	12.5%	83.3%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.515 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	6.038	1	.014		
Likelihood Ratio	7.272	1	.007		
Fisher's Exact Test				.010	.010
Linear-by-Linear Association	8.338	1	.004		
N of Valid Cases	48				

KECAKAPAN DAN KEAHLIAN PETUGAS TERHADAP STAGNASI PASIEN

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
KECAKAPAN DAN KEAHLIAN PETUGAS	TIDAK BAIK	Count	6	2	8
		% of Total	12.5%	4.2%	16.7%
	BAIK	Count	31	9	40
		% of Total	64.6%	18.8%	83.3%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.024 ^a	1	.878		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.023	1	.879		
Fisher's Exact Test				1.000	.598
Linear-by-Linear Association	.023	1	.879		
N of Valid Cases	48				

KELENGKAPAN FASILITAS TERHADAP STAGNASI PASIEN

			STAGNASI PASIEN		Total
			STAGNASI	TIDAK STAGNASI	
KELENGKAPAN FASILITAS	TIDAK BAIK	Count	1	1	2
		% of Total	2.1%	2.1%	4.2%
	BAIK	Count	36	10	46
		% of Total	75.0%	20.8%	95.8%
Total		Count	37	11	48
		% of Total	77.1%	22.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.867 ^a	1	.352		
Continuity Correction ^b	.005	1	.943		
Likelihood Ratio	.731	1	.393		
Fisher's Exact Test				.410	.410
Linear-by-Linear Association	.849	1	.357		
N of Valid Cases	48				

LAMPIRAN D. SURAT IJIN PENELITIAN


**RS Perkebunan
Jember Klinik**
 pelayanan profesional sepenuh hati

Jl. Bedadung No 2 Jember
 Jawa Timur - Indonesia - 68118
 Telepon (0333) 487 104, 487 226
 Faksimili (0331) 485 912

Jember, 18 Februari 2017

Nomor : RSP-Rupa2/17.010
 Lampiran :
 Perihal : IJIN PENELITIAN

Kepada Yth :
 Dekan
 Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Jember
 Jl. Kalimantan No.37
 JEMBER

Menjawab surat No. 440/UN.25.1.12/SP/2016 perihal Permohonan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember sebagai berikut :

Nama : Sylvia Dwi Sekar Sari
 NIM : 122110101148
 Judul Penelitian : Faktor yang Berpengaruh Terhadap Stagnasi Pasien di Rumah Sakit Perkebunan.

Pada prinsipnya disetujui dengan catatan :

Mahasiswa yang bersangkutan mampu menjaga kerahasiaan dan tata tertib perusahaan, serta yang bersangkutan tidak diperkenankan mempublikasikan hasil penelitian tanpa ijin tertulis dari Kepala Rumah Sakit Perkebunan.

Demikian, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Agus, Aulisia Huan
Karubain A. Untari
Kemulanten Perkebunan
 TTD.

 Agus Tristono, Sp.P, IERS
 KaDiv Perawatan

PT. NUSANTARA MEDIKA UTAMA
 RUMAH SAKIT PERKEBUNAN


 dr. Suratini, MMRS
 Kepala Rumah Sakit

LAMPIRAN E. DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Foto Peneliti dengan Responden



Gambar 2. Foto Peneliti dengan Responden



Gambar 3. Foto Peneliti dengan Responden



Gambar 4. Foto Peneliti dengan Responden



Gambar 5. Foto Peneliti dengan Responden



Gambar 6. Foto Peneliti dengan Responden