

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Kepuasan pasien

a. Definisi kepuasan pasien

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Handayani, 2016).

Kepuasan pasien didefinisikan sebagai respon pelanggan terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian. Kepuasan pasien/pelanggan adalah inti dari pemasaran yang berorientasi kepada pasien/pelanggan. Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien dan kepuasan sangat erat hubungannya dengan “word of mouth”, maka pelayanan yang memuaskan tersebut juga akan mendatangkan pelanggan baru (Kuntoro and Istiono,2017)

Sedangkan Kotler dkk (2016) menyimpulkan bahwa kepuasan adalah tingkat kepuasan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan maka pelanggan/pasien akan merasa sangat kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan pelanggan akan puas. Sedangkan jika kinerja melebihi harapan maka pelanggan/pasien akan sangat puas. Harapan pelanggan dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut Parasuraman (Nursalam. 2011), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah:

- 1) Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. Pelayanan yang terpercaya artinya adalah konsisten. Sehingga *reliability* mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat dan akurat.
- 2) Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kesediaan atau kemauan untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat.
- 3) Jaminan (*assurance*), yaitu mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki staf (bebas dari bahaya, resiko atau keraguan).
- 4) Empati (*emphaty*), yaitu membina hubungan yang baik, pemahaman atas kebutuhan individual para pasien dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual kepada pasiennya.

5) Bukti langsung (*tangibles*), yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, pegawai, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pasien.

c. Aspek-aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien

Menurut Sabarguna dalam Irsanty I. (2017) Ada empat aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

1) Kenyamanan

Kenyamanan yang menyangkut lokasi, kebersihan, kenyamanan ruang, penerangan, pembuangan sampah, kesegaran ruangan, dan peralatan ruangan.

2) Hubungan pasien dengan petugas

Hubungan pasien dengan petugas mencakup keramahan, informative, komunikatif, reponsif, suportif, cekatan dan sopan.

3) Kompetensi teknis petugas

Kompetensi petugas mencakup kecepatan pelayanan pendaftaran, keterampilan dalam menggunakan teknologi, pengalaman petugas medis, keberanian dalam mengambil keputusan dan gelar yang dimiliki.

4) Biaya

Biaya mencakup mahalnya pelayanan sebanding dengan hasil pelayanan, keterjangkauan biaya, dan ada tidaknya keinginan, kewajaran biaya dan ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin.

d. Indikator kepuasan pasien

Menurut Tryhaji (Yulfita, Aini & Andari, 2016) indikator kepuasan pelanggan adalah:

1) Pelayanan yang telah diberikan sesuai dengan apa yang diharapkan

2) Kesiediaan pasien untuk memberikan informasi kepada orang lain

- 3) Puas akan kualitas pelayanan yang sudah diberikan
 - 4) Keinginan untuk kembali menggunakan jasa tersebut
2. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

- a. Pengertian Gawat Darurat

Gawat artinya mengancam nyawa, sedangkan darurat adalah segera mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan mengancam nyawa harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Hutabarat & Putra, 2016). Situasi gawat darurat tidak hanya terjadi akibat lalu lintas jalan raya yang sangat padat saja, tapi juga dalam lingkup keluarga dan perumahan pun sering terjadi. Misalnya, seorang yang habis melakukan olahraga tiba-tiba terserang penyakit jantung, seorang yang makan tiba-tiba tersedak, seorang yang membersihkan rumput dikebun tiba-tiba tergigit ular berbisa, dan sebagainya. Untuk itu diperlukan tindakan segera untuk mencegah kecacatan atau kematian pada korban dengan tindakan gawat darurat. Salah satunya adalah dengan segera membawa korban ke IGD agar segera mendapatkan tindakan medis yang tepat untuk korban.

- b. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pasien gawat darurat adalah orang yang berada dalam ancaman kematian dan kecacatan yang memerlukan tindakan medis segera (Permenkes, 2018).

Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting dalam pencegahan terjadinya kematian dan kecacatan korban (Hamarno, 2016). Instalasi gawat darurat merupakan tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dan membutuhkan pertolongan pertama (Hadiansyah et al., 2019)

b. Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. IGD memiliki peran sebagai gerbang utama masuknya penderita gawat darurat (Ali, 2014).

Instalasi gawat darurat 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).

Sehingga dari beberapa definisi diatas dapat diambil kesimpulan bahwa instalasi gawat darurat adalah unit kesehatan yang melayani kasus gawat darurat yang menjadi tujuan pertama bagi pasien yang datang ke rumah sakit dengan kondisi kritis atau cedera yang bisa membahayakan hidupnya sehingga membutuhkan pertolongan pertama untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan korban.

c. Prinsip Instalasi Gawat Darurat

Menurut Kemenkes RI nomer 856 tahun 2009 mengenai standar IGD menjelaskan bahwa pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 menit

dihitung dari setibanya pasien didepan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD (Mbaloto, 2020).

IGD mempunyai tugas untuk memberikan pelayanan keperawatan gawat darurat bagi pasien dengan kondisi kritis atau membahayakan nyawa. Respon yang cepat terhadap pasien gawat darurat akan menjadi salah satu penentu kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit (Perceka, 2020).

d. Konsep Triage

1) Pengertian triage

Triage adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkatan kegawatan kondisinya. Triage juga diartikan sebagai suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan pada *airway (A)*, *breating (B)*, dan *circulation (C)* dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup pasien (Mardalena, 2016).

Australasian Triage Scale (ATS) adalah sebuah algoritma yang digunakan untuk memastikan pasien mendapatkan intervensi yang sesuai dengan waktu kritisnya (varndell, et all., 2019). Pengambilan keputusan klinis mengenai triage berdasarkan kategori prioritas pasien menentukan tatalaksana asuhan keperawatan gawat darurat yang akan diterima oleh pasien. Peran triage membutuhkan keterampilan penilaian klinis yang sangat tinggi, dan dasar pengetahuan yang relevan untuk membedakan keluhan yang tidak mendesak dari kondisi yang mengancam jiwa dilinkungan pekerjaan sibuk dan membuat stress (Varndell et all., 2019)

Keterampilan triage pada perawat IGD berfokus pada prosedur penilaian cepat, kategorisasi dan alokasi pasien (Fathoni, et al., 2013). Ketidakakuratan triage dapat mengakibatkan hasil klinis yang buruk, lamanya waktu untuk mendiagnosa dan waktu untuk mendapat perawatan, ketidakefisienan dalam pemakaian sumberdaya dan fasilitas, dan bahkan meningkatkan mortalitas dan morbiditas (Ogliastri & Zuniga, 2016)

2) Tujuan Triage

Triage memiliki tujuan utama meminimalisasi terjadinya cedera dan kegagalan selama proses penyelamatan pasien. Perawat yang berhak melakukan triage adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD) dan *Basic Trauma Cardiac Life Support* (BTCLS). Dengan kata lain perawat yang melakukan triage adalah perawat yang memiliki pengetahuan memadai dan pengalaman. Hal ini dikarenakan selama dilapangan perawat akan dihadapkan dengan banyak kasus yang menuntut kecekatan menggali informasi secara cepat dan akurat.

3) Prosedur Triage

Berdasarkan (Permenkes RI No.47 tahun 2018) prosedur yang triage adalah sebagai berikut:

- a) Pasien datang diterima tenaga kesehatan di IGD rumah sakit.
- b) Di ruang triage dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratannya oleh tenaga kesehatan dengan cara:
 - 1) Menilai tanda vital dan kondisi umum pasien
 - 2) Menilai kebutuhan medis
 - 3) Menilai kemungkinan bertahan hidup

- 4) Menilai bantuan yang memungkinkan
- 5) Memprioritaskan penanganan definitif
- c) Namun jika jumlah pasien lebih dari 50 orang maka triase dapat dilakukan di luar ruang triase
- d) Pasien dibedakan menurut kegawatdaruratannya dengan memberi warna kode, yaitu:
 - 1) Warna merah, menandakan pasien adalah prioritas pertama pertolongan, pasien cedera berat mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila dilakukan pertolongan segera.
 - 2) Warna kuning, menandakan bahwa pasien merupakan prioritas kedua. Pasien memerlukan tindakan tetapi tidak ada ancaman jiwa segera. Pasien dapat ditangani setelah pasien dengan prioritas pertama selesai ditangani.
 - 3) Warna hijau, menandakan bahwa pasien merupakan prioritas ketiga. Pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong dirinya sendiri atau mencari pertolongan.
 - 4) Warna hitam, menandakan bahwa pasien merupakan prioritas nol, yang artinya pasien sudah dinyatakan meninggal dunia atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.
- e. Fasilitas IGD

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

- 1) Ruang penerimaan

- a) Ruang administrasi, berfungsi untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi, meliputi: pendataan pasien, keuangan dan rekam medik.
 - b) Ruang tunggu pengantar pasien, berfungsi sebagai ruangan dimana keluarga/ pengantar pasien menunggu pasien.
 - c) Ruang triase, ruang tempat memilih pasien sesuai dengan kondisinya, *true emergency* atau *false emergency*.
 - d) Ruang penyimpanan brankar, tempat meletakkan brankar pasien yang siap digunakan apabila diperlukan.
 - e) Ruang dekontaminasi (untuk RS di daerah industri), ruangan untuk membersihkan pasien setelah drop off dari ambulans dan sebelum memasuki fase triase.
 - f) Area yang dapat digunakan untuk penanganan korban bencana massal.
- 2) Ruang tindakan
- a) Ruang resusitasi, ruangan ini dipergunakan untuk melakukan tindakan penyelamatan penderita gawat darurat akibat gangguan ABC.
 - b) Ruang tindakan bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan bedah ringan pada pasien.
 - c) Ruang tindakan non bedah, ruangan ini untuk melakukan tindakan non bedah pada pasien.
 - d) Ruang observasi, ruangan yang digunakan untuk melakukan observasi pada pasien setelah diberikan tindakan medis.
 - e) Ruang pos perawat (*nurse station*), ruang untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pelayanan keperawatan, pengaturan jadwal, dokumentasi sampai dengan evaluasi pasien.

- 3) Ruang penunjang medis
 - a) Ruang petugas atau staf, merupakan tempat kerja, istirahat, dan diskusi semua petugas atau staf IGD.
 - b) Ruang perawat, ruang ini digunakan sebagai tempat istirahat perawat.
 - c) Gudang kotor, fasilitas untuk membuang kotoran bekas pelayanan pasien khususnya yang berupa cairan.
 - d) Toilet petugas
 - e) Ruang loker, tempat menyimpan barang-barang milik petugas atau staf IGD.

B. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan Kesehatan adalah pelayanan Kesehatan yang dapat memuaskan setiap jasa pemakai pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standard dan kode etik profesi (Anwar dalam Purwoastuti, 2015). Sedangkan menurut Mary R.Zimmerman dalam Purwoastuti (2015) mutu pelayanan Kesehatan memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi pasien, keluarga dan lainnya yang datang untuk mendapatkan pelayanan dokter.

b. Dimensi Mutu Pelayanan

Dimensi kualitas layanan kesehatan antara lain (Pohan,2012):

- 1) Dimensi kompetensi teknis (keterampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan).

- 2) Keterjangkauan atau akses (layanan kesehatan harus dapat dicapai oleh masyarakat tanpa terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa).
- 3) Efektifitas (bagaimana standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten, dan sesuai situasi setempat) dan sangat berkaitan dengan keterampilan dalam mengikuti prosedur yang terdapat dalam layanan kesehatan.
- 4) Efisiensi (dapat melayani lebih banyak pasien atau masyarakat).
- 5) Kesenambungan (pasien harus dapat dilayani sesuai dengan kebutuhan).
- 6) Keamanan (aman dari resiko cedera, infeksi dan efek samping atau bahaya yang ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri)
- 7) Kenyamanan (kenyamanan dapat menimbulkan kepercayaan pasien kepada organisasi layanan kesehatan).
- 8) Informasi (mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan akan dan telah dilaksanakan. Hal ini penting untuk tingkat puskesmas dan rumah sakit).
- 9) Ketepatan waktu (agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat, oleh pemberi layanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta biaya yang efisien).
- 10) Hubungan antar manusia merupakan interaksi antar pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien, antar sesama pemberi layanan kesehatan. HAM ini akan memberi kredibilitas dengan cara saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati, responsif memberi perhatian.

Tjiptono (2014) menyatakan bahwa dalam menilai mutu atau jasa pelayanan, terdapat sepuluh ukuran mutu jasa atau pelayanan, yaitu

- 1) *Tangible* (nyata)
- 2) *Reliability* (keandalan)
- 3) *Responsiveness* (cepat tanggap)
- 4) *Competence* (kompetensi)
- 5) *Acces* (kemudahan)
- 6) *Courtesy* (keramahan)
- 7) *Communication* (komunikasi)
- 8) *Credibility* (kepercayaan)
- 9) *Security* (keamanan)
- 10) *Understanding the customer* (pemahaman pelanggan)

Sedangkan menurut Muninjaya (2014), Mutu pelayanan Kesehatan dibagi menjadi 5 dimensi, yaitu:

a) *Responsiveness* (ketanggapan)

Yaitu kemampuan untuk membantu pasien dan memberikan jasa dengan cepat dan tanggap. Daya tanggap (*responsiveness*) berkenaan dengan kesediaan dan kemampuan para pegawai untuk membantu para pasien dan merespon permintaan mereka, serta menginformasikan kapan jasa akan diberikan secara cepat. Misalnya kemampuan dokter, bidan/perawat untuk tanggap menyelesaikan keluhan pasien, petugas memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti dan tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan.

b) *Tangibles* (bukti langsung)

Bukti fisik (*tangibles*) dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan. Bukti fisik berkenaan dengan daya tarik kualitas fisik, perlengkapan, dan material yang digunakan perusahaan serta penampilan karyawan.

c) *Reliability* (kehandalan)

Yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat, akurat dan terpercaya. Misalnya pelayanan kesehatan, pengobatan dan perawatan yang cepat dan tepat, jadwal pelayanan dijalankan secara tepat serta prosedur pelayanan yang tidak rumit. Dibandingkan dengan empat dimensi kualitas pelayanan lainnya dimensi kehandalan sering dipersepsikan menjadi yang paling penting bagi pelanggan dari beragam industri jasa. Karena apabila konsumen merasakan bahwa kehandalan suatu perusahaan jasa sangat sesuai dengan harapan, maka mereka akan bersedia mengeluarkan biaya tambahan agar perusahaan melaksanakan transaksi seperti yang dijanjikan.

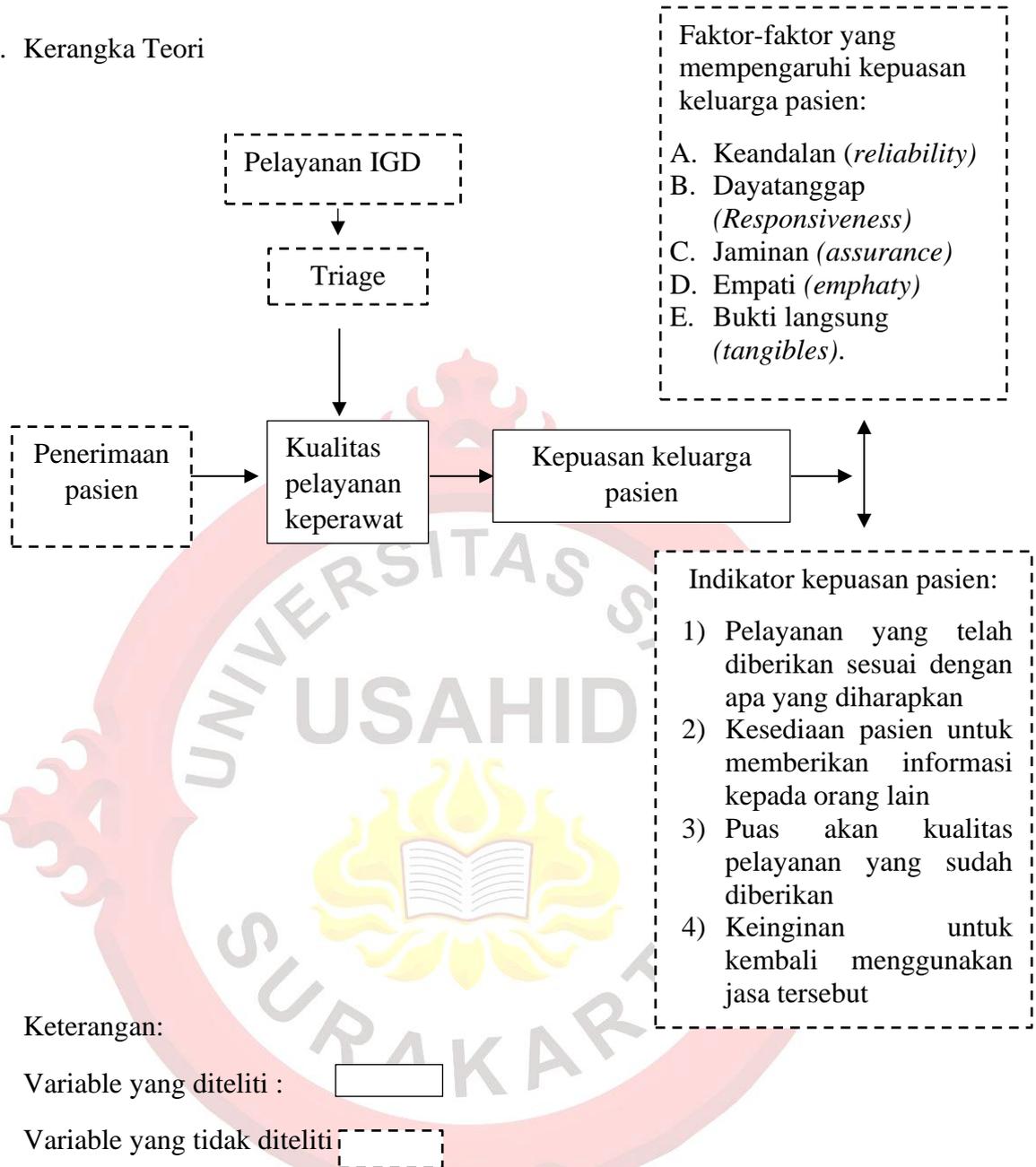
d) *Assurance* (jaminan)

Yaitu pengetahuan atau kesopanan petugas serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan. Jaminan juga berarti bahwa para petugas selalu bersikap sopan dan menguasai pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk menangani setiap pertanyaan atau masalah dari pasien. Misalnya pengetahuan dan kemampuan medis menetapkan diagnosa, keterampilan petugas dalam bekerja, pelayanan yang sopan dan ramah, jaminan keamanan, kepercayaan status sosial, bebas dari biaya dan keragu-keraguan.

e) *Empathy* (empati)

Empati yaitu memberikan sikap yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pasien dengan berupaya memahami keinginan dari pasien tersebut. Empati berarti puskesmas memahami masalah para pasiennya dan bertindak demi kepentingan pasien tersebut. Empati dalam hal ini staf/karyawan mampu menempatkan dirinya pada pelanggan. Misalnya memberikan perhatian secara khusus kepada setiap pasien, kepedulian terhadap keluhan pasien, memberikan pelayanan kepada semua pasien tanpa membedakan status, menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan. Berdasarkan penjabaran mengenai dimensi dari kualitas pelayanan kesehatan dapat disimpulkan bahwa dimensi kualitas pelayanan kesehatan dapat berbeda untuk setiap pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan.

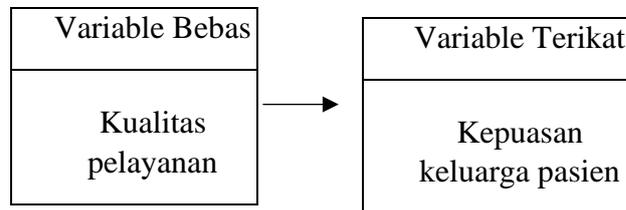
C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

Sumber: Nursalam (2011); Handayani (2016); Ali (2014).

D. Kerangka konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Menurut La Biondo-Wood dan Haber dalam Nursallam (2017). Hipotesis adalah suatu pertanyaan asumsi tentang hubungan antara dua variabel atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian.

Ha = Terdapat hubungan kualitas pelayanan keperawatan terhadap kepuasan keluarga pasien di ruang instalasi gawat darurat rumah sakit