

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Unit Gawat Darurat (UGD)

2.1.1 Definisi Unit Gawat Darurat

Unit Gawat Darurat merupakan salah satu unit pelayanan di Puskesmas yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat karena sakit atau cedera yang dapat mengancam keselamatan nyawa dan mencegah cedera lebih lanjut, pelayanan di UGD harus memberikan pelayanan 24 jam perhari (UU No 36, 2009). Keadaan gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat untuk menyelamatkan nyawa dan kecacatan lebih lanjut (DepKes RI, 2009).

Dalam keadaan darurat fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan untuk menyelamatkan nyawa pasien serta mencegah kecacatan lebih lanjut dan dilarang menolak pasien atau menerima uang muka (UU No 44, 2009).

Pemberian pelayanan yang tepat dan cepat merupakan standar pelayanan yang dapat digunakan sebagai acuan pelayanan gawat darurat oleh tenaga medis dan pihak rumah sakit maupun puskesmas, untuk mendukung terwujudnya pelayanan yang berkualitas, efektif dan efisien (Kepmenkes,856/SK/IX/2009). Pelayanan yang dilakukan UGD antara lain melakukan triase, melakukan pengkajian primer dan sekunder secara terfokus, sistematis, akurat. Pengkajian primer untuk melihat keadaan *airway, breathing, circulation, dissability, exposure*. Pengkajian sekunder merupakan

pengkajian *head to toe* yang dilakukan secara komprehensif sesuai keluhan utama pasien. Serta adanya pemeriksaan penunjang medik dan dokumentasi pasien. Apabila pelayanan mengalami keterlambatan maka akan berefek pada kondisi pasien (Standar pelayanan UGD, 2011).

Efek lamanya pelayanan di UGD akan memperparah kondisi pasien, memperburuk kondisi primer pasien sehingga terjadinya peningkatan mortalitas dan kecacatan lebih lanjut. Semakin parahnya kondisi pasien karena keterlambatan pelayanan akan meningkatnya biaya (*cost*) yang akan ditanggung oleh pasien dan dipertimbangkan secara total oleh rumah sakit maupun puskesmas (Nahab, 2012).

2.1.2 Tujuan Unit gawat Darurat

Tujuan dari pelayanan gawat darurat adalah untuk memberikan pertolongan pertama bagi pasien yang datang dan menghindari sebagai risiko, seperti; kematian, menanggulangi korban kecelakaan, atau bencana lainnya yang langsung membutuhkan tindakan. Pelayanan pada unit gawat darurat bagi pasien yang datang akan langsung dilakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan dan prioritasnya. Bagi pasien yang tergolong *emergency* (akut) akan langsung dilakukan tindakan penyelamatan jiwa pasien (*life saving*). Bagi pasien yang tergolong tidak akut dan gawat akan dilakukan pengobatan sesuai dengan kebutuhan dan kasus masalahnya yang setelah itu akan dipulangkan kerumah.

2.2 Triase

2.2.1 Definisi Triase

Triase diambil dari bahasa Perancis "*Trier*" artinya mengelompokkan atau memilih (Krisanty, 2009). Triase mempunyai tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang

memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Oman, 2008). Triase memiliki fungsi penting di UGD terutama apabila banyak pasien datang pada saat yang bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan agar pasien ditangani berdasarkan urutan kegawatannya untuk keperluan intervensi. Triase juga diperlukan untuk penempatan pasien ke area penilaian dan penanganan yang tepat serta membantu untuk menggambarkan keragaman kasus di UGD triase adalah cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (*Airway*, dengan *cervical spine control*, *Breathing* dan *Circulation* dengan control pendarahan). Triase berlaku untuk pemilahan penderita baik di lapangan maupun di rumah sakit / puskesmas (Musliha, 2010).

Selanjutnya Nurhanifah (2015) menyebutkan bahwa sistem triase merupakan satu dari implementasi sistem manajemen resiko di unit gawat darurat sehingga pasien mendapatkan pelayanan cepat dan tepat dengan menggunakan sumber daya yang tersedia. Disamping itu triase juga memberikan alur pasien yang jelas di unit gawat darurat. Keberhasilan pelayanan instalasi gawat darurat digambarkan pada keberhasilan pelayanan di triase. Semua pasien yang masuk ke unit gawat darurat harus melalui triase, karena triase sangat penting untuk penilaian kegawatan pasien dan memberikan pertolongan atau pengobatan sesuai dengan derajat kegawat-daruratan yang dihadapi (Depkes, 2005).

2.2.2 Tujuan Triase

2.2.2.1 Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa

2.2.2.2 Memprioritas pasien menurut kondisi keakuratannya

2.2.2.3 Menempatkan pasien sesuai dengan keakuratannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat

2.2.2.4 Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

2.2.3 Klasifikasi Dan Penentuan Prioritas

Berdasarkan Oman (2008), pengambilan keputusan triage didasarkan pada keluhan utama, riwayat medis, dan data objektif yang mencakup keadaan umum pasien serta hasil pengkajian fisik yang terfokus. Menurut *Comprehensive Speciality Standart*, ENA tahun 1999, penentuan triase didasarkan pada kebutuhan fisik, tumbuh kembang dan psikososial selain pada faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan serta alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan. Hal-hal yang harus dipertimbangkan mencakup setiap gejala ringan yang cenderung berulang atau meningkat keparahannya. Beberapa hal yang mendasari klasifikasi pasien dalam sistem triase adalah kondisi klien yang meliputi :

2.2.3.1 Gawat, adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat.

2.2.3.2 Darurat, adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan.

2.2.3.3 Gawat darurat, adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (*Airway* / jalan nafas, *Breathing* / Pernafasan, *Circulation* / Sirkulasi), jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal atau cacat (Wijaya, 2010).

2.2.4 Prinsip Triase

Di dalam triase mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat triase menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam,

deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien di ruang gawat darurat.

2.2.5 Prioritas Triase

Prioritas triase menurut (Mosby,2008) bahwa triase dibagi menjadi 4 prioritas warna yaitu : Prioritas pertama / *immediate* (MERAH), Prioritas kedua / *delayed* (KUNING), Prioritas ke tiga / minimal (HIJAU), Prioritas keempat / nol / *expectant* (HITAM).

2.3 Konsep *Respon Time*

2.3.1 Definisi *respon time*

Respon time adalah kecepatan penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Teknis Medik 2011). Kecepatan *respon time* dihitung dalam menit, standar kecepatan waktu merespon pada pasien dengan keadaan gawat darurat paling lama adalah < 5 menit (Kementrian Kesehatan RI, 2009).

Waktu tanggap pada sistem *realtime*, didefenisikan sebagai waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi pertama rutin pelayanan disebut dengan *event response time*. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan waktu tanggap angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat / *emergency response time rate*. (Siahaan, 2010).

Wilde (2009) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*respon time*) bahkan pada pasien selain penderita penyakit jantung. Mekanisme waktu tanggap juga dapat mengurangi beban pembiayaan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu

penanganan gawat darurat dengan waktu tanggap yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen rumah sakit maupun puskesmas sesuai standar (Levina, 2009).

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian. Dapat disimpulkan bahwa waktu tanggap adalah kecepatan dan ketepatan pelayanan waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki pintu UGD.

2.3.2 Kategori *Respon Time*

Respon time dapat dikategorikan dengan

2.3.2.1 Cepat = kecepatan penanganan 0-4 menit

2.3.2.2 Lambat = kecepatan penanganan 5-10 menit

2.3.2.3 Sangat lambat = kecepatan penanganan > 10 menit

(Kepmenkes, 2009)

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi *Respon Time*

2.3.3.1 Kompetensi perawat

Untuk menjamin pelayanan yang cepat dan tepat maka perawat harus mempunyai kompetensi. Faktor ini meliputi pendidikan.

2.3.3.2 Sarana dan prasarana

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana (fasilitas kesehatan). Jika sarana dan prasarana sesuai dengan

standar maka perawat akan cepat dan tepat pula dalam memberikan pelayanan kepada klien.

2.3.3.3 Pengetahuan dan keterampilan

Menurut Notoatmojo bahwa pengetahuan dan keterampilan sangat penting, semakin tinggi pengetahuan dan ketrampilan maka akan semakin baik pula pelayanan yang akan diberikan. Selain itu jika perawat mempunyai pengetahuan dan keterampilan maka perawat akan lebih cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada klien (Eko Widodo,2015).

2.3.4 Klasifikasi *respon time* berdasarkan kegawatan

Salah satu indikator keberhasilan tenaga kesehatan adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan kepada klien. Baik dalam keadaan darurat ataupun tidak darurat. Keberhasilan *respon time* tergantung pada kecepatan dan ketepatan perawat dalam memberikan pertolongan kepada klien,atau mencegah cacat klien. (Moewardi, 2005). Waktu tanggap pada pasien cedera kepala diklasifikasikan sebagai berikut:

2.3.4.1 Kategori I, pasien memerlukan resuitasi segera,seperti pada klien epidural atau sub dural hematoma.

2.3.4.2 Kategori II, klien cedera kepala apabila ditandai syok apabila tidak segera dilakukan tindakan akan semakin memburuk.

2.3.4.3 Kategoroi III, klien urgen, seperti cedera kepala disertai luka robek,dan pusing.

2.3.4.4 Kategori IV, pasien semi urgen, dengan keadaan cedera kepala dengan rasa pusing ringan,luka lecet,dan luka superficial.

2.3.4.5 Kategori V, *false emergency*, klien dengan cedera kepala ringan,tanpa keluhan fisik (Depkes RI, 2004).

2.4 Konsep Kepuasan

2.4.1 Definisi Kepuasan

Kepuasan atau *satisfaction* berasal dari bahasa latin “*satis*” (artinya cukup baik, memadai) dan “*facto*” (melakukan atau membuat), sehingga secara sederhana dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu (Tjiptono & Candra, 2011).

Pohan (2007) mendefinisikan pelanggan layanan kesehatan merupakan orang yang melakukan kontak dengan layanan kesehatan. Terdapat dua macam pelanggan dalam layanan kesehatan, yakni pelanggan eksternal dan internal. Pelanggan eksternal adalah orang yang memperoleh layanan kesehatan namun berada di luar organisasi layanan kesehatan. Pasien dan keluarga pasien termasuk dalam pelanggan eksternal. Sedangkan pelanggan internal adalah orang yang bekerja di dalam organisasi layanan kesehatan dan menghasilkan layanan kesehatan. Pasien sebagai pelanggan eksternal layanan kesehatan tidak hanya membutuhkan kesembuhan dari sakit, tetapi pasien juga merasakan dan menilai layanan kesehatan yang ia terima.

Kepuasan adalah suatu tingkat perasaan pasien dan keluarga yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2007). Nursalam (2013), menyebutkan kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktifitas dan suatu produk dengan harapannya, sedangkan ketidakpuasan pasien dan keluarga timbul karena terjadinya kesenjangan antara harapan dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakannya sewaktu menggunakan layanan kesehatan.

Pasien dan keluarga yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan yang diselenggarakan cenderung mematuhi nasihat, setia, atau taat terhadap rencana pengobatan yang telah disepakati. Sebaliknya, pasien dan keluarga yang tidak merasakan kepuasan atau kekecewaan sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, berganti dokter atau pindah kefasilitas layanan kesehatan lainnya (Pohan, 2007)

2.4.2 Klasifikasi kepuasan

Standar kepuasan pasien / keluarga pasien di pelayanan kesehatan di tetapkan secara rasional oleh Departemen Kesehatan. Menurut peraturan Kementerian Kesehatan RI 2008, tentang standar pelayanan untuk kepuasan pasien/keluarga pasien yaitu > 70% (Kementerian Kesehatan RI, No:129/Menkes/SK/II/2008).

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

2.4.2.1 Sangat memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien atau keluarga 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.

2.4.2.2 Memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien atau keluarga 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.

2.4.2.3 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.

2.4.2.4 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.

Menurut Tjiptono & Candra (2011) keadaan afektif dan hirarki ekspektasi digambarkan sebagai berikut :

Kondisi afektif	Defenisi kondisi afektif dalam batas-batas ekpektasi	<i>Zone Of Indeference</i>
<i>Delight</i>	diantara ideal dan <i>desired</i>	Di luar
Kepuasan	diantara <i>desired</i> dan <i>predicted</i>	Di dalam
<i>Acceptence</i>	Diantara <i>predicted</i> dan minimum <i>tolerable</i>	Di dalam
Ketidakpuasan	Diantara minimum <i>tolerable</i> dan <i>worst imaginable</i>	

Tabel 2.1 Keadaan afektif dan hirarki ekspektasi

2.4.3 Indikator Untuk Mengukur Kepuasan

2.4.3.1 Menurut Kotler (2005) ada berbagai metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan yaitu :

a) Sistem keluhan dan saran

Pemberi pelayanan memberikan kepuasan pada pelanggan dengan cara menerima saran, keluhan masukan mengenai produk atau jasa layanan. Jika penanganan keluhan, masukan dan saran ini baik dan cepat, maka pelanggan akan merasa puas, sebaliknya jika tidak maka pelanggan akan merasa kecewa. Contohnya dengan menggunakan formulir, kotak saran, kartu komentar.

b) Riset kepuasan pelanggan

Model ini berusaha menggali tingkat kepuasan dengan survei kepada pelanggan mengenai jasa yang selama ini mereka gunakan . survei akan mencerminkan kondisi lapangan yang sebenarnya mengenai sikap pelanggan terhadap produk atau jasa yang digunakan.

c) *Ghost shopping*

Yaitu model yang mirip dengan *marketing intelligence* yaitu pihak pemberi jasa dari pesaingnya dengan cara berpura-pura sebagai pembeli atau pengguna jasa dan melaporkan hal-hal yang berkaitan dengan cara memahami kelemahan dan kekuatan produk jasa atau cara pesaing dalam menangani keluhan.

d) Analisa pelanggan yang hilang

Analisa pelanggan tertentu yang berhenti menggunakan produk jasa dan melakukan studi terhadap bekas pelanggan mereka. Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam menyediakan 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 tidak efisien. Hal ini terutama sangat penting bagi pelayanan publik. Pada kondisi persaingan sempurna, dimana pelanggan mampu untuk memilih diantara beberapa alternatif pelayanan dan memiliki informasi yang memadai, kepuasan pelanggan merupakan satu determinan kunci dari tingkat permintaan pelayanan.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran.

2.4.3.4 Menurut Parasuraman (1985) kepuasan dapat dilihat dari lima dimensi yaitu dimensi *tangibles*, dimensi *reliability*, dimensi *responsiveness*, dimensi *assurance*, dan dimensi *empathy*, dan akan dijelaskan dibawah ini:

a) *Tangibles*

Kepuasan pasien maupun keluarga akan kebutuhan dan berfokus pada penampilan jasa yang mencakup fasilitas fisik, perlengkapan, penampilan karyawan dan suara komunikasi yang dapat dikatakan sebagai bukti nyata. Fasilitas fisik disini dapat berupa kelengkapan fasilitas bagi pasien dan keluarga, misal: keberadaan kamar mandi dan WC di rumah sakit atau puskesmas serta kebersihannya, kondisi ruang tunggu bagi keluarga pasien, bagaimana kondisi tempat tidur untuk pasien apakah masih layak digunakan. Perlengkapan disini diartikan yang dapat

digunakan untuk melayani pasien rawat inap sehingga dapat dilaksanakan tindakan keperawatan dengan baik, misalkan kesediaan alat pengukur tanda-tanda vital, kebersihan peralatan yang digunakan, obat-obatan yang dibutuhkan pasien apakah selalu tersedia, peralatan suntik yang digunakan apakah terjamin seterilisasinya, serta perlengkapan alat pemeriksaan yang digunakan ruangan pada umumnya. Ada penampilan karyawan mencakup keseragaman pakaian dan atribut yang dikenakan petugas. Suara komunikasi mencakup kesopanan petugas apabila memberi penjelasan kepada klien, petugas yang menginformasikan tentang peraturan yang diterapkan di rumah sakit maupun puskesmas ketika pasien datang untuk dirawat.

b) *Reliability*

Kepuasan pasien maupun keluarga pasien atas dasar kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan berkaitan dengan kemampuan perawat untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan menyampaikan jasanya sesuai dengan waktu yang disepakati. Pelayanan akurat yang dimaksud adalah kemampuan perawat untuk merawat pasien dengan baik, perawat selalu menjelaskan suatu hal yang harus dilakukan ataupun yang perlu dihindari pasien demi perawatannya. Dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan perawat diharapkan mampu menangani kasus yang dialami pasien, serta mengusahakan agar pasien merasa puas selama dirawat

c) *Responsiveness*

Kepuasan pasien maupun keluarga atas pemberian pelayanan yang cepat dan tanggap. Kecepatan dalam penanganan keluhan merupakan hal yang sangat penting. Apabila keluhan pasien tidak segera ditanggapi maka rasa tidak puas terhadap pemberi pelayanan akan menjadi permanen dan tidak dapat diubah lagi. Sedangkan apabila keluhan dapat ditanggapi dengan cepat, maka ada kemungkinan pasien tersebut menjadi puas. Pemberi pelayanan yang cepat dan tanggap dapat ditunjukkan ketika pasien datang sebagai pasien rawat inap perawat segera menanganinya. Perawat selalu menanggapi keluhan yang disampaikan pasien serta membantunya memperoleh layanan yang dibutuhkan, misal : pelayanan radiologi, laboratorium ataupun apotek.

d) *Assurance*

Kepuasan atas jaminan kepada pasien maupun keluarga yang mencakup kemampuan, kesopanan, dan tidak dapat dipercaya yang dimiliki karyawan serta bebas dari bahaya, jaminan disini yaitu perilaku para perawat yang mampu membutuhkan kepercayaan rumah sakit sehingga bisa menciptakan rasa aman bagi pasien. Jaminan jaga berarti bahwa perawat selalu bersikap sopan dan menguasai pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani permasalahan pasien. Jaminan dari perawat disini dapat diwujudkan dengan tingkah laku yang baik oleh perawat dengan cara selalu menyapa pasien selalu bersikap ramah tamah dan sopan dalam memberikan layanan.

e) *Empathy*

Kepuasan pasien atau keluarga pasien ini akses dasar kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami hubungan pasien dalam menghadapi pasien yang emosi dan amarah. Oleh karena itu perlu diluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien dan perawat berusaha memahami situasi yang dirasakan oleh pasien. Dengan demikian permasalahan yang dihadapi menjadi jelas sehingga pemecahan yang diharapkan dapat diupayakan bersama. Untuk dapat memahami kebutuhan pasien, perawat harus bisa memberikan perhatian yang cukup tinggi kepada pasien. Perawat membantu pasien waktu BAB dan BAK, kemudian dalam melakukan hubungan serasi komunikasi yang baik apabila perawat mengizinkan pasien untuk ditunggu keluarga.

2.4.3.3 Menurut Hufron (2006) ada lima dimensi kualitas jasa yaitu:

a) *Kehandalan (reliability)*

Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat terpercaya, dapat dilihat dari:

1. Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat.
2. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
3. Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
4. Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.

b) *Ketanggapan (responsiveness)*

Kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa cepat dapat dilihat dari:

1. Kemauan petugas untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.

2. Petugas memberikan informasi yang jelas, mudah dimengerti.
3. Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

c) Keyakinan (*assurance*)

Pengetahuan, kemampuan dan kesopanan pemberi jasa untuk menibulkan kepercayaan dan keyakinan terlihat dari:

1. Pengetahuan dan kemampuan petugas menetapkan *problematic* pasien.
2. Keterampilan petugas dalam bekerja.
3. Pelayanan yang sopan dan ramah.
4. Jaminan keamanan pelayanan.
5. Kepercayaan terhadap pelayanan.

d) Perhatian (*empaty*)

Perhatian pribadi yang diberikan pada pelanggan terlihat dari:

1. Memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien.
2. Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarga.
3. Pelayanan pada semua pasien tanpa memandang status sosial.

e) Penampilan (*Tangible*)

Penampilan fisik, peralatan serta personil:

1. Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan
2. Penataan eksterior dan interior
3. Kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai
4. Kerapian dan kebersihan penampilan petugas

2.4.3.4 Menurut Supranto (2006) terdapat lima dimensi mutu yang digunakan pasien dalam menilai kualitas jasa pelayanan kesehatan di unit pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut :

a) Dimensi bukti nyata (*Tangibles*)

Dimensi ini dalam bentuk penggunaan peralatan yang modern, fasilitas fisik yang menarik orang maupun alat komunikasi yang dijanjikan, dimensi ini dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.
2. Penataan ekterior dan interior ruangan.
3. Kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai.
4. Kerapian dan kebersihan penampilan petugas.

b) Dimensi kehandalan (*Reliability*)

Dimensi *reliability* adalah kemampuan produsen untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan , dapat diandalkan dan dilaksanakan dengan tepat. Dimensi ini dapat tergambar pada :

1. Prosedur penerimaan pasien yang cepat dan tepat.
2. Pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat.
3. Jadwal pelayanan dijalankan tepat waktu.
4. Prosedur pelayanan tidak berbelit-belit.

c) Dimensi ketanggapan (*responsiveness*)

Keinginan untuk selalu membantu konsumen dan memberikan pelayanan sesegera mungkin yang tampak dari seberapa tanggap produsen dalam membantu memecahkan masalah-masalah yang timbul. Dimensi ini dapat tergambar pada :

1. Kemampuan dokter dan perawat untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien.

2. Petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti.

3. Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

d) Dimensi jaminan (*Assurance*)

Jaminan bahwa pelanggan akan dilayani dengan baik oleh karyawan yang memiliki tingkat kompetensi yang memadai, ramah, memiliki kredibilitas tinggi dan mampu memberi rasa aman. Dimensi ini dapat tergambar pada :

1. Pengetahuan dan kemampuan dokter menetapkan diagnosis penyakit.

2. Keterampilan dokter, perawat dan petugas lainnya dalam bekerja.

3. Pelayanan yang sopan dan ramah.

4. Jaminan keamanan pelayanan dan kepercayaan pelayanan.

e) Dimensi berbagi rasa (*Emphaty*)

Suatu kemampuan untuk memberi perhatian kepada pelanggan sehingga dapat memahami masalah-masalah pelanggan secara mendalam. Dimensi ini dapat tergambar pada :

1. Memberi perhatian secara khusus kepada setiap pasien.

2. Perhatian terhadap keluhan pasien dan keluarganya.

3. Pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial dan lain-lain.

2.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan

Menurut Syafrudin (2011) menyatakan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain yang bersangkutan dengan :

a) Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien, terutama saat pertama kali datang.

- b) Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharap.
- c) Prosedur perjanjian.
- d) Waktu tunggu.
- e) Fasilitas umum yang tersedia.
- f) Fasilitas rumah sakit untuk pasien, seperti mutu makanan, *privacy*, dan pengaturan kunjungan.
- g) *Outcome* terapi dan perawatan yang diterima.

Menurut Munjaya (2004) kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor :

- a) Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya. Dalam hal ini, aspek komunikasi memegang peranan penting karena pelayanan kesehatan adalah *high perdonnel contact* .
- b) Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien (*compliance*)
- c) Biaya (*cost*).
- d) Sikap kurang peduli (*ignorance*) pasien dan keluarganya, ”yang penting sembuh” menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan teknologi kedokteran yang ditawarkan oleh petugas kesehatan. Akibatnya biaya perawatan menjadi mahal. Informasi terbatas yang dimiliki oleh pihak pasien dan keluarganya tentang perawatan yang diterima dapat menjadi sumber keluhan pasien. Sistem asuransi kesehatan akan dapat mengatasi masalah biaya kesehatan.
- e) Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (*tangibility*).

- f) Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan (*assurance*). Ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter juga termasuk pada faktor ini.
- g) Keandalan dan keterampilan (*reliability*) petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan.
- h) Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsiveness*).

2.4.5 Komponen Kualitas Layanan

Komponen kualitas layanan menurut Tjiptono (2012) meliputi :

2.4.5.1 Informasi

Informasi mengenai jalan, arah lokasi, jadwal, harga, intruksi dan sebagainya.

2.4.5.2 Konsultasi

Pemberian saran, auditing, konseling pribadi dan konsultasi manajemen.

2.4.5.3 *Order Taking*

Aplikasi, jasa langganan, jasa berbasis kualifikasi, *order entry* dan reservasi.

2.4.5.4 *Hospitality*

Kelengkapan sarana dan sarana rumah sakit.

2.4.5.5 *Caretaking*

Perhatian dan perlindungan terhadap barang pelanggan yang mereka bawa.

2.4.5.6 *Exceptions*

Meliputi permintaan khusus sebelum penyampaian produk, penanganan *complain*, penyelesaian masalah.

2.4.5.7 *Biling*

Laporan rekening periodik, faktur untuk transaksi

2.4.5.8 Pembayaran

Pembayaran swalayan, pengurangan otomatis rekening, kontrol dan verifikasi.

Menurut Pohan (2007) menyatakan ada beberapa aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien dan keluarga pasien yaitu kesembuhan, kebersihan, informasi yang lengkap tentang penyakit, memberi jawaban yang dimengerti, memberi kesempatan untuk bertanya, ketersediaan obat, privasi atau keleluasaan pribadi dalam kamar periksa, waktu tunggu, kesinambungan layanan oleh petugas yang sama, tersedianya toilet, biaya layanan kesehatan, dan tersedianya tempat duduk di ruang tunggu.

Memahami kebutuhan dan keinginan pasien dan keluarga pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan keluarga pasien jika keluarga pasien merasa puas maka itu merupakan aset yang sangat berharga karena apabila mereka merasa puas maka terus akan melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi perlu diketahui jika keluarga pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain terhadap pengalaman buruknya.

Membahas mengenai *respon time* terhadap hubungan kepuasan keluarga pasien tentunya tidak terlepas dari pelayanan yang diberikan menurut Gunarsa (Suryawati ; 2004) kualitas pelayanan perawat dipengaruhi oleh :

- a) Profesionalisme keperawatan yaitu ketrampilan dan penguasaan iptek keperawatan harus sesuai dengan standar dan metode yang berlaku serta faktor kepribadian perawat yang harus bersikap sebagai “*major caring profession*” dalam interaksinya dengan pasien dan keluarga pasien.

- b) Efektivitas dan efisiensi pemakaian peralatan dan fasilitas keperawatan .

Adapun pendapat lain menurut Mamik ; 2010 kualitas pelayanan di pengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

- a) Unsur masukan (input), mencakup tenaga, dana, sarana fisik, perlengkapan serta peralatan. Secara umum dapat dikatakan bahwa bila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personnel and facilities*) dan bila dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka kualitas pelayanan yang baik akan sulit diharapkan.
- b) Unsur lingkungan, merupakan kebijakan, organisasi, dan manajemen. Dapatlah dikatakan bahwa bila kebijakan, organisasi, dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar dan tidak pula bersifat mendukung, maka kualitas pelayanan yang baik akan sulit diharapkan.
- c) Unsur proses, merupakan serangkaian tindakan medis, keperawatan ataupun non medis. Dapatlah dikatakan disini bahwa bila tindakan dalam proses ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standar of conduct*), maka kualitas pelayanan yang baik sulit diharapkan.

Menurut Sunaryo (2014 dalam Cholina T.S, 2015) salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan adalah karakteristik seseorang sangat mempengaruhi pola kehidupan seseorang, termasuk rasa puas terhadap penilaian, karakteristik bisa dilihat dari beberapa sudut pandang diantaranya umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan seseorang, disamping itu keseriusan seseorang dalam menjaga kesehatannya sangat mempengaruhi kualitas kehidupannya baik dalam beraktivitas, istirahat, ataupun secara psikologis.

Karakteristik dalam individu adalah sarana untuk memberitahu satu terpisah dari yang lain, dengan cara bahwa orang tersebut akan dijelaskan dan diakui. Sebuah fitur karakteristik dari orang yang biasanya satu yang berdiri di antara sifat-sifat yang lain (Sunaryo, 2014 dalam Cholina T.S, 2015), termasuk karakteristik inividu adalah

a) Umur

Umur (usia) adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia meningkatkan atau menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu. Semakin lama seseorang hidup semakin tinggi tuntutan terhadap nilai sebuah layanan, tuntutan semakin meningkat seiring bertambahnya umur, hal ini berkaitan juga dengan pengalaman.

Umur sangat berpengaruh terhadap kepuasan, semakin tua atau dewasa seseorang semakin besaruntutannya terhadap mutu pelayanan, hal ini berkaitan dengan pengetahuan, semakin semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang sesuatu hal yang berkaitan dengan kecepatan penanganan, semakin tinggi tuntutan terhadap kepuasan atas kecepatan pelayanan (Handayani, 2013).

Umur (usia) merupakan usia seseorang yang menjadi indikator dalam kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan untuk melakukan sesuatu yang mengacu pada setiap pengalamannya. umur seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi perilaku, karena semakin lanjut umur seseorang, maka semakin lebih bertanggung jawab, lebih tertib, lebih bermoral, lebih berbakti dari usia muda (Notoatmodjo, 2013).

b) Jenis kelamin.

Jenis kelamin manusia dibedakan menurut jenis kelaminnya yaitu pria dan wanita. Istilah *gender* berasal dari bahasa inggris yang

berarti jenis kelamin. *Gender* adalah pembagain peran kedudukan, dan tugas antara laki-laki dan perempuan yang ditetapkan oleh masyarakat berdasarkan sifat perempuan dan laki-laki yang dianggap pantas sesuai norma-norma dan adat istiadat, kepercayaan, atau kebiasaan masyarakat.

Secara umum jenis kelamin berpengaruh terhadap kepuasan, wanita lebih mengutamakan rasa, emosi dan perhatian, sedangkan laki-laki lebih memperhatikan rasio, sehingga jenis kelamin wanita lebih menuntut kepuasan lebih tinggi (Handayani, 2015), sedangkan menurut Gunarsa, (2015) mengatakan bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh ada pandangan terhadap jasa yang diberikan.

Jenis kelamin perempuan lebih banyak melihat penampilan secara detail, sementara laki-laki tidak mengindahkan hal tersebut. Cara mengelola hubungan untuk kaum laki-laki, mereka cenderung lebih acuh tak acuh dengan hal yang dikemukakan oleh perempuan, karena itu mereka dianggap lebih *fleksibel* dibandingkan perempuan, sehingga jenis kelamin perempuan lebih tinggi meletakkan standar kepuasan.

Pelayanan keperawatan gawat darurat meliputi pelayanan keperawatan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat dan mengancam nyawa atau dapat menimbulkan kecacatan bila tidak mendapat pertolongan segera yang menuntut kecepatan dan ketepatan penanganan. Penempatan perawat laki-laki lebih banyak untuk bekerja di ruang gawat darurat memang tepat, sehingga dalam menentukan tempat kerja untuk perawat laki-laki

dan perempuan perlu di pertimbangkan sesuai dengan tingkat berat ringannya pekerjaan yang harus di lakukan.

c) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan, pendidikan merupakan bagian integral dalam pembangunan. Proses pendidikan tak dapat dipisahkan dari proses pembangunan itu sendiri. Pembangunan diarahkan dan bertujuan untuk mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas dan pembangunan sektor ekonomi, yang satu dengan lainnya saling berkaitan dan berlangsung dengan berbarengan (Hamalik, 2013 dalam Cholina T.S, 2014). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi tuntutan terhadap layanan yang diberikan, pendidikan juga berkaitan dengan pengalaman hidup.

Perawat lulusan Program Diploma III disebut juga sebagai perawat profesional pemula yang sudah memiliki sikap profesional yang cukup untuk menguasai ilmu keperawatan dan ketrampilan profesional yang mencakup ketrampilan teknis, intelektual, dan interpersonal dan diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan profesional berdasarkan standar asuhan keperawatan dan etik keperawatan, terutama yang bekerja di Unit Gawat Darurat.

Semakin tinggi pendidikan akan semakin tinggi keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan, juga akan memiliki kecenderungan untuk melakukan tuntutan, juga harapan yang lebih tinggi sehingga cenderung mengkritik (Hutabarat dan Yulianti, 2013).

Pendidikan seseorang berkaitan dengan pendidikan formal yang didapat, pendidikan juga berkaitan dengan cara pandang dan pengalaman seseorang, sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang tuntutan terhadap pelayanan relatif semakin tinggi. Hal ini juga berkaitan dengan level kebutuhan, jika kebutuhan pada tertentu, maka akan menuntut level kebutuhan di atasnya.

d) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan sesuatu kegiatan atau aktifitas seseorang yang bekerja pada orang lain atau instansi, kantor, perusahaan untuk memperoleh penghasilan yaitu upah atau gaji baik berupa uang maupun barang demi memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Lase, 2014 dalam Cholina T.S, 2015).

Karakteristik pekerjaan yang berkaitan dengan kepuasan yang mengatakan pada kelompok yang bekerja di sektor formal dapat menaikkan status sosialnya akan merasa puas terhadap pelayanan, bila prioritas kebutuhan lebih tinggi telah tercapai, maka akan timbul kebutuhan yang lain pada tingkat berikutnya (Cohen, 1996 dalam Mariane 2014).

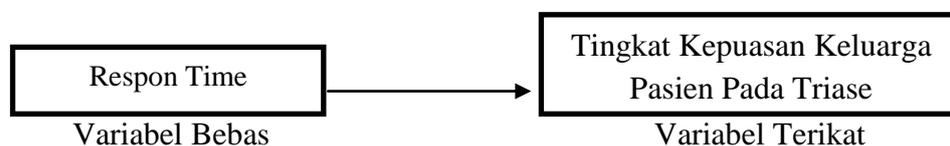
Jenis pekerjaan juga berkaitan dengan penghasilan atau struktur sosial seseorang, semakin tinggi pendapatan pasien atau keluarga pasien maka semakin tinggi pula tuntutan pasien terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan.

Berdasarkan penjelasan di atas kualitas pelayanan perawat berperan sangat penting terhadap pelayanan yang diberikan dari awal pasien datang ke UGD hingga pasien di pindahkan keruangan rawat inap atau pasien di pulangkan. Pada prinsipnya *respon time* yang di berikan harus cepat sesuai dengan waktu

yang tentukan serta ketepatan dan kecepatan penyampaian informasi kepada keluarga pasien terhadap kondisi pasien tersebut sehingga keluarga pasien mendapat kepastian.

2.4 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2010). Berdasarkan pola pemikiran diatas maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 : Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang sesuatu yang di duga atau hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang di dapat secara empiris. Hipotesis atau dugaan (bukti) sementara diperlukan untuk memadu jalan pikiran ke arah tujuan yang dicapai (Notoadmodjo,2010 dalam Miftakul,2016).

Hipotesis terbagi dalam 2 tipe:

1. Hipotesis nol (H_0) yang berarti tidak ada hubungan antar variabel yang diteliti.
2. Hipotesis alternatif (H_1) yang menyatakan adanya hubungan antara variabel yang diteliti.

Dalam penelitian ini, peneliti mempunyai hipotesis alternatif penelitian (H_1) yaitu ada hubungan *respon time* perawat UGD dengan kepuasan pasien UGD Puskesmas Anjir Serapat.