

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kepuasan Keluarga Pasien

a. Pengertian Kepuasan Keluarga Pasien

Kuntoro dan Istiono (2018) mendefinisikan kepuasan pasien sebagai respon pasien terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian. Sedangkan Nursalam (2013) menyimpulkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktifitas dan suatu produk dengan harapannya, sedangkan ketidakpuasan keluarga timbul karena terjadi kesenjangan antara harapan dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakannya sewaktu menggunakan layanan kesehatan.

Tjiptono (2011) menjelaskan bahwa pasien merupakan konsumen yang penting dan untuk menjamin kepuasan pasien maka sangat perlu adanya pelayanan yang berkualitas tinggi sesuai dengan keinginan pasien. Sedangkan Kolter dan Keller (2012) menyimpulkan bahwa kepuasan adalah tingkat tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapan. Tingkat kepuasan pasien merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah

harapan maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, pelanggan akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media.

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan kepuasan keluarga pasien merupakan kepuasan atau tidakpuas dari interaksi antara harapan dan pengalaman sesudah memakai jasa pelayanan yang diberikan.

Mamik (2017) menyebutkan bahwa dimensi kepuasan dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu:

1) Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang berkualitas apabila penerapan standar dan kode etik profesi dapat memuaskan pasien. Maka ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang berkualitas hanya mengacu pada penerapan standar serta kode etik profesi yang baik saja. Ukuran-ukuran yang dimaksud yaitu:

(a) Hubungan tenaga medis dengan pasien

Disini diharapkan tenaga medis dapat bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta menjawab

dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien.

(b) Kenyamanan pelayanan (*amenities*)

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan yang berkualitas, suasana pelayanan yang nyaman harus terus dipertahankan. Kenyamanan yang dimaksud disini tidak hanya menyangkut fasilitas yang disediakan tetapi yang terpenting lagi adalah yang menyangkut sikap para petugas serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

(c) Kebebasan melakukan pilihan (*Choice*)

Memberikan kebebasan kepada pasien untuk memilih serta menentukan pelayanan kesehatan adalah salah satu dari kewajiban etik. Suatu pelayanan kesehatan disebut berkualitas apabila kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

(d) Pengetahuan dan kompetensi teknis

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang didukung oleh pengetahuan dan teknis bukan saja merupakan bagian dari kewajiban etik, tetapi juga merupakan prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula kualitas pelayanannya.

(e) Efektivitas pelayanan

Makin tinggi efektifitas pelayanan kesehatan maka makin tinggi pula kualitas pelayanan kesehatan.

(f) Keamanan tindakan (*Safety*)

Keamanan tindakan adalah bagian dari kewajiban etik serta prinsip pokok penerapan standar pelayanan profesi. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkualitas, aspek keamanan tindakan ini haruslah diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik, dan karena itu tidak boleh dilakukan.

2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang berkualitas lebih bersifat luas, karena didalamnya tercakup penilaian terhadap kepuasan keluarga mengenai (Mamik, 2017) :

(a) Ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*)

Untuk menimbulkan kepuasan keluarga terhadap pelayanan kesehatan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah ketersediaan pelayanan kesehatan. Suatu pelayanan kesehatan berkualitas apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia dimasyarakat.

(b) Kewajaran pelayanan kesehatan (*Appropriate*)

Suatu pelayanan kesehatan disebut berkualitas apabila

pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

(c) Kesenambungan pelayanan kesehatan (*Continue*)

Pelayanan kesehatan disebut berkualitas apabila pelayanan kesehatan tersebut bersifat berkesinambungan, dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu dan ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan.

(d) Penerimaan pelayanan kesehatan (*Acceptable*)

Dapat diterima atau tidaknya pelayanan kesehatan sangat menentukan puas tidaknya pasien terhadap pelayanan kesehatan. Untuk dapat menjamin munculnya kepuasan yang terkait dengan kualitas pelayanan, maka pelayanan kesehatan harus dapat diupayakan sebaik mungkin agar dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan.

(e) Ketercapaian pelayanan kesehatan (*Accessible*)

Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai sehingga pasien merasa tidak puas. Kepuasan ada hubungannya dengan kualitas pelayanan, maka disebutkan suatu pelayanan kesehatan berkualitas apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

(f) Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*Affordable*)

Pelayanan kesehatan yang terlalu mahal tidak akan dapat terjangkau oleh semua pemakai jasa pelayanan kesehatan, dan karenanya tidak akan memuaskan pasien. Keterjangkauan pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan kepuasan pasien, dan kepuasan pasien berhubungan dengan kualitas.

(g) Efisiensi pelayanan kesehatan (*Efficient*)

Untuk menimbulkan kepuasan perlu diupayakan peningkatan efisiensi pelayanan. Karena puas tidaknya pemakai jasa pelayanan mempunyai kaitan yang erat dengan baik atau tidaknya kualitas pelayanan, maka suatu pelayanan kesehatan tersebut dikatakan berkualitas apabila pelayanan tersebut dapat diselenggarakan secara efisien.

(h) Kualitas pelayanan kesehatan (*Quality*)

Kualitas pelayanan kesehatan yang dimaksudkan disini adalah yang menunjukkan pada kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan, apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien. Suatu pelayanan kesehatan disebut berkualitas apabila pelayanan kesehatan tersebut menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

b. Metode Pengukuran Kepuasan

Menurut Kolter dan Keller (2012) dalam Nursalam (2014) ada beberapa cara mengukur kepuasan pelanggan atau pasien antara lain :

1) Sistem keluhan dan saran

Dengan menyediakan kotak saran, *hotline service* dan lain-lain untuk memberikan kesempatan seluas luasnya kepada pasien atau pelanggan untuk menyampaikan keluhan, saran, komentar, dan pendapat mereka. Media yang digunakan bisa berupa kotak saran, kartu komentar, *website*, atau saluran telepon khusus bebas pulsa.

2) *Ghost Shopping* (Pembelanja Misterius).

Yaitu metode dimana organisasi pelayanan kesehatan mempekerjakan beberapa orang atau (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pasien/pembeli potensial produk/pelayanan organisasi pelayanan kesehatan lain yang kemudian melaporkan temuannya sehingga dapat dijadikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan organisasi.

3) *Los Customer Analysis*.

Organisasi kesehatan menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau telah beralih ke organisasi pelayanan kesehatan lain agar dapat memahami mengapa hal ini terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan perbaikan/penyempurnaan selanjutnya.

4) Survei Kepuasan Pelanggan.

Untuk mengetahui kepuasan pelanggan para pemasar juga dapat melakukan berbagai penelitian atau survei mengenai kepuasan pelanggan misalnya melalui kuesioner, pos, telepon, ataupun

wawancara langsung. Pengukuran kepuasan keluarga melalui metode ini dapat dilakukan dengan cara di antaranya :

a) *Directly reported satisfaction*

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan item-item spesifik yang menanyakan langsung tingkat kepuasan yang dirasakan keluarga.

b) *Derived satisfaction*

Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan menyangkut dua hal utama yaitu :

(1) Tingkat harapan atau ekspektasi keluarga terhadap kinerja perawat pada atribut yang relevan.

(2) Persepsi keluarga terhadap kinerja perawat yang bersangkutan.

c) *Problem analysis*

Teknik ini dilakukan dengan cara responden diminta untuk menilai masalah-masalah mereka hadapi terkait jasa dan saran-saran perbaikan. Kemudian akan dilakukan analisis terhadap masalah dan saran perbaikan.

d) *Importance-performance analysis*

Dalam teknik ini, responden diminta menilai tingkat kepentingan berbagai atribut relevan dan tingkat kinerja perawat pada masing-masing atribut tersebut.

c. Strategi Kepuasan Keluarga

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

1) Strategi *relationship marketing*

Dalam strategi ini rumah sakit menjalin suatu kemitraan dengan keluarga pasien secara terus menerus yang pada akhirnya akan menimbulkan kesetiaan keluarga pasien sehingga terjadi bisnis ulang. Agar *relationship marketing* dapat diimplementasikan perlu dibentuk database 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.

2) Strategi *unconditional guarantees*

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

3) Strategi *superior customer servis*

Strategi 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 standart pelayanan yang lebih tinggi pada jasa yang ditawarkan.

4) 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.

5) 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)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan

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

- 1) Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan keluarga pasien, terutama saat pertama kali datang.
- 2) Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharap.
- 3) Prosedur perjanjian.
- 4) Waktu tunggu
- 5) Fasilitas umum yang tersedia.
- 6) Fasilitas rumah sakit untuk pasien, seperti mutu makanan, privasi, dan pengaturan kunjungan.
- 7) *Outcome* terapi dan perawatan yang diterima.

Lupiyadi dalam Rangkuti (2013), menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat kepuasan, terdapat lima faktor utama yang harus diperhatikan, yaitu :

1) Kualitas pelayanan

Pelanggan dalam hal ini keluarga pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

2) Emosional

Keluarga pasien akan merasa bangga dan mendapat keyakinan bahwa orang lain akan kagum terhadapnya bila keamanannya

dijamin oleh asuransi yang mempunyai tingkat kepuasan lebih tinggi. Kepuasan yang diperoleh bukan karena kualitas dari produk tetapi nilai sosial yang membuat pasien menjadi puas terhadap asuransi.

3) Harga

Harga merupakan aspek penting. Produk yang mempunyai kualitas sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan nilai yang lebih tinggi kepada pelanggannya.

4) Biaya

Pelanggan dalam hal ini pasien tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa, cenderung puas terhadap produk/jasa itu.

5) Waktu tunggu

Lamanya waktu tunggu pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Petugas yang terlalu lama/kurang cepat dalam memberikan pelayanan baik pelayanan karcis maupun pelayanan medis dan obat-obatan akan membuat pasien kurang puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya.

2. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan

(Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

IGD adalah salah satu unit pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit)/lanjutan (bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur Pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018). IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari - hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 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/definitif dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 3) Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tersebut tidak mampu melakukan layanan lanjutan.

IGD rumah sakit harus dikelola dan diintegrasikan dengan instalasi/unit lainnya di dalam rumah sakit. Kriteria umum IGD rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) :

- 1) Dokter/dokter gigi sebagai kepala IGD rumah sakit disesuaikan dengan kategori penanganan.
- 2) Dokter/dokter gigi penanggungjawab pelayanan kegawatdaruratan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
- 3) Perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan kegawatdaruratan.
- 4) Semua dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lain, dan tenaga nonkesehatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (*Basic Life Support*).
- 5) Memiliki program penanggulangan pasien massal, bencana (*disaster plan*) terhadap kejadian di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.

- 6) Jumlah dan jenis serta kualifikasi tenaga di IGD rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

3. Konsep *Triage*

a. Definisi *Triage*

Triage adalah diambil dalam bahasa perancis “*trier*” artinya pemilahan/memilah. Awalnya *triage* dilakukan oleh dokter atau tim yang terdiri dari dokter dan perawat ,tapi saat ini *triage* dilakukan oleh perawat unit IGD yang telah berpengalaman (Kartikawati, 2011).

Rumah sakit harus dapat melaksanakan pelayanan *triage*, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan. Apabila diperlukan evakuasi, rumah sakit yang menjadi bagian dari Sistem Penanganan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dapat melaksanakan evakuasi tersebut. Setiap rumah sakit harus memiliki standar *triage* yang ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit (Permenkes RI No. 47 tahun 2018).

- 1) *Triage* adalah struktur/konsep dasar dimana semua pasien yang masuk dikategorikan ke dalam kelompok menggunakan standar skala rating urgensi/kegawatan. Zimmermann, (2001) dalam Pratiwi, et al. (2017).
- 2) *Triage* tidak disertai tindakan/intervensi medis.
- 3) *Triage* dengan lima skala terbukti menjadi metode yang valid dan dapat diandalkan untuk mengkategorikan pasien di Instalasi Gawat Darurat. Wuerz, et al. (2000) dalam Pratiwi, et al. (2017).

- 4) Keandalan dari suatu skala *triage* dapat dievaluasi dengan empat kriteria :
- (a) Utilitas : skala harus relatif mudah dipahami dan sederhana untuk diterapkan oleh perawat dan dokter.
 - (b) Validitas : skala harus mengukur apa yang ingin diukur.
 - (c) Keandalan : penerapan skala harus *independen* dari perawat atau dokter dalam melakukan peran yaitu harus konsisten. *inter-rater reliability* adalah istilah yang digunakan untuk mengukur statistik kesepakatan yang dicapai dengan dua atau penilai lainnya dalam menggunakan skala *triage* yang sama. Fernades , et al. (2005) dalam Pratiwi, et al. (2017)
 - (d) Keamanan : keputusan *triage* harus sepadan dan sesuai dengan kriteria klinis obyektif dan harus mengoptimalkan waktu untuk intervensi tindakan. Selain itu, *triage* harus cukup peka untuk menangkap adanya kemunculan tanda-tanda kondisi akut yang baru. Zimmermann, (2001) dalam Pratiwi, at al. (2017).
- 5) Menurut Richardson, (2004) dalam Pratiwi, at al. (2017), Sistem *triage* yang efektif mempunyai beberapa prinsip yaitu
- (a) Merupakan sebuah titik masuk untuk semua pasien yang masuk ke instalasi gawat darurat (ambulant dan non ambulant), sehingga semua pasien mengalami proses penilaian yang sama.
 - (b) Kontruksi lingkungan fisik yang sesuai untuk melakukan penilaian singkat. Perlu direncanakan beberapa hal tentang

akses yang mudah pasien dan perawat dalam memberikan dan menerima tindakan, keamanan dan melengkapi administrasi persyaratan, ketersediaan peralatan bantuan hidup dasar dan fasilitas cuci tangan.

- (c) Perlu desain khusus yang memudahkan dalam hal pasien mengakses informasi dari titik *triage* ke ruangan yang sesuai, pengobatan dan disposisi.

b. Prosedur *Triage*

- 1) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit
- 2) Di ruang *triage* dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara :
 - (a) Menilai tanda vital dan kondisi umum pasien
 - (b) Menilai kebutuhan medis
 - (c) Menilai kemungkinan bertahan hidup
 - (d) Menilai bantuan yang memungkinkan
 - (e) Memprioritaskan penanganan definitif
- 3) Namun bila jumlah pasien lebih dari 50 orang, maka *triage* dapat dilakukan di luar ruang *triage* (di depan gedung IGD rumah sakit).
- 4) Barbarie, (2010) mengklasifikasikan kegawatdaruratan pasien gangguan jiwa terdiri dari :
 - (a) Kategori merah (*Immediate*) membutuhkan tindakan langsung,segera. Pasien dengan kategori merah memiliki ciri

membahayakan untuk kehidupan diri sendiri dan orang lain. *Australian Triase Scale* (ATS) menyatakan adanya gangguan perilaku berat dengan ancaman langsung dari bahaya kekerasan.

- (b) Kategori kuning (*Emergency*) membutuhkan respon kurang dari 10 menit. Dengan klasifikasi adanya resiko kemungkinan membahayakan untuk diri sendiri atau orang lain, pasien tampak kaku dan terpasang *restrain*, gangguan perilaku yang berat. *Australian Triase Scale* menyatakan kekerasan atau *agresif* jika : ancaman segera untuk diri sendiri atau orang lain, membutuhkan *restrain* atau menahan diri yang berlebihan, agitasi berat atau agresi.
- (c) Kategori hijau (*Urgent*) membutuhkan waktu 10-30 menit untuk direspon. Kemungkinan membahayakan bagi diri sendiri dan orang lain, distress berat. *Australian Triase Scale* menyatakan sangat tertekan dan resiko menyakiti diri sendiri, akut psikotik atau pikiran tidak teratur, krisis situasional, menyakiti diri sendiri, gelisah, menarik diri.
- (d) Kategori semi *urgent* , membutuhkan waktu 30-60 menit untuk direspon. *Australian Triase Scale* (ATS) menyatakan bersifat semi mendesak, dibawah observasi dan atau tidak resiko dengan segera menyakiti diri sendiri atau orang lain.

4. Fasilitas IGD

Menurut Kemenkes RI (2012), kebutuhan ruang, fungsi dan luasan ruang serta kebutuhan fasilitas pada ruang gawat darurat di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1) Ruang Penerimaan

Ruang penerimaan memiliki fasilitas :

- a) Ruang administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik. Besaran ruang/luas bekisar antara 3-5 m²/ petugas (luas area disesuaikan dengan jumlah petugas). Untuk kebutuhan fasilitas antara lain seperti meja, kursi, lemari berkas/arsip, telepon, *safety box* dan peralatan kantor lainnya.
- b) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/pengantar pasien menunggu. Ruang ini perlu disediakan tempat duduk dengan jumlah yang sesuai aktivitas pelayanan. Besaran ruang/luas 1-1,5 m²/ orang (luas disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/hari). Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain kursi, meja, televisi dan alat pengkondisi udara (*AC/Air Condition*).
- c) Ruang *triage*, ruang tempat memilah–milah kondisi pasien, *true emergency* atau *false emergency*. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti wastafel, kit pemeriksaan sederhana, label.

- d) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan/*parker brankas* pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.
 - e) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri), ruang untuk membersihkan/ dekontaminasi pasien setelah *drop off* dari ambulans dan sebelum memasuki area *triage*. Kebutuhan fasilitas ruang diperlukan adalah *shower* dan *sink* lemari/rak alat dekontaminasi.
 - f) Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah area terbuka dengan/tanpa penutup, fasilitas air bersih dan drainase.
- 2) Ruang Tindakan
- a) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC. Luasan ruangan minimal 36 m². Kebutuhan fasilitas yang diperlukan seperti nasoparingeal, orofaringeal, laringoskop set anak, laringoskop set dewasa, nasotrakeal, orotrakeal, suction, trakeostomi set, bag *valve mask*, kanul oksigen, oksigen mask, *chest tube*, ECG, ventilator transport monitor, *infusion pump*, vena *suction*, *nebulizer*, stetoskop, warmer, NGT, USG.
 - b) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu meja periksa,

dressings set, *infusion* set, *vena section* set, torakosintesis set, *metalkauter*, tempat tidur, tiang infus, film *viewer*.

- c) Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien. Luasan ruangan minimal 7,2 m²/ meja tindakan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan yaitu kubah lambung set, EKG, irrigator, *nebulizer*, *suction*, oksigen medis, NGT, infusion pump, jarum spinal, lampu kepala, otoskop set, tiang infus, tempat tidur, film *viewer*, ophtalmoskop, bronkoskopi, *slit lamp*.
 - d) Ruang observasi, ruang untuk melakukan observasi terhadap pasien setelah diberikan tindakan medis. Kebutuhan fasilitas hanya tempat tidur periksa.
 - e) Ruang pos perawat (*nurse station*), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi s/d evaluasi pasien. Pos perawat harus terletak dipusat blok yang dilayani agar perawat dapat mengawasi pasiennya secara efektif. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain meja, kursi, wastafel, komputer, dan lain-lain.
- 3) Ruang Penunjang Medis
- a) Ruang petugas/staf, merupakan ruang tempat kerja, istirahat, diskusi petugas IGD, yaitu kepala IGD, dokter, dokter konsulen,

perawat. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah sofa, lemari, meja/kursi, wastafel, *pantry*.

- b) Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai ruang istirahat perawat. Luas ruangan sesuai kebutuhan. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan antara lain sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.
- c) Gudang kotor, fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan. *Spoolhoek* berupa bak atau kloset yang dilengkapi leher angsa. Kebutuhan fasilitas yang diperlukan adalah kloset leher angsa, kran air bersih.
- d) Toilet petugas, terdiri dari kamar mandi/ WC untuk petugas IGD.
- e) Ruang loker, merupakan ruang tempat menyimpan barang-barang milik petugas/staf IGD dan ruang ganti pakaian.

5. *Respon Time*

a. Pengertian *respon time*

Respon time (waktu tanggap) adalah kecepatan waktu penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan awal akibat masalah kesehatan yang dialami (Kemenkes RI, 2009).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2009) kecepatan pelayanan yaitu standar waktu pelaksanaan tindakan yang dilakukan tenaga penyelenggara layanan, yang dimaksudkan adalah pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat maksimal dalam waktu kurang dari 5 menit.

Respon *time* juga dikategorikan dengan prioritas. Prioritas 1 (P1) dengan penanganan 0 menit, Prioritas 2 (P2) dengan penanganan < 30 menit, Prioritas 3 (P3) dengan penanganan < 60 menit. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

b. Faktor yang mempengaruhi respon *time*

Menurut Khairina , et al (2017) beberapa faktor yang mempengaruhi *respon time triage* pasien di ruang IGD antara lain :

1) Ketersediaan *stretcher*

Ketidacukupan terhadap ketersediaan *stretcher* pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis. Maka, penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan *stretcher* yang kurang memadai (*Canadian of Association Emergency Physician*, 2012).

2) Ketersediaan petugas *triage*

Ketersedian petugas *triage* sangat berpengaruh karena pada saat pasien masuk IGD maka pertama kali pasien akan dilakukan penggolongan *triage* terlebih dahulu untuk menentukan prioritas tindakan, namun jika petugas *triage* tidak tersedia maka hal tersebut tidak dilakukan sehingga pasien yang masuk akan berkumpul dalam satu ruangan tanpa adanya penggolongan

prioritas penanganan dan membuat petugas yang akan melakukan tindakan menjadi kesulitan.

3) Tingkat karakteristik pasien

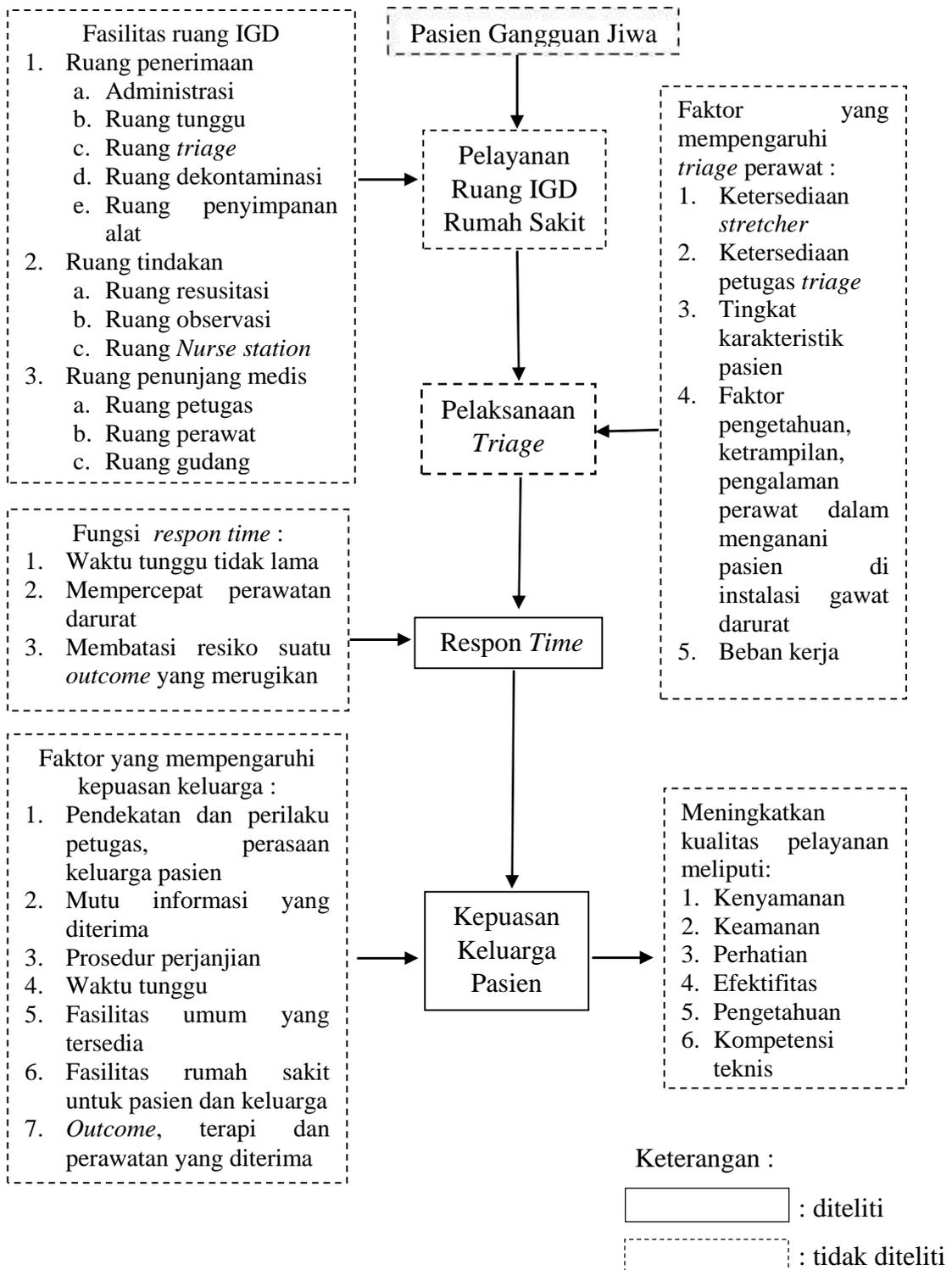
Kondisi pasien yang masuk di IGD akan mempengaruhi waktu tanggap perawat itu sendiri, semakin kritis keadaan pasien, maka waktu tanggap perawat harus semakin cepat karena berhubungan dengan keselamatan dan nyawa pasien.

4) Faktor pengetahuan kesehatan, ketrampilan dan pengalaman kerja petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat.

5) Beban kerja.

Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu (Permenkes RI, 2017).

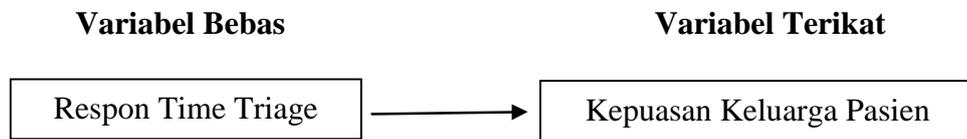
B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Kemenkes, (2009), Kemenkes (2012), Khairina , et al (2017), Syafrudin (2011), dan Mamik (2017)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

H_a : Terdapat hubungan respon *time triage* perawat dengan kepuasan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat.

