**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **KONSEP DASAR *RESPONSE TIME* PERAWAT**

**2.1.1 Definisi *Response Time* (Waktu Tanggap)**

*Response Time* adalah kecepatan dalam penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai mendapatkan tanggapan dari petugas IGD (Suhartati, 2011). *Response Time* atau waktu tanggap perawat adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pelayanan dari perawat yang sesuai dengan penyakitnya (Depkes RI, 2010). Waktu tanggap gawat darurat merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas Instalasi Gawat Darurat (Sudaryanto, 2008). Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang di perlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Sudaryanto, 2008).

Waktu tanggap di Instalasi Gawat Darurat (IGD) semua rumah sakit yang telah terakreditasi harus memiliki kecepatan dan ketepatan yang baik. Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawat daruratan penyakitnya sejak memasuki pintu IGD (Rissamdani, 2015).

Kecepatan yaitu suatu kemampuan untuk pelayanan yang cepat (*responsive*). Pelayanan adalah suatu bagian atau urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain, sedangkan melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang. Pelayanan cepat menentukan kepuasan pasien. Berapa lama pasien harus menunggu di loket pendaftaran hingga mendapatkan kartu, demikian juga ketika menunggu untuk diperiksa dokter atau perawat. Kecepatan pelayanan yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan (Rissamdani, 2015).

Kecepatan pelayanan dalam hal ini adalah pelaksanaan tindakan atau pemeriksaan oleh dokter atau perawat dalam standar waktu yang telah ditetapkan dari pertama kedatangan pasien di IGD. Waktu tanggap pada system *realtime,* didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian (*internal* dan *eksternal*) sampai instruksi pertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi, disebut dengan *event response time*. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat (*emergency response time rate*) (Pisu, 2015*). Response time* juga didefinisikan sebagai waktu dari penerimaan panggilan sampai kedatangan ambulans pertama di tempat kejadian. Interval waktu di hitung dalam menit (Nehme et al, 2016).

 Menurut Depkes RI (2010) dinyatakan: bahwa yang menjadi salah satu indikator dari suatu mutu pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah waktu tanggap atau yang disebut *Response Time.* Menurut Menteri Kesehatan RI No 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit, salah satu indikator pelayanan IGD adalah waktu tanggap (*Response Time)* di Gawat Darurat dengan standar kurang dari lima menit terlayani setelah pasien datang.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa *Response Time* (waktu tanggap) adalah kecepatan dalam penanganan pasien dihitung sejak pasien datang sampai mendapatkan tanggapan dari petugas IGD. *Response time* merupakan suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh Instalasi Gawat Darurat. Untuk standar waktu *response time* yaitu tidak lebih dari lima menit terlayani setelah pasien datang.

* + 1. **Faktor Faktor yang Mempengaruhi *Response Time***

Pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuanya sehingga dapat menjamin suatu penanganan yang tepat (Kepmenkes, 2009).

Malara T, dkk (2015) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi *response time* perawat dalam penanganan pasien gawat darurat, antara lain:

1. Ketersediaan *strecher.*

Ketersediaan *strecher* ini sangat dibutuhkan dalam mobilisasi pasien yang dapat berpengaruh pada *response time* perawat. Tidak tersedianya *strecher* saat dibutuhkan dapat berdampak buruk, karena pasien harus menunggu di depan pintu dan hal ini akan mempengaruhi kondisi pasien dan terlambat mendapatkan penanganan, selain itu pihak rumah bisa saja mendapat komplain dari pihak pasien atau keluarga pasien. Ketersediaan *strecher s*endiri dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kunjungan pasien yang banyak disaat bersamaan, jumlah *strecher* yang tidak memadahi, dan lain-lain.

1. Ketersediaan alat dan obat-obatan.

Alat dan obat-abatan merupakan salah satu komponen yang dibutuhkan dalam penanganan pasien. Tidak tersedianya alat atau obat-obatan saat dibutuhkan akan mempengaruhi penanganan terhadap pasien dan dapat berdampak buruk terhadap kondisi pasien karena bisa menjadikan *response time* perawat menjadi lambat. Ketersediaan alat atau obat-obatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti manajemen rumah sakit.

1. Beban kerja.

Beban kerja merupakan salah satu faktor dari *response time*, beban kerja yang berat ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya jumlah perawat yang tidak memadahi, jumlah pasien yang banyak, dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan, menuntut ketrampilan khusus, dan lain-lain.

 Menurut Wa Ode, dkk (2012) mengatakan ada beberapa faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus di UGD adalah ketersediaan *stretcher,* ketersediaan petugas, pola penempatan staf, tingkat karakteristik pasien, faktor pengetahuan, keterampilan dan pengalaman petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan 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 meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009). *Canadian of Association Emergency Physician* (2012) menyatakan bahwa: kurangnya *stretcher* untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap kedatangan pasien baru yang mungkin saja dalam kondisi yang sangat kritis.

Menurut Widodo (2015), ada beberapa faktor yang mempengaruhi *response time* perawat , yaitu:

1. Kompetensi perawat

Kompetensi perawat terdiri dari kompetensi perilaku dan kompetensi teknis. Untuk menjamin pelayanan yang cepat dan tepat maka perawat harus mempunyai kompetensi tersebut.

1. Sarana dan prasarana

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana (fasilitas kesehatan). Jika sarana dan prasarana sesuai dengan standar. Perawat akan cepat dan tepat pula dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

1. Pengetahuan dan keterampilan.

Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa pengetahuan dan keterampilan sangat penting, semakin tinggi pengetahuan dan keterampilan maka akan semakin baik pada pelayanan yang akan diberikan. Selain itu jika perawat mempunyai pengetahuan dan keterampilan maka perawat akan lebih cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

 Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa tercapainya standar *Response Time* perawat dalam pelayanan di IGD dipengaruhi oleh ketersediaan sarana prasarana, SDM dan sistem manajemen IGD yang baik.

* + 1. **Klasifikasi *Response time* berdasarkan kegawatan**

 Pasien yang berkunjung ke fasilitas pelayanan gawat darurat datang dengan tingkat kegawatdaruratan yang berbeda prioritas 1 untuk yang benar-benar gawat darurat atau *true emergensi* (label merah) dengan *response time* 0-5 menit, prioritas 2 (label kuning) pasien gawat tetapi tidak darurat atau *urgent* dengan *response time* maksimal 15 menit, prioritas 3 (label hijau) pasien tidak gawat maupun darurat atau *false emergency* dengan *response time* maksimal 30 menit. Semua pasien prioritas 1 tidak bisa menunggu dan butuh penanganan langsung (*Zero minute response*) ( Permenkes, 2018)

* + 1. **Pengukuran *Response Time***

Pengukuran untuk tercapainya sebuah standar pelayanan dapat di evaluasi dari waktu ke waktu dan dapat di pakai sebagai tolak ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif terhadap perubahan dari standar atau target yang telah di tetapkan sebelumnya dengan selalu memperhatikan hubungan kerjasama para pelaksanaan pelayanan dari dokter, tenaga kesehatan dan tenaga lain yang bekerja di rumah sakit**.**

Menurut Permenkes (2018), pengukuran *response time* perawat pada label kuning dapat di kategorikan dengan:

1. Kecepatan penanganan 0-5 menit: sangat cepat
2. Kecepatan penanganan > 5-15 menit: cepat
3. Kecepatan penanganan > 15 menit.: lambat.

**2.1.5. Dampak *Response Time***

Dampak *response time* yang kurang tepat dapat menyebabkan kerusakan organ-organ, selain itu seseorang dapat kehilangan nyawa dalam hitungan menit saja, karena berhenti napas 2-3 menit saja manusia dapat mengakibatkan kematian (Sutawijaya, 2009). *Response time* yang diberikan perawat untuk menolong pasien memerlukan standar yang sesuai dengan kemampuan dan kompetensi, sehingga dapat menjamin suatu penanganan yang cepat dan tepat. Untuk standar waktu *response time* tidak lebih dari lima menit (Suhartati et al, 2011).

 Menurut Kepmenkes (2009*) response time* yang lambat dapat menyebabkan luasnya kerusakan organ, selain itu *response time* juga dapat menentukan keadaan semakin membaik atau memburuknya keadaan pasien. *Response time* sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya dengan pasien dengan kategori triase merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ-organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan dan *response time* yang cepat dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan yang dirasakan oleh keluarga pasien ditunjang juga dengan sikap peduli atau *emphaty* dan keramahan juga komunikasi yang baik antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan khususnya perawat (Purba, et al, 2015).

* 1. **KONSEP DASAR KEPUASAN PASIEN**

 **2.2.1. Definisi Kepuasan.**

Kepuasan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya. Jadi kepuasan pelanggan adalah hasil dari akumulasi konsumen atau pelanggan dalam menggunakan produk atau jasa (Irawan, 2003 dalam Nursalam 2015). Sedangkan menurut Kotler (2003) kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapan.

Woodruuf dalam Nursalam tahun 2015 mendefinisikan : kepuasan sebagai model kesenjangan antara harapan (standart kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan. *Comparison standard* ialah standar yang digunakan untuk menilai ada tidaknya kesenjangan antara apa yang dirasakan pasien dengan standar yang ditetapkan. Standar dapat berasal dari hal-hal berikut:

1. Harapan pasien

 Bagaimana pasien mengharapkan produk/ jasa yang seharusnya dia terima.

1. Pesaing,

Pasien mengadopsi standar kinerja pesaing rumah sakit untuk kategori produk/ jasa yang sama sebagai standar perbandingan.

1. Kategori produk/ jasa lain.
2. Janji promosi dari rumah sakit
3. Nilai/ norma industri kesehatan yang berlaku (Supriyanto dan Ratna, 2007).

 Berdasarkan pada beberapa pendapat dari para pakar diatas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap hasil yang diterima serta memenuhi harapan dan keinginannya.

* + 1. **Kepuasan Pasien.**

Pasien adalah makhluk Bio- Psiko- Sosio- Ekonomi- Budaya, artinya pasien memerlukan terpenuhinya kebutuhan, keinginan dan harapan dari aspek biologis (kesehatan), aspek psikologis (kepuasan), aspek sosio-ekonomi (papan, sandang, pangan dan afiliasi sosial), dan aspek budaya. Siapapun yang mengetahui secara khusus kebutuhan, keinginan ataupun harapan pasien, maka dialah yang mempunyai keuntungan berhubungan dengan pasien (Nursalam, 2015).

Kepuasan pasien terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, harapan pasien dapat terpenuhi. Kepuasan juga merupakan tingkat perasaan seseorang atau masyarakat setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya (Pohan, 2007). Kepuasan pasien adalah perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan, kepuasan pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan dan kepuasan adalah suatu modal untuk mendapatkan pasien lebih banyak lagi dan untuk mendapatkan pasien yang loyal (setia). Pasien yang loyal akan menggunakan kembali pelayanan kesehatan yang sama bila mereka membutuhkan lagi. Bahkan telah diketahui bahwa pasien loyal akan mengajak orang lain untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang sama (Nursalam, 2015).

Pasien yang loyal adalah sarana promosi yang murah. Memiliki pasien yang loyal akan meningkatkan daya jual institusi pelayanan kesehatan, demikian juga kemampuannya untuk berlaba. Dengan demikian subsidi silang untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun imbalan yang diberikan pada seluruh SDM di Institusi pelayanan kesehatan tersebut juga akan dapat lebih meningkat, kesejahteraan meningkat, gairah kerja tenaga kesehatan semakin meningkat termasuk kemauan untuk meningkatkan kepuasan pelanggannya. Kinerja akan semakin meningkat di mana pelayanan kepada pasien menjadi semakin baik, akibatnya pasien akan menjadi semakin puas dan bila pasien tersebut membutuhkan pelayanan kesehatan lagi dia akan menggunakan kembali pelayanan yang sama (Nursalam, 2015).

Pelanggan loyal tidak sensitif terhadap tarif. Dalam jangka panjang pelanggan loyal akhirnya akan memberikan profitabilitas rumah sakit. Oleh karena itu kepuasan merupakan aset berharga. Namun dalam upaya memuaskan pelanggan, juga harus tetap memperhatikan ukuran aspek yang lain, sehingga tidak terjadi *over investment* (biaya upaya memuaskan pelanggan lebih besar dari pendapatan) (Nursalam, 2015).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah persepsi pasien terhadap kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan harapannya.

* + 1. **Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien**

Menurut Nursalam (2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

1. Kualitas produk atau jasa

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi konsumen terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa yang sesungguhnya dan komunikasi perusahaan terutama iklan dalam mempromosikan rumah sakitnya.

1. Harga

Harga yang harus termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting 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.

1. 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.

1. 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.

1. Estetika

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

1. 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.

1. Pelayanan

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

1. 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 pertokoan atau mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien.

1. Fasilitas

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

1. 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.

1. Suasana

Suasana, meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi 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 akan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut.

1. Desain visual

Meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut menentukan suatu kenyamanan (Nursalam, 2015).

Kepuasan pasien juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor lain yang terkait dengan jasa pelayanan, diantaranya adalah pendekatan dan perilaku petugas, mutu informasi yang diterima, dan perawatan yang diterima. Pendekatan dan perilaku perawat merupakan pengaruh yang sangat kuat terhadap kepuasan klien, karena melalui pendekatan dan perilaku perawat yang baik akan meningkatkan penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan yang diberikan (Wijono, 2010).

Menurut Supriyanto S (2007) dalam Nursalam (2015) ada beberapa faktor yang berpengaruh pada kepuasan konsumen. Secara garis besar dikategorikan dalam lima kategori yaitu :

1. *Product Quality*

Bagaimana konsumen akan merasa puas atas produk barang yang digunakan. Beberapa dimensi yang membentuk kualitas produk barang adalah *performance, reliability, conformance, durability, feature* dan lain-lain.

1. *Service Quality*

Bagaimana konsumen akan puas dengan jasa yang telah dikonsumsinya. Dimensi *service quality* yang lebih dikenal dengan servqual meliputi 5 dimensi yaitu *tangible, reliability, assurance, empathy, responsiveness*. Skala nilai dinyatakan dengan skala 1-5. Skala 1 adalah tidak puas dan skala 5 adalah puas. Nilai rerata skala adalah nilai skor (skor = jumlah n pengukuran dikatakan skala).

1. *Emotional Factor.*

Keyakinan dan rasa bangga terhadap produk, jasa yang digunakan dibandingkan pesaing. *Emotional factor* diukur dari *preceived best score*, artinya persepsi kualitas terbaik dibandingkan pesaingnya.

1. *Price.*

Harga dari produk jasa yang diukur dari *value* (nilai) manfaat dibandingkan biaya yang dikeluarkan konsumen. Harga adalah harga pelayanan medis *(medical care*) yang harus dibayar konsumen (*Price is that which is given is an exchange to aquire a good or service)*

1. *Cost of Aquaring*

Biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan produk atau jasa.

* + 1. **Penyebab Ketidakpuasan Pasien**

Menurut Rangkuti (2003) dalam Nursalam (2015), ada enam faktor yang menyebabkan timbulnya rasa tidak puas pelanggan terhadap suatu produk, yaitu:

1. Tidak sesuai harapan dan kenyataan.
2. Layanan selama proses menikmati jasa tidak memuaskan.
3. Perilaku personal kurang memuaskan.
4. Suasana dan kondisi fisik lingkungan yang tidak menunjang.
5. *Cost* terlalu tinggi karena jarak terlalu jauh, banyak waktu terbuang dan harga tidak sesuai.
6. Promosi/ iklan tidak sesuai dengan kenyataan.

Menurut Parasuraman (1985) dalam Muninjaya (2011), faktor yang menyebabkan timbulnya rasa tidak puas pelanggan terhadap suatu produk karena adanya kesenjangan. Kesenjangan tersebut adalah :

1. Kesenjangan antara harapan pengguna jasa dan persepsi manajemen.

Manajemen institusi pelayanan kesehatan belum mampu secara tepat mengidentifikasi dan memahami harapan para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

1. Kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kualitas jasa.

Kesenjangan akan terjadi jika pemahaman manajemen RS atau Puskesmas tentang harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak diterjemahkan menjadi aksi nyata yang spesifik. Misalnya standar operasional pelayanan belum disesuaikan dengan harapan pengguna jasa yang semakin menuntut pelayanan yang bermutu (cepat, ramah, tepat, dan biaya terjangkau)

1. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas jasa dan penyampaianya.

Standar pelayanan dan cara penyampaian jasa sudah tersusun dengan baik, tetapi muncul kesenjangan karena staf pelaksana pelayanan di garis depan seperti perawat, bidan dan dokter umum di sebuah rumah sakir belum mendapat pelatihan khusus tentang teknik penyampaian jasa pelayanan tersebut. Akibatnya jasa pelayanan yang ditawarkan kepada pasien tidak sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh komite medik rumah sakit tersebut.

1. Kesenjangan antara penyampaian jasa dan harapan pihak eksternal.

Harapan penggunaan jasa sangat dipengaruhi oleh cara staf dan manajemen rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat calon pengguna jasanya. Cara seperti ini akan memunculkan kesenjangan. Harapan pengguna jasa pelayanan kesehatan yang sudah mulai terbentuk melalui pemasaran tidak dapat terpenuhi karena pelayanan teknis medis dan kelengkapan mutu pelayanan berbeda dengan ekspektasi mereka.

1. Kesenjangan antara jasa yang diterima pengguna dan yang diharapkan.

Kesenjangan ini terjadi jika konsumen mengukur kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda, termasuk persepsi pengguna yang berbeda terhadap kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diharapkan.

* + 1. **Unsur-Unsur Kepuasan Pasien**

Menurut Parasuraman (2001) dalam Nursalam (2015) mengemukakan konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan pasien ditentukan oleh lima unsur yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “ RATER”, yaitu:

1. *Responseveness* / daya tanggap

Pemberian pelayanan diperlukan kemampuan daya tanggap dari setiap petugas sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Kualitas pelayanan daya tanggap merupakan suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, supaya orang yang diberi penjelasan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, maka diperlukan unsur kualitas pelayanan daya tanggap, yaitu;

1. Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai bentuk pelayanan.
2. Memberikan penjelasan secara mendetail.
3. Memberikan pembinaan bentuk pelayanan yang dianggap masih kurang.
4. Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti berbagai ketentuan pelayanan yang harus dipenuhi.
5. Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan, berlawanan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.
6. *Assurance /* jaminan

Bentuk pelayanan yang diberikan membutuhkan suatu jaminan dari petugas yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima layanan merasa puas. Jaminan pelayanan yang diberikan sangat ditentukan oleh kinerja pelayanan yang handal, mandiri dan profesional yang akan memberikan dampak kepuasan yang diterima oleh konsumen. Suatu organisasi mampu memberikan kualitas layanan yang dapat dijamin harus sesuai dengan:

1. Mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan dengan cepat, tepat, mudah, lancar dan berkualitas.
2. Mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk integritas kerja, etos kerja dan budaya kerja.
3. Mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan.
4. *Tangible/* bukti fisik

 Bukti fisik dalam kualitas pelayanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan dan diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan. Kualitas layanan fisik dapat diaplikasikan dilingkungan kerja dapat dalam bentuk:

1. Kemampuan menunjukkan prestasi kerja pelayanan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja secara efisien dan efektif.
2. Kemampuan menunjukkan penguasaan teknologi dalam berbagai akses data dan perkembangan dunia kerja yang dihadapi.
3. Kemampuan menunjukkan integritas diri dengan penampilan yang cakap, wibawa dan dedikasi kerja.
4. *Empathy/* empati

Pelayanan berjalan lancar dan berkualitas bila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki rasa empati atau memiliki komitmen yang sama dalam pelayanan. Bentuk empati dalam pemberian pelayanan terhadap konsumen dapat diwujudkan dalam lima hal, yaitu :

1. Mampu memberikan perhatian terhadap berbagai bentuk pelayanan yang diberikan.
2. Mampu memberikan keseriusan atau aktivasi kerja pelayanan yang diberikan, sehingga memberikan kesan pengguna pelayanan bahwa ada tanggapan pelayanan yang diinginkan.
3. Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan, sehingga memiliki wibawa atas pelayanan yang diberikan.
4. Mampu menunjukkan pengertian yang mendalam terhadap berbagi hal yang diungkapkan, sehingga penerima pelayanan merasakan lega.
5. Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan atas berbagai hal, sehingga penerima pelayanan merasakan tertolong dalam kesulitan pelayanan.
6. *Reliability /* keandalan

Bentuk pelayanan yang handal berarti dalam memberikan pelayanan, setiap perawat memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga aktifitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan. Keandalan petugas yang berprestasi dapat dilihat sebagai berikut:

1. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerja.
2. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja yang dimiliki dalam menjalankan aktifitas pelayanan yang efisien dan efektif.
3. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja yang dimiliki, sehingga menguasai uraian kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah dan berkualitas.
4. Keandalan dalam mengaplikasikan penguasan teknologi untuk memberikan pelayanan yang akurat dan memuaskan.

Inti dari konsep kualitas layanan adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan orang-orang yang menerima pelayanan sesuai dengan daya tanggap (*responsiveness,),* menumbuhkan adanya jaminan (*assurance)*, menunjukkan bukti fisik (*tangible*) yang dilihatnya, menurut empati (*empathy)* dari orang-orang yang memberikan pelayanan sesuai dengan keandalannya (*reliability)* menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan.

Berdasarkan inti dari konsep kualitas layanan” RATER” kebanyakan organisasi kerja yang menjadikan konsep ini sebagai acuan dalam menerapkan aktualisasi layanan dalam organisasi kerjanya, dalam memecahkan berbagai bentuk kesenjangan atas berbagai pelayanan yang diberikan oleh pegawai dalam memenuhi tuntutan pelayanan masyarakat.

Penilaian kepuasan juga berpengaruh dari kondisi pasien itu sendiri yang meliputi;

1. Usia pasien

Menurut Levinson (1978) dalam Patricia (2005), fase-fase perkembangan dewasa awal dan tengah terbagi menjadi :

1. Awal transisi dewasa (usia 18-20 tahun), yaitu seseorang berpisah dari keluarga dan merasakan kebebasan.
2. Memasuki dunia kedewasaan (usia 21-27 tahun) yaitu seseorang menyiapkan dan mencoba karier dan gaya hidup.
3. Masa transisi (usia 28-32 tahun), yaitu seseorang memodifikasi aktifitas kehidupannya dan memikirkan tujuan masa depan.
4. Masa tenang (usia 33-39 tahun), yaitu seseorang mengalami stabilitas yang lebih besar.
5. Tahun keberhasilan (usia 40-65 tahun), yaitu waktu pengaruh maksimal membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri.
6. Kondisi kesadaran pasien
7. Lama pasien menjalani perawatan di rumah sakit
	* 1. **Dampak Ketidakpuasan Pasien**

Munculnya ketidakpuasan pasien dalam menerima pelayanan keperawatan karena terjadinya kesenjangan antara harapan pasien dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakan sewaktu menggunakan layanan kesehatan (Pohan, 2007).

Kesenjangan tersebut dapat dinyatakan oleh pengguna jasa dengan emosi (marah) dan memberikan laporan kepada bagian rumah sakit yang bersangkutan, melakukan tindakan tidak datang lagi, pindah rumah sakit, dan mungkin menjelek-jelekkan rumah sakit tersebut (Ratna S, 2007)

Dampak ketidakpuasan pasien dalam menerima pelayanan keperawatan akan mengakibatkan pasien marah, komplain, pasien tidak akan datang lagi kerumah sakit atau pindah rumah sakit, dan mungkin akan menjelek-jelekkan rumah sakit tersebut. Hal ini akan mengakibatkan menurunya jumlah kunjungan pasien dan akan menurunkan citra rumah sakit (Nursalam, 2015).

* + 1. **Pengukuran Tingkat Kepuasan**

Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam penyediaan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan efisien. Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam pengembangan suatu system penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi dan sasaran (Hadisugito, 2005).

 Bila pelanggan tidak puas atau kecewa, harus segera diketahui faktor penyebabnya dan segera dilakukan koreksi atau perbaikan. Tanpa adanya tindakan untuk melakukan koreksi atau perbaikan hasil pengukuran tingkat kepuasan pelanggan menjadi tidak bermamfaat. Padahal tujuan pengukuran tingkat kepuasan pelanggan adalah untuk dapat segera mengetahui faktor-faktor yang membuat para pelanggan tidak puas, dapat segera diperbaiki, sehingga pelanggan tidak kecewa (Nursalam, 2015).

Tingkat kepuasan adalah merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi pemasaran dan saingannya. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitive terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan. Untuk menciptakan kepuasan pelanggan, perusahaan harus menciptakan dan mengelola suatu system untuk memperoleh pelanggan yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pelanggannya (Nursalam, 2015).

Menurut Kotler (2003) dalam Nursalam (2015), ada beberapa cara mengukur kepuasan pelanggan :

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelanggannya untuk menyampaikan saran dan keluhan. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telepon langsung dengan pelanggan.

1. *Ghost shopping /* Pembeli bayangan.

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

1. *Lost customer analysis /* Analisis kehilangan pelanggan.

Rumah sakit seyogianya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti menggunakan jasa pelayanan agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi.

1. Survei kepuasan pelanggan

Penelitian survei dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga dapat diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajad pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen (*importanse/performance ratings*). Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa rumah sakit menaruh perhatian terhadap para pengguna jasa pelayanannya. Pengukuran kepuasan pasien melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya;

1. *Directly reported satisfaction*, pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan.
2. *Derived dissatisfaction*, pertanyaan yang diajukan menyangkut dua hal utama, yakni besarnya harapan pasien terhadap atribut tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan.
3. *Problem analisis*, yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok. Pertama masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari perusahaan. Kedua, saran-saran untuk melakukan perbaikan.
4. *Importance performance analysis,* responden diminta untuk merangking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan derajad pentingnya setiap elemen tersebut.

Pengumpulan data survei kepuasan pasien dapat dilakukan dengan berbagai cara tetapi pada umumnya dilakukan melalui kuesioner dan wawancara. Lebih lanjut ditambahkan bahwa penggunaan kuesioner adalah cara yang paling sering digunakan karena mempunyai beberapa keuntungan, seperti proses yang mudah dan murah, menghasilkan data yang telah terstandarisasikan, dan terhindar dari bias pewawancara (Pohan, 2007).

Menurut Rangkuti (2003) dalam Nursalam 2015, ada beberapa teknik pengukuran tingkat kepuasan pasien yaitu:

1. Teknik Rating (*rating scale)*

Teknik ini menggunakan *directly reported satisfaction, simple rating, semantic* *difference technique* (metode berpasangan).

1. Teknik pengukuran langsung

Teknik pengukuran langsung menanyakan pasien atau pasien tentang kepuasan terhadap atribut. Teknik ini mengukur secara objektif dan subjektif. Objektif bila stimulus jelas, langsung bisa diamati, dan dapat diukur. Sebaliknya subjektif bila rangsangan stimuli sifatnya intangible dan sulit ditentukan. Teknik ini banyak dipakai pada teori kepuasan yang menggunakan *stimuno value judgement reaction.*

1. Metode berpasangan

Metode berpasangan menyediakan beberapa objek yang harus dinilai, kemudian individu tersebut disuruh memilih pasangannya. Metode berpasangan sering dipakai karena lebih mudah menentukan pilihan antar kedua objek pada satu waktu yang bersamaan. Misalnya, tingkat tanggap (*response)* perawat terhadap keluhan pasien.

Menurut Pasuraman (2001), mengidentifikasi lima kelompok karekteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa layanan, antara lain:

1. Kenyataan, yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan materi, komunikasi yang menarik, dan lain-lain;
2. Empati, yaitu kesediaan karyawan dan pengusaha untuk memberikan perhatian secara pribadi kepada konsumen;
3. Cepat tanggap, yaitu kemauan dari karyawan dan pengusaha untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan dari konsumen.;
4. Keandalan, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya dan akurat dan konsisten.
5. Kepastian, yaitu berupa kemampuan karyawan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah dikemukakan kepada konsumen.
	* 1. **Klasifikasi Kepuasan**

Menurut Gerson (2004), untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan sebagai berikut :

1. Sangat memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk hubungan dengan dokter atau perawat) atau sangat cepat (untuk proses administrasi) yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas pelayanan yang paling tinggi.

1. Memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak kurang cepat (proses administrasi), atau kurang ramah, yang seluruhnya ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

1. Tidak memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah.

1. Sangat tidak memuaskan.

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak bersih (untuk sarana), lambat (untuk proses administrasi), dan tidak ramah. Seluruh hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan likert dikenal dengan istilah skala likert, kepuasan pasien dikategorikan menjadi sangat puas, puas, tidak puas dan sangat tidak puas. Kategori ini dapat dikuantifikasi misalnya ; sangat puas bobotnya 4, puas bobotnya 3, tidak puas bobotnya 2 dan sangat tidak puas bobotnya 1.

* 1. **KONSEP DASAR INSTALASI GAWAT DARURAT**

**2.3.1. Pengertian Instalasi Gawat Darurat**

Instalasi Gawat Daurat (IGD) rumah sakit adalah salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit) atau lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain, menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. IGD berfugsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana (Permenkes RI, 2018).

**2.3.2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.**

Instalasi Gawat Darurat mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis(Kepmenkes RI. 2010).

Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Sehingga setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki pelayanan kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk rumah sakit.
2. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan sesuai jam operasional.
3. Menangani pasien segera mungkin setelah sampai di fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Memberikan pelayanan kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
5. Proses triase untuk dipilah berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya,
6. Membuat alur masuk pasien dengan penyakit infeksius khusus atau yang terkontaminasi bahan berbahaya sebaiknya berbeda dengan pasien lain (Permenkes RI. 2018).

Secara garis besar kegiatan di IGD Rumah Sakit dan menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari:

1. Menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/ atau kecacatan pasien.
2. Menerima pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/ definitf dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
3. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan / definitif (Permenkes RI, 2018).

Menurut Permenkes RI (2018) IGD Rumah sakit harus dapat melaksanakan pelayanan, meliputi:

1. Triase.
2. Triase merupakan proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/ intervensi kegawatdaruratan.
3. Triase tidak disertai tindakan/ intervensi medis.
4. Prinsip triase diberlakukan sistem prioritas yaitu penentuan/ penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan :
5. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit.
6. Dapat mati dalam hitungan jam
7. Trauma ringan
8. Sudah meninggal.
9. Prosedur triase:
10. Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD
11. Di ruang triase dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya, dengan cara:
12. Menilai tanda vital dan kondisi umum pasien.
13. Menilai kebutuhan medis
14. Menilai kemungkinan dapat bertahan hidup
15. Menilai bantuan yang memungkinkan
16. Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase.
17. Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi kode warna:
18. Kategori merah: prioritas pertama (area resusitasi).

Pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Pasien kategori merah dapat langsung diberi tindakan di ruang resusitasi, tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan keruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain.

1. Kategori kuning: prioritas kedua (area tindakan).

Pasien memerlukan tindakan definitif tidak ada ancaman jiwa segera.

Pasien dengan kategori kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori merah selesai ditangani.

1. Kategori hijau: prioritas ketiga (area observasi)

Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan, dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Pasien dengan kategori hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka pasien diperbolehkan untuk dipulangkan.

1. Kategori hitam: prioritas nol.

Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi. Pasien kategori hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenasah.

1. Rumah sakit ( IGD) harus mampu:
2. Mengkategorikan status pasien, apakah masuk ke dalam kategori merah, kuning, hijau atau hitam berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Tindakan ini bedasarkan prioritas ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*).
3. Menilai ulang terus menerus (status triase karena kondisi pasien berubah maka dilakukan retriase).
4. Menggunakan *Tag Triase* (pemberian label pada pasien) karena sangat penting untuk menentukan prioritas pelayanan apabila rumah sakit tersebut melayani pasien saat terjadi bencana alam ataupun kejadian bencana lainnya yang terdapat pasien dalam jumlah banyak.
5. Survei primer
6. Survei primer dilakukan dalam waktu cepat untuk mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa pada pasien.
7. Batasan waktu (respon time) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi segera mungkin.
8. Survei sekunder
9. Melakukan anamnesa untuk mendapatkan informasi mengenai apa yang dialami pasien pada saat kejadian, mekanisme cedera, terpapar zat-zat berbahaya, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat obat yang dikonsumsi.
10. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh (*head to toe*), neurologis, dan status mental dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS).
11. Menginstruksikan agar dilakukan pemeriksaan penunjang saat pasien sudah berada dalam kondisi stabil. Pasien dikatakan stabil apabila: tanda- tanda vital normal, tidak ada lagi kehilangan darah, keluaran urin normal 0,5-1 cc/kg/jam, dan tidak ada bukti kegagalan fungsi organ.
12. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah pemeriksaan laboratorium dan pencitraan yang diinstruksikan oleh dokter berdasarkan hasil kesimpulan anamnesa dan pemeriksaan fisik.
13. Tindakan restrain sesuai dengan indikasi dengan teknik terstandar yang aman, dengan tujuan untuk mengamankan pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku pasien yang tidak terkontrol.
14. Tata laksana definitif
15. Penanganan/ pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap pasien.
16. Penentuan tindakan yang diambil berdasarkan atas hasil kesimpulan dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, yang berwenang melakukan tatalaksana definitif adalah dokter/ dokter gigi yang terlatih.
17. Rujukan
18. Rujukan adalah memindahkan pasien ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana medis serta tenaga ahli yang dibutuhkan untuk memberikan terapi definitif kepada pasien.
19. Sebelum pasien dirujuk, terlebih dahulu dilakukan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju mengenai kondisi pasien, serta tindakan medis yang diperlukan oleh pasien.
20. Fasilitas pelayanan kesehatan pengirim harus mendapat kepastian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju siap menerima dan melayani pasien yang dirujuk.
21. Proses pengiriman pasien dilakukan bila kondisi pasien stabil, menggunakan ambulans yang dilengkapi dengan penunjang resusitasi, tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan tindakan resusitasi.

**2.3.2 Mutu Pelayanan IGD**

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja atau *Key Performance Indikators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut:

Tabel 2.1. *Key Performance Indikators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PELAYANAN | INDIKATOR | STANDAR |
| Gawat Darurat | 1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa.
2. Jam buka pelayanan gawat darurat
3. Pemberian pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS
4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana
5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat
6. Kepuasan pelanggan
7. Kematian pasien < 24 jam.
8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat di tenangkan dalam waktu ≤48 jam
9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka.
 | 1. 100%
2. 24 jam
3. 100%
4. satu tim
5. ≤ lima menit terlayani setelah pasien datang
6. ≥ 70%
7. ≤ dua perseribu
8. 100%
9. 100%
 |

Sumber: Menkes RI. No: 129/ MenKes/ SK/II/2008

Dalam indikator mutu keperawatan juga disebutkan angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat adalah suatu kejadian dimana perawat terlambat dalam memberikan pelayanan pada pasien lebih 5 menit. Jadi bila perawat memberikan pelayanan lebih dari lima menit dikatakan terlambat (Nursalam, 2015).

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi korban dengan tujuan mencegah mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan (Permenkes RI, 2018).

**2.4. Hubungan *Response Time* Perawat dengan Kepuasan Pasien**

 *Response time* perawat merupakan kecepatan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan cepat. *Response time* perawat dipengaruhi oleh faktor- faktor yaitu kompetensi perawat, sarana dan prasarana, pengetahuan dan keterampilan (Widodo, 2015). Kecepatan dalam menolong pasien harus sesuai standar, sehingga penanganan yang dilakukan perawat cepat dan tepat*. Response time* yang cepat dan tepat akan bermanfaat bagi pasien yaitu pasien merasa diperhatikan, meningkatkan kepercayaan kepada rumah sakit, memberikan rasa aman dan mengurangi resiko kecacatan dan kematian. Sehingga *response time* sangat penting dalam menangani pasien dan akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. *Response time* yang cepat dan tepat akan menimbulkan kepuasan pasien. Ditunjang juga dengan sikap peduli perawat kepada pasien, pasien akan merasa percaya dengan perawat dalam memberikan pelayanan (Surtiningsih, 2016).

**2.5. Kerangka Konseptual.**

Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien:

1. Kualitas jasa pelayanan
2. Harga
3. Emosional
4. Kinerja
5. Estetika
6. Karekteristik
7. Pelayanan
8. Lokasi
9. Fasilitas
10. Komunikasi
11. Suasana
12. Desain visual

Faktor yang mempengaruhi *Response time* perawat*:*

1. Kompetensi perawat.
2. Sarana dan prasarana.
3. Pengetahuan dan keterampilan.

Manfaat bagi pasien*:*

1. Pasien merasa diperhatikan
2. Meningkatkan kepercayaan
3. Memberikan rasa aman
4. Mengurangi resiko kecacatan dan kematian
5. Mengurangi beban pembiayaan.

Pasien

IGD

Tingkat

Kepuasan Pasien

1. Sangat tidak puas
2. Tidak Puas
3. Puas
4. Sangat puas

*Response Time*

Kepuasan

Pasien

Pelayanan Cepat dan Tepat

Unsur-unsur kepuasan

1. Kenyataan .
2. Empati
3. Cepat tanggap.
4. Keandalan
5. Kepastian

Keterangan :

 : Tidak di teliti

 : Diteliti

Gambar 2.1. Kerangka konseptual hubungan *response time* perawat dengan tingkat kepuasan pasien di IGD

**2.6. Hipotesis Penelitian**

 Hipotesis pada penelitian ini adalah “ Ada hubungan antara *response time* perawat dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat.”