

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Response Time*

2.1.1 Pengertian *Response Time*

Response time adalah kecepatan dan ketepatan pelayanan di suatu rumah sakit yang dapat memberikan agar selalu menggunakan jasa pelayanan di rumah sakit tersebut. Ada juga yang berpendapat bahwa *response time* yaitu waktu untuk memulai memberikan respon, tetapi bukan waktu yang dipakai output untuk respon tersebut, hartono (Hartono, S Kom et al., 2018) . (Menkes, 2008) waktu tanggap atau *response time* merupakan suatu kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter ≤ 5 menit. Menurut (Rembet et al., 2015) *response time* adalah waktu antara dari permulaan suatu permintaan ditanggapi dengan kata lain dapat disebut dengan waktu tanggap. *Response Time* merupakan kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan (Suhartati et al., 2011)

Berdasarkan beberapa sumber yang dijelaskan diatas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa *Response Time* merupakan suatu standard pelayanan yang harus dimiliki oleh Intalasi Gawat Darurat.

2.1.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi *Response time* Petugas

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standard sesuai dengan dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan

response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standart (PERMENKES, 2018). *Response Time* dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut (Tumbuan et al., 2015) diantaranya yaitu keterbatasan jumlah perawat dan keterbatasan sarana dan prasarana rumah sakit yang kurang memadai dibandingkan dengan jumlah pasien yang masuk, serta beberapa pasien yang tiba dalam waktu yang bersamaan. Menurut penelitian di *American College of Emergency Physician* dalam (Sanjaya, 2019) menuliskan bahwa pada IGD yang mengalami permasalahan berlimpahnya jumlah pasien yang ingin mendapatkan pelayanan, menempatkan seorang dokter di wilayah triase dapat mempercepat proses pemulangan pasien atau *discharge* untuk pasien minor dan membantu memulai penanganan. (Yarmohammadian et al., 2017) yang mengemukakan bahwa pada perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf sangat berdampak pada keterlambatan penanganan di IGD.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut bahwa tercapainya standart *response time* petugas dalam pelayanan di IGD dipengaruhi oleh ketersediaan sarana prasarana, sumber daya manusia dan sistem manajemen IGD yang baik.

2.1.3 Kategori *response time* petugas

Response time dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. P1 yaitu dengan kecepatan penanganan 0 – 4 menit = kategori cepat
2. P2 yaitu dengan kecepatan penanganan 5 - 10 menit = kategori lambat
3. P3 yaitu dengan kecepatan penanganan <10 menit = kategori sangat lambat (Menkes, 2008).

2.2 TRIASE

2.2.1 Pengertian Triase

Di unit gawat darurat, triase dapat digambarkan sebagai pemilahan pasien sesuai dengan keparahan kondisi medis atau cedera dan evaluasi selanjutnya dari tingkat urgensi untuk perawatan kesehatan (Ringström et al., 2018) .

Triase memiliki fungsi penting di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dimana banyak pasien dapat hadir secara bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa pasien dirawat sesuai urutan urgensi klinis mereka yang mengacu pada kebutuhan untuk intervensi waktu kritis. Penggunaan awal kata “*trier*” mengacu pada penampilan *screening* di medan perang. Kata ini berasal dari bahasa perancis yang berarti bermacam – macam dalam memilah gangguan. Dominique larrey, ahli bedah Napolleon Bonaparte yang pertama kali melakukan triase. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap hampir 100 juta orang yang memerlukan pertolongan di Instansi Gawat Darurat (IGD) setiap tahunnya (pusponegoro, 2015).

Menurut *Health Technology Assessment* (HTA, 2018) triase adalah suatu sistem, dimana waktu tunggu didasarkan pada kegawatan medis individu pasien. Tujuan dari triase adalah untuk mengevaluasi di departemen gawat darurat apakah triase lebih efektif dari pada triase formal, apakah profesi atau tim lain lebih unggul daripada yang lain dalam melakukan triase, dan apakah sistem triase ini lebih unggul dari pada yang lain, serta apakah kapasitas prediksi dari triase sebanding dengan kebenaran mengenai hasil klinis (*mortality, unschedul return, admission*), pris yang benar, kepuasan pasien dan hasil proses (lama tinggal di IGD), waktu tunggu pemeriksaan dokter, dan waktu proses prioritas). Didalam buku panduan *Emergency Ambulane Service Training* Triase diartikan sebagai suatu proses yang mana korban digolongkan menurut tipe dan tingkat kegawatan kondisinya dengan kata lain pengelompokan korban yang berdasarkan atas berat ringannya trauma/penyakit serta kecepatan penanganan/pemindahannya (PERSI Jawa Timur, AGD 118 Dr Soetomo Surabaya). Triase juga memungkinkan untuk alokasi pasien untuk penilaian dan pengobatan daerah yang paling tepat, dan memberikan kontribusi informasi yang membantu untuk penanganan kasus lebih lanjut (Ringström et al., 2018)

Dari beberapa literature diatas Triase merupakan kunci tindakan yang efisien yang harus dilakukan di Instalasi Gawat Darurat agar response time petugas lebih cepat dan tepat untuk segera memberikan intervensi medis.

2.2.2 Pembagian triase

Berbagai sistem triase mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Tujuan triase adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan. Triase terbagi atas *Single Patient Triage* dan *Routine Multiple Casualty Triage*.

1) *Single Patient Triage*

Menurut (pusponegoro, 2011), triase tipe ini dilakukan terhadap satu pasien pada fase pra-rumah sakit maupun pada fase rumah sakit di Instalasi Gawat Darurat dalam *day to day emergency* dimana pasien dikategorikan ke dalam pasien gawat darurat (*true emergency*) dan pasien bukan gawat darurat (*false emergency*). Dasar dari cara triase ini adalah menanggulangi pasien yang dapat meninggal bila tidak dilakukan resusitasi segera. *Single patient triage* dapat juga dibagi dalam kategori berikut:

1. Resusitasi adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat dan mengancam nyawa serta harus mendapat penanganan resusitasi segera.
2. *Emergent* adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat karena dapat mengakibatkan kerusakan organ permanen dan pasien harus ditangani dalam waktu maksimal 10 menit..
3. *False emergency* adalah pasien yang datang dalam kondisi tidak gawat darurat dengan keluhan ringan dan tidak ada kemungkinan menderita penyakit atau mempunyai riwayat penyakit yang serius.

4. *Urgent* adalah pasien yang datang dengan keadaan darurat tidak gawat yang harus ditangani dalam waktu maksimal 30 menit

2) *Routine Multiple Casualty Triage*

1) *Simple triage and rapid treatment (START)*

Menurut *Hospital Preparedness for Emergencies & Disasters* (Herbosa, 2007) dalam (Sanjaya, 2019) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident* korban massal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Ini memungkinkan paramedik untuk memilah pasien mana yang perlu dievakuasi lebih dulu ke rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien ke dalam kelompok terapi:

1. Hijau : pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, *walking wounded* dan pasien histeris.
 2. Kuning/*delayed* : semua pasien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau.
 3. Merah/*immediate* (10%-20% dari semua kasus): semua pasien yang ada gangguan airway, breathing, circulation, disability and exposure. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah airway dibebaskan, pernafasan > 30 kali permenit, capillary refill > 2 detik.
 4. Hitam : meninggal dunia
- 2) Triase bila jumlah pasien sangat banyak :

SAVE (*secondary Assessment of Victim Endpoint*). Sistem ini dapat mentriase dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu bila dilakukan dilapangan dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit definitif (Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan., 2007) . Kategori triase dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut :

1. Korban yang akan mati tanpa melihat jumlah perawatan yang diterimanya.
2. Korban yang akan selamat tanpa melihat langkah perawatan apa yang diberikan.
3. Korban yang akan sangat beruntung dari intervensi di lapangan yang sangat terbatas

2.2.3 Pendekatan Manajemen *Response Time* Di Instalasi Gawat Darurat

1. Pengorganisasian di Instalasi Gawat Darurat merupakan proses penyusunan pembagian kerja ke dalam unit-unit kerja dan fungsinya beserta penempatannya dengan cara yang tepat mengenai orang – orangnya (*staffing*) yang harus menduduki fungsi – fungsi itu berikt penentuannya dengan tepat tentang hubungan wewenang dan tanggung jawabnya (Handoko, 2003).
2. Kebijakan dan standar prosedur operasional. Lumenta (2012) menyatakan bahwa kebijakan adalah rangkaian konsep dan ketentuan pokok yang menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsistensi dengan tujuan

organisasi, sedangkan standard prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah – langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Standard prosedur operasional (SPO) membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan dibawah standard dengan memberikan langkah– langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan dalam berbagai kegiatan. Standar prosedur operasioanal disusun dengan tujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standard yang berlaku. Stnadar prosedur operasional disusun didasarkan atas kebijakan yang berlaku (Lumenta, 2012)

2.3 Kepuasan Pasien

2.3.1 Definisi Kepuasan

Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat kinerja layanan yang diperolehnya setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2006) . Kepuasan (*Satisfaction*) adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan kinerja (hasil) produk yang dipikirkan terhadap kinerja (atau hasil) yang diharapkan. Jika kinerja berada di bawah harapan maka pelanggan tidak puas. Jika kinerja memenuhi harapan maka pelanggan puas. Jika kinerja melebihi harapan maka pelanggan amat puas atau senang (kotler, 2006). Menurut (C. Lovelock & Wirtz, 2011) “Kepuasan adalah suatu

sikap yang diputuskan berdasarkan pengalaman yang didapatkan. Kepuasan merupakan penilaian mengenai ciri atau keistimewaan produk atau jasa, atau produk itu sendiri, yang menyediakan tingkat kesenangan konsumen berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan konsumsi konsumen. Kepuasan konsumen dapat diciptakan melalui kualitas, pelayanan dan nilai. Kunci untuk menghasikan kesetiaan pelanggan adalah memberikan nilai pelanggan yang tinggi.

Nilai pelanggan adalah perbandingan pelanggan antara semua keuntungan dan semua biaya yang harus dikeluarkan untuk menerima penawaran yang diberikan. Jumlah biaya pelanggan adalah sekelompok biaya yang digunakan dalam menilai, mendapatkan dan menggunakan produk atau jasa (P. Lovelock & Armstrong, 2012).

Agar suatu organisasi bisnis seperti perusahaan dapat berkembang, tumbuh, atau paling tidak bertahan hidup (*survive*), organisasi tersebut harus mampu menghasilkan produk (barang/jasa) yang mutunya lebih baik, harga lebih murah, pengerahan lebih cepat, dan pelayanan lebih baik dari pesaingnya (Supranto, 2000) dalam (Wahyudi, 2017). Pelanggan yang puas akan membeli berkali-kali, mengajak orang lain membeli, bercerita tentang hal yang bagus mengenai produk atau perusahaan yang menghasilkan produk. Penjualan akan meningkat dan pada akhirnya laba perusahaan akan meningkat.

Menurut beberapa pendapat diatas kepuasan merupakan suatu tingkat perasaan yang dimiliki seseorang setelah membandingkan kinerja/hasil yang

dirasakannya dengan harapannya.

2.3.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pasien

Kepuasan itu bukan hanya sekedar puas (Tjiptono, 2015), dalam (Nurhayani & Sunaryo, 2019). Strategi pemasaran kontemporer kepuasan pelanggan dapat diwujudkan secara efektif yaitu diantaranya (Nurhayani & Sunaryo, 2019):

1. Ekspektasi pelanggan bersifat dinamis dan dibentuk oleh banyak faktor diantaranya pengalaman di masa lalu, opini teman kerabat serta informasi dan promosi maupun para pesaing.
2. Tidak semua pelanggan sama nilainya, oleh karena itu dibutuhkan segmentasi strategi yang memfasilitasi pemilihan segmen khusus untuk keperluan *relationship marketing* (RM) jangka panjang namun relasi masih bersifat searah.
3. Strategi ‘membeli’ loyalitas pelanggan kadang kala justru berpotensi merugikan perusahaan, apabila yang disasar adalah *switchable customer*. Kelompok ini suka beralih pemasok demi mencari tawaran ‘terbaik’ (termurah,berhadiah dan berfasilitas yang menarik).
4. Pemanfaatan teknologi untuk menggantikan, melengkapi dan atau menambah layanan perusahaan menghadapi kendala berupa isu privasi, *confidentiality*, tingkat melek teknologi, tingkat akses teknologi, kesiapan mengadopsi teknologi baru dan biaya akses teknologi.
5. Masih tingginya tingkat keangganan pelanggan tidak puas untuk melakukan komplain, ini mungkin disebabkan oleh faktor budaya, kurangnya

pengetahuan dan pengalaman konsumen dalam menyampaikan komplain, kesulitan dalam mendapatkan ganti rugi, nilai produk atau jasa yang dibeli relatif kecil dan persepsi terhadap rendahnya peluang keberhasilan dalam melakukan komplain.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Kepuasan Pasien Menurut (Nursalam, 2013), adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain:

1. Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

2. Harga

Harga yang termasuk di dalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3. Emosional

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih institusi pelayanan kesehatan yang sudah mempunyai pandangan, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

4. Kinerja

Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan

bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.

5. Estetika

Estetika merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh pancaindra. Misalnya: keramahan perawat, peralatan yang lengkap dan sebagainya.

6. Karakteristik produk.

Produk ini merupakan kepemilikan yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk meliputi penampilan bangunan, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

7. Pelayanan.

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Institusi pelayanan kesehatan dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Misalnya: pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

8. Lokasi.

Lokasi meliputi, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih institusi pelayanan

kesehatan. Umumnya semakin dekat lokasi dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien.

9. Fasilitas.

Kelengkapan fasilitas turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun institusi pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian pada fasilitas dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

10. Komunikasi.

Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

11. Suasana.

Suasana, meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat memengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut

12. Desain visual.

Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut menentukan suatu kenyamanan (Ardani, 2007). Faktor penentu tingkat pasien dan konsumen oleh karakteristik dari pasien tersebut yang merupakan ciri-ciri seseorang atau kekhasan seseorang yang membedakan orang yang satu dengan orang yang lain. Karakteristik tersebut berupa nama, umur, jenis kelamin, latar belakang, pendidikan, suku bangsa, agama, pekerjaan, dan lain-lain.

2.3.3 Dimensi Kepuasan Pesien

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang berorientasi pada kepuasan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pengguna jasa. Kepuasan pelanggan adalah pengukuran pelanggan atau pengguna produk perusahaan atau jasa sangat senang dengan produk-produk atau jasa yang diterima dalam Perilaku Konsumen sikap dan pemasaran (Firmansyah, 2019).

Kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan (Gerson, 2004). Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan – harapan (kotler, 2006). Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap yang diterima serta memenuhi harapan dan keinginannya.

Indikator ukuran kepuasan konsumen yang terletak pada lima dimensi kualitas pelayanan (Rangkuti, 2013) Kelima dimensi tersebut yaitu:

1. *Reliability*, ditandai dengan kemampuan dan keandalan untuk menyediakan pelayanan yang tepat dan benar serta terpercaya.
2. *Tangibels*, ditandai dengan penyediaan pelayanan berupa sarana fisik perkantoran, komputerisasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi, dan lain sebagainya.
3. *Responsiveness*, ditandai dengan kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap keinginan konsumen.
4. *Assurance*, ditandai dengan kemampuan dan keramahan serta sopan santun pegawai dalam meyakinkan kepercayaan konsumen.
5. *Emphaty*, ditandai dengan sikap tegas tetapi penuh perhatian dari pegawai terhadap konsumen.

2.3.4 Teori Kepuasan Pasien

Menurut Haryanti dan Hadi, ada dua teori dalam memahami kepuasan pada konsumen dalam hal ini terhadap pasien :

1. *The Expectancy Disconfirmation Model*

Kepuasan atau ketidakpuasan konsumen adalah hasil perbandingan antara harapan dan pra pembelian atau pemilihan atau pengambilan keputusan (*prepurchase expectation*) yaitu keyakinan kinerja yang diantisipasi dari suatu produk atau jasa dan dibandingkan dengan hasil yang diperoleh.

2. *Equity Theory*

Dikemukakan oleh Stacy Adams tahun 1960, dua komponen yang terpenting dari teori ini, yaitu apa yang di dapat (*inputs*) dan apa yang dikeluarkan (*outcomes*). Prinsip dari teori ini adalah bahwa orang akan merasa puas tergantung pada apakah ia merasakan keadilan (*equity*) atau tidak atas suatu situasi. Jika input dan outputnya sama apabila dibandingkan dengan input dan output orang/jasa yang dijadikan perbandingan maka kondisi itu disebut puas.

2.3.5 Aspek – aspek Kepuasan Pelanggan

Menurut (Ismainar, 2019) Departemen Kesehatan menjelaskan bahwa pelayanan prima seharusnya meliputi aspek – aspek berikut :

1. Kemudahan akses informasi (aspek kepuasan pengguna)
2. Pelaksanaan peraturan secara tepat, konsisten, dan konsekuen (aspek proses pelayanan)
3. Pelaksanaan hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan (aspek SDM dan kepuasan pelanggan)
4. Penanganan dan pendokumentasian kegiatan pelayanan dilakukan oleh tenaga yang berwenang/kompeten (aspek proses dan SDM)
5. Penciptaan pola pelayanan yang sesuai dengan sifat dan jenisnya sebagai efisiensi dan efektivitas (aspek SDM dan proses pelayanan)
6. Penetapan tarif sesuai dengan kemampuan masyarakat dengan mekanisme pungutan yang transparan serta adanya pengendalian dan pengawasan

yang cermat (aspek finansial dan kepuasan pelanggan). Tidak ada pembedaan dalam memberikan pelayanan serta pemerataan distribusi cakupan (aspek kepuasan pelanggan). Kebersihan fasilitas pelayanan dan lingkungan (aspek proses pelayanan). Sikap ramah dan sopan petugas serta meningkatkan kinerja secara kualitatif dan kuantitatif dengan kapasitas optimal (aspek kepuasan pelanggan dan proses SDM).

2.3.6 Mengukur Tingkat Kepuasan

Untuk mengetahui kepuasan yang dirasakan pelanggan atau penerima pelayanan maka diperlukan pengukuran. Menurut (Supranto, 2011), pengukuran tingkat kepuasan dimulai dari penentuan pelanggan, kemudian dimonitor dari tingkat kualitas yang diinginkan dan akhirnya merumuskan strategi. Lebih lanjut juga dikemukakan bahwa harapan pelanggan dapat terbentuk dari pengalaman masa lalu, komentar dari kerabat serta janji dan informasi dari penyedia jasa dan pesaing. Kepuasan pelanggan dapat digambarkan suatu sikap pelanggan, berupa derajat kesukaan (kepuasan) dan ketidaksukaan (ketidakpuasan) pasien terhadap pelayanan yang pernah dirasakan sebelumnya. Menurut (Kotler, 2006), ada beberapa metode dalam mengukur kepuasan pelanggan :

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas pada para pelanggannya untuk

menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telepon langsung dengan pelanggan.

2. *Ghost Shopping*

Memperkerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka.

3. *Lost customer analysis*

Perusahaan seharusnya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli agar dapat memenuhi mengapa hal itu terjadi.

2.3.7 Survey Kepuasan Pasien

Penelitian/*survey* dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden responden juga diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen. Melalui *survey* perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya.

2.3.8 Strategi Kepuasan

Menurut Mudie dan Cottam dalam (Rangkuti, 2011), menyatakan bahwa upaya mewujudkan kepuasan pasien sepenuhnya bukanlah hal yang mudah. Kepuasan pasien sepenuhnya tidak mungkin tercapai, sekalipun hanya untuk

sementara waktu. Namun upaya perbaikan atau penyempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi.

Menurut (Tjiptono, 2011), menyebutkan bahwa ada beberapa strategi yang dapat dipadukan untuk meraih dan meningkatkan kepuasan pasien, diantaranya

1. Strategi *Relationship Marketing*

2. Dalam strategi ini perusahaan (rumah sakit) menjalin suatu kemitraan dengan pasien secara terus menerus yang pada akhirnya akan menimbulkan kesetiaan pasien sehingga terjadi bisnis ulang. Agar *relationship marketing* dapat diaplikasikan perlu dibentuk data base pasien, yaitu daftar nama pasien untuk terus membina hubungan yang baik dalam jangka panjang. Dengan tersedianya informasi mengenai nama pasien, frekuensi kunjungan, puskesmas diharapkan dapat memuaskan pelanggannya yang pada gilirannya dapat menumbuhkan loyalitas pasien. Pasien yang loyal belum tentu puas, tetapi sebaliknya pasien yang puas cenderung untuk menjadi pasien yang loyal.

3. Strategi *Unconditional guarantees*

Strategi ini memberikan garansi atau jaminan istimewa secara mutlak yang dirancang untuk meringankan resiko atau kerugian dipihak pelanggan. Garansi tersebut menjanjikan kualitas prima dan kepuasan pasien yang optimal sehingga dapat menciptakan loyalitas pasien yang tinggi.

4. Strategi *Superior customer service*

Strategi yang menawarkan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan yang ditawarkan oleh pesaing. Untuk mewujudkannya diperlukan dana

yang besar, kemampuan sumber daya manusia, dan usaha yang gigih diperlukan agar perusahaan dapat menciptakan standard pelayanan yang lebih tinggi pada jasa yang ditawarkan.

5. Strategi penanganan keluhan yang efektif

Penanganan keluhan yang baik berpeluang mengubah seorang pelanggan yang tidak puas menjadi pelanggan yang puas. Ini adalah strategi menangani keluhan pelanggan dengan cepat dan tepat, dimana perusahaan harus menunjukkan perhatian, keprihatinan dan penyesalannya atas kekecewaan pelanggan agar pelanggan tersebut dapat kembali menggunakan produk/jasa perusahaan tersebut. Proses penanganan keluhan pelanggan yang efektif dimulai dari identifikasi dan penentuan sumber masalah menyebabkan pelanggan tidak puas dan mengeluh.

6. Strategi peningkatan kinerja pelayanan

Rumah sakit menerapkan strategi yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan, memberikan pendidikan dan pelatihan kepada pihak manajemen dan karyawan, memasukkan unsur kemampuan memuaskan pelanggan ke dalam sistem penilaian prestasi kerja karyawan (Rangkuti, 2013).

2.3.9 Standar Pelayanan Minimal

Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur

pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Standar pelayanan minimal Rumah sakit dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standard pelayanan minimal Rumah Sakit. Standard pelayanan minimal standard pelayanan gawat darurat, dengan indikator :

- 1) Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa, standar 100%.
- 2) Jam buka pelayanan gawat darurat, standar 24 jam.
- 3) Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS / PPGD / GELS / ALS), standar 100%.
- 4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana, standar 1 tim.
- 5) waktu tanggap pelayanan dokter dan perawat instalasi gawat darurat, standar \leq 5 menit terlayani setelah pasien datang.
- 6) Kepuasan pelanggan, standar \geq 70%.
- 7) Kematian pasien \leq 24 jam, standar \leq 2 per 1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam).
- 8) Khusus untuk RS jiwa, pasien dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam, standar 100%.
- 9) Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka, standar 100%.

Pelayanan kegawatdaruratan merupakan hak asasi sekaligus kewajiban yang harus diberikan perhatian penting oleh setiap orang. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang di berikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga

dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan peningkatan sarana, prasarana, sumber daya manusia, dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai standar (Menkes, 2008)

2.4 Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.4.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat

Pelayanan Instalasi/Unit Gawat Darurat adalah salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit. Setiap rumah sakit pasti memiliki layanan IGD/UGD yang melayani pelayanan medis 24 jam. Tujuan dari pelayanan gawat darurat ini adalah untuk memberikan pertolongan pertama bagi pasien yang datang dan menghindari berbagai resiko, seperti : kematian, menanggulangi korban kecelakaan, atau korban bencananya yang langsung membutuhkan tindakan (Setiawan & Supriyanto, 2019).

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di rumah sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen Pemerintah Daerah untuk membantu Pemerintah Pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan life saving tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat harus dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD.

Beberapa pendapat diatas Instalasi Gawat Darurat merupakan suatu pelayanan yang harus dimiliki oleh rumah sakit sebagai standar untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

2.4.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawatdarurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Dari latar belakang tersebut perlu adanya suatu standar dalam memberikan pelayanan gawatdarurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu Semua itu dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar.

Adapun prinsip umum pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit adalah : Kepmenkes RI Nomor 856 Tahun 2009, sebagai berikut :

1. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*)
- 1 Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

3. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
4. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
5. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD
6. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
7. Setiap Rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

2.4.3. Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat

Klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) terdiri dari :

1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standard minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standard minimal untuk Rumah Sakit Kelas B
3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standard minimal untuk Rumah Sakit Kelas C
4. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standard minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

Kuisisioner kepuasan pasien dibuat dalam bentuk Skala Likert dengan pilihan jawaban sebagai berikut:

Tabel 2.1 Skoring kepuasan pasien dalam Bentuk Skala Likert

Jawaban	Scoring
Sangat puas	5
Puas	4
Cukup puas	3
Tidak puas	2
Sangat tidak puas	1

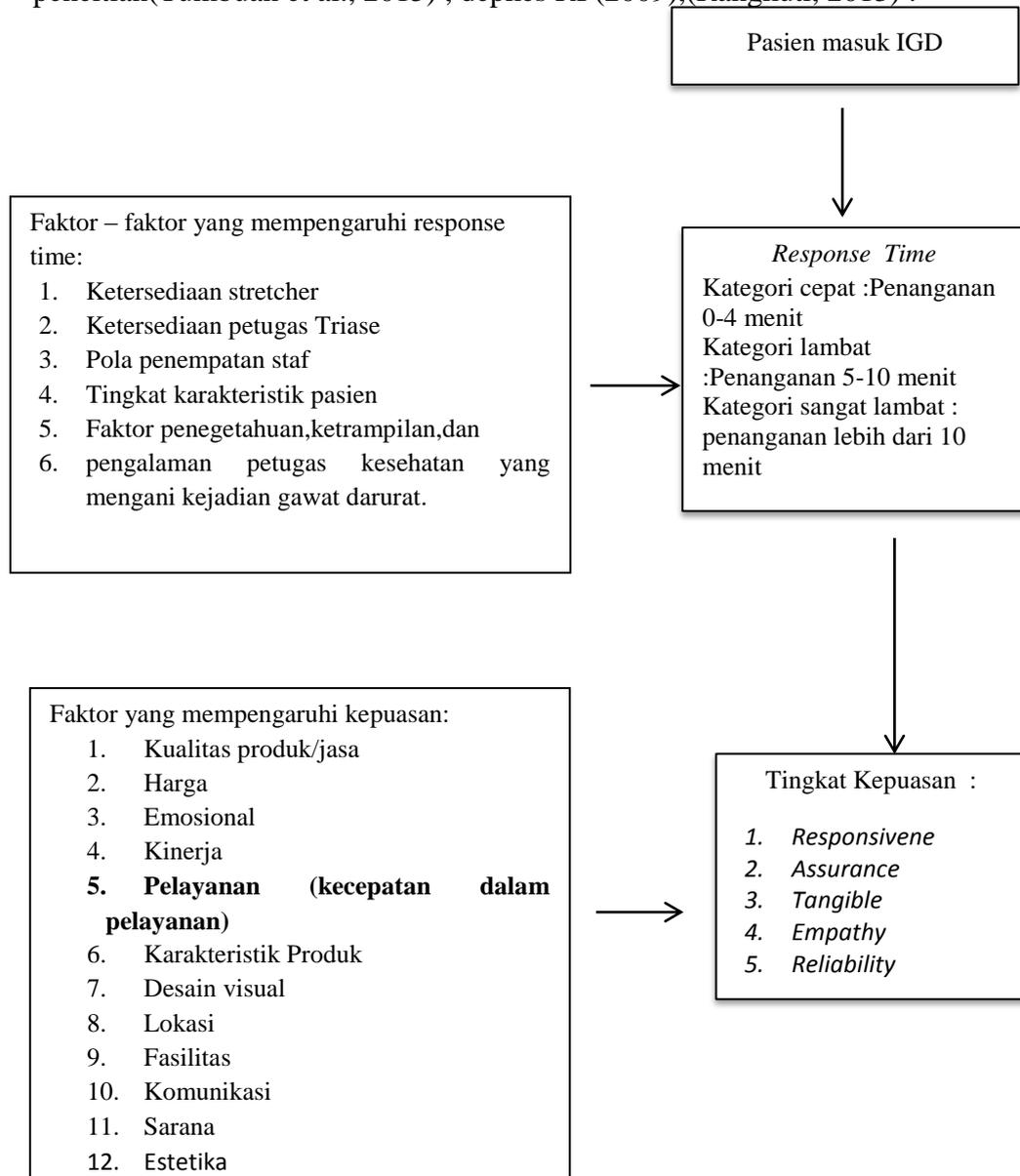
(Nursalam, 2017)

Setelah didapatkan nilai responden, dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Untuk setiap pernyataan, respon yang diberikan responden diberi skor dan dijumlahkan.
- 2) Membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor.

2.5 Kerangka Teori

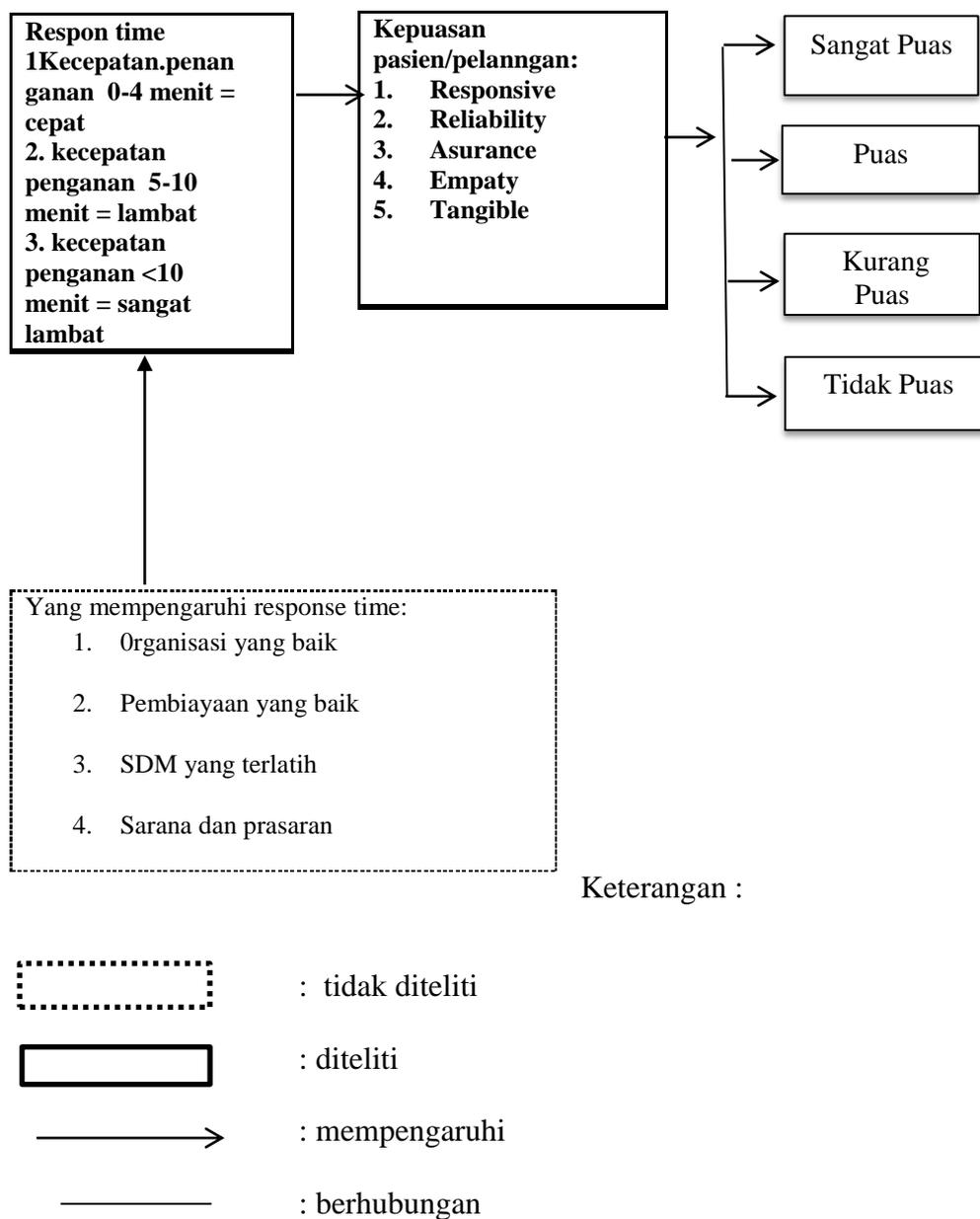
Kerangka teori ini diambil dari berbagai sumber diantaranya adalah penelitian (Tumbuan et al., 2015), depkes RI (2009), (Rangkuti, 2013) :



Gambar 2.2 Kerangka Teori Response Time petugas kesehatan dengan kepuasan pasien di Triase kuning Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Anwar Medika Krian

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini diambil dari beberapa sumber antara lain (Rangkuti, 2013), Depkes, (2009), (Nursalam, 2013)



Gambar 2.3 Kerangka Konsep dari Hubungan Response Time petugas kesehatan dengan kepuasan pasien diTriase IGD Rumah Sakit Anwar Medika Krian, (Rangkuti, 2013) dan Depkes RI (2009)

Berdasarkan kerangka konsep di atas. Pasien datang yang datang IGD sampai waktu mendapatkan pelayanan ditentukan *response time* dimana pasien mendapatkan kecepatan dan ketepatan penanganan dalam memberikan pelayanan di IGD. Faktor yang mempengaruhi *respon time* antara lain organisasi yang baik, sarana dan prasarana yang memadai, SDM yang terlatih, dan pembiayaan yang baik. Jika *response time* baik (< 5 menit sudah mendapatkan pelayanan) maka akan terjadi kepuasan pasien. Sedangkan kepuasan pasien terbagi menjadi lima dimensi yaitu *responsive, tangiabel, assurance, dan empathy*

2.7 Hipotesis penelitian

H1 : Ada hubungan *response time* petugas kesehatan dengan kepuasan pasien di triase kuning IGD Rumah Sakit Anwar Medika Krian.