

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Pengertian pelayanan IGD

IGD adalah Instalasi pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama selama 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan multi disiplin ilmu, multi profesi dan terintegrasi (Kemenkes RI, 2009). Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin. Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan (Permenkes, 2018). Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit krusial dari suatu rumah sakit yang berfungsi sebagai pintu utama dalam penanganan kasus kegawatdaruratan (Ardiyani, Andri and Eko, 2015). Pada Instalasi gawat darurat Waiting time digunakan untuk melihat tingkat kepadatan dan kinerja klinis. (Niels, et al, 2012 dalam Ardiyani, Andri and Eko, 2015)

IGD merupakan salah satu departemen yang sering mendapatkan keluhan tentang mutu pelayanan. Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu. Waktu tunggu adalah waktu dari pasien daftar sampai dengan di periksa oleh dokter (Siti, Ratna and Alik, 2019). Waiting time

sebagai salah satu indikator kunci penilaian efesiensi peningkatan kinerja operasional dan klinis(Ardiyani, Andri and Eko, 2015). Menurut Moewardi (2003), 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 (Rembet, Mulyadi and Malara, 2015).

2. Jenis pelayanan IGD

Kegiatan yang menjadi tanggung jawab IGD banyak macamnya, secara umum dapat dibedakan atas tiga macam (Djemari, 2011) :

a. Menyelenggarakan Pelayanan Gawat Darurat

Kegiatan pertama yang menjadi tanggung jawab IGD adalah menyelenggarakan pelayanan gawat darurat. Pelayanan gawat darurat sebenarnya bertujuan untuk menyelamatkan kehidupan pasien (*life saving*) sering dimanfaatkan hanya untuk memperoleh pelayanan pertolongan pertama (*first aid*) dan bahkan pelayanan rawat jalan (*ambulatory care*).

Pengertian gawat darurat yang dianut oleh anggota masyarakat memang berbeda dengan petugas kesehatan, oleh anggota masyarakat setiap gangguan kesehatan yang dialaminya dapat saja diartikan sebagai keadaan darurat (*emergency*) dan karena itu mendatangi IGD untuk meminta pertolongan. Tidak mengherankan jika jumlah penderita rawat jalan yang IGD dari tahun ke tahun tampak semakin meningkat.

b. Menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan rawat inap intensif.

Kegiatan kedua yang menjadi tanggung jawab IGD adalah menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan intensif. Pada dasarnya kegiatan ini merupakan lanjutan dari pelayanan gawat darurat yakni dengan merujuk kasus-kasus gawat darurat yang di nilai berat untuk memperoleh pelayanan rawat inap yang intensif. Seperti misalnya Unit Perawatan Intensif (*intensive care unit*), untuk kasus-kasus penyakit umum, serta Unit Perawatan Jantung Intensif (*intensive cardiac care unit*) untuk kasus-kasus penyakit jantung, dan unit perawatan intensif lainnya.

c. Menyelenggarakan pelayanan informasi medis darurat.

Kegiatan ketiga yang menjadi tanggung jawab IGD adalah menyelenggarakan informasi medis darurat dalam bentuk menampung serta menjawab semua pertanyaan anggota masyarakat yang ada hubungannya dengan keadaan medis darurat (*emergency medical questions*). Pelaksanaan pelayanan gawat darurat adalah menyelenggarakan pelayanan gawat darurat, menyelenggarakan pelayanan penyaringan untuk kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan rawat inap intensif serta menyelenggarakan pelayanan informasi medis darurat.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan IGD

Jakarta Medical Service 119 (2013) mengatakan dalam pelayanan di IGD harus ada organisasi yang baik dan lengkap, baik pembiayaan, Sumber Daya Manusia (SDM) yang terlatih, sarana yang standar baik sarana medis maupun sarana non medis dan mengikuti teknologi pelayanan medis(Jakarta Medical Service 119, 2013). Penentuan prioritas kegawatdaruratan pasien dimana Length Of Stay (LOS) dan *waiting*

time pelayanan pasien merupakan salah satu indikator kepuasan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit (Ardiyani, Andri and Eko, 2015). Bidang Diklat PPNI Jawa Timur (2014) mengatakan bahwa pelayanan di IGD adalah pelayanan pertama bagi kasus gawat darurat yang memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan termasuk sumber pembiayaan, SDM yang baik dan terlatih, mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis.

Maryuani dkk (2009) mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi asuhan keperawatan gawat darurat, yaitu: kondisi kegawatan seringkali tidak terprediksi baik kondisi pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi di antara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat, keperawatan diberikan untuk semua usia dan sering dengan data dasar yang sangat mendasar, tindakan yang diberikan harus cepat dan dengan ketepatan yang tinggi. Pratiwi (2011) mengemukakan bahwa ada beberapa aspek utama yang mendukung pelayanan keperawatan di IGD diantaranya jumlah perawat yang cukup akan meningkatkan pelayanan, ketanggapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kelengkapan fasilitas IGD.

4. Tujuan pelayanan IGD

Tujuan penanggulangan gawat darurat adalah :

- a. Mencegah kematian dan cacar pada pasien gawat daurat, hingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat

- b. Merujuk pasien gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai
- c. Penanggulangan korban bencana

5. Indikator pelayanan IGD

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPMRS untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut.

Tabel 1
Key performance Indicators Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Gawat darurat	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	-
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	24 jam
	Kesedian tim penanggulanagn bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
	Kepuasan pelanggan	≥ 70%
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

(Kemenkes RI, 2008)

6. Standar praktik IGD

Mengacu kepada standar praktik *registered nurse (RN) WP-SEAR*, maka yang menjadi standar dalam keperawatan gawat darurat adalah :

- a. *Assesment*, melakukan penilaian awal kondisi korban gawat darurat berupa *primary survey* dan *secondary survey*.
- b. *Diagnosis*, melakukan diagnosis terhadap kondisi korban

- c. *Intervention*, melakukan perencanaan akurat sesuai kondisi korban (tindakan langsung kepada korban)
- d. *Implemention* melakukan implementasi lanjutan bagi korban guna stabilitas korban. Prinsipnya bila dipelayanan kesehatan melakukan semua yang tercatat dan mencatat semua yang telah dilakukan
- e. *Evaluation*, melakukan evaluasi serta tindakan lanjutan bagi korban
- f. Dokumentasi, mendokumentasikan semua yang akan dilakukan yang telah dilakukan.

Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melakukan *secondary survey* :

- a. Telah melengkapi *primary survey*, melakukan survey yang lengkap mengenai kondisin korban, survey dapat pula dilakukan kepada keluarga korban dengan mengambil keterangan tentang kondisi korban dan kondisi korban dengan jelas.
- b. *Initiate rescucitation*, pada kondisi gawat darurat, korban dalam kondisi kritis, dan hal ini membutuhkan tindakan resusitasi yang cepat untuk dapat menyelamatkan hidup korban.
- c. *Reassesment airway, breathing, circulation*, sumbatan jalan napas dan tidak stabilnya denyut jantung korban membutuhkan tindakan secepatnya untuk menstabilkan korban.
- d. *Head to toe evaluation*, pengecekan fisik diperlukan guna melihat apakah ada trauma atau tidak.
- e. *Complete neurological check*, sesampainya di RS sebaiknya dilakukan pengecekan neurolpgical (*CT scan*) untuk memastikan kondisi korban.
- f. Rontgen, dilakukan apabila ada indikasi trauma.

- g. *Special procedure*, prosedur-prosedur lainnya dapat dilakukan jika terlihat indikasi.
- h. *Tubes&finger in every orifice*.
- i. *Reevaluation*, perlu dilakukan untuk memonitoring apabila terjadi kontra indikasi kepada korban (Hutabarat and Syah, 2016).

B. Konsep Triage

1. Pengertian triage

Di Indonesia, istilah triage juga disebut triase. Kedua istilah tersebut memiliki esensi yang sama, yaitu istilah untuk menyortir atau menggolongkan pasien berdasarkan berat cedera dan untuk menentukan jenis perawatan berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma, penyakit dan cedera (Pusponegoro, 2010 dalam Mardalena, 2017). Sementara itu, menurut (Wijaya, 2010 dalam Mardalena, 2017) triage adalah usaha pemilihan korban sebelum ditangani. Pemilihan tersebut dilandaskan pada proses khusus pasien berdasarkan berat tidaknya penyakit pasien. 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) (Gustia and Manurung, 2018). Penandaan triage dilakukan dengan melihat warna pada lembar observasi ketepatan triage yang digunakan. Setelah dilakukan triage pasien akan ditempatkan sesuai dengan golongan triagenya (Worku and Loha, 2017). Triage diartikan sebagai proses memilah pasien menurut tingkat keparahannya. Pasien akan mendapatkan pelayanan sesuai kondisi dan tingkat kegawatan. Pada saat atau setelah proses triage, maka keluarga

pasien atau pengantar secara bersamaan diarahkan untuk mendaftarkan identitas pasien, kemudian pasien akan dilayani oleh dokter jaga dan perawat (Amri, Manjas and Hardisman, 2019).

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 diutamakan yang memiliki pengetahuan memadai dan memiliki pengalaman. Hal ini dikarenakan, selama di lapangan perawat akan dihadapkan oleh banyak kasus yang menuntut kecakapan menggali informasi secara cepat dan akurat.

Kunci keberhasilan melakukan triage ditentukan oleh beberapa hal, diantaranya ditentukan dengan kecepatan menemukan pasien gawat darurat dan kecepatan ketika memberikan pertolongan (Mardalena, 2017).

3. Prinsip triage

Prinsip triage adalah melakukan yang terbaik untuk menyelamatkan banyak orang, meskipun SDM dan alat terbatas. Seperti yang sudah disinggung sebelumnya, perawat melakukan seleksi korban yang akan ditindaklanjuti berdasarkan ancaman : jika mematikan dalam hitungan menit, tingkat kematian dalam hitungan jam, trauma ringan, dan pasien yang sudah meninggal.

Kartikawati (2014) dalam Mardalena (2017) menuliskan setidaknya ada beberapa prinsip triage yaitu :

- a. Dilakukan cepat, singkat dan akurat.
- b. Memiliki kemampuan merespon, menilai kondisi pasien yang sakit, cedera atau yang sekarat.
- c. Pengkajian dilakukan secara adekuat dan akurat.
- d. Membuat keputusan berdasarkan dengan kajian.
- e. Memberikan kepuasan kepada pasien , bisa berupa perawatan secara simultan, cepat, dan pasien tidak ada yang dikeluhkan.
- f. Perawatan memberikan dukungan emosional, baik kepada warga maupun kepada pasien.
- g. Menempatkan pasien berdasarkan tempat, waktu, dan pelayanan yang tepat.

4. Klasifikasi triage

Klasifikasi triage dibagi menjadi tiga prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*. Menurut *Comprehensive Speciality Standart*, ENA (1999) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada saat melakukan triage. pertimbangan tersebut didasarkan pada keadaan fisik, psikososial, dan tumbuh kembang. Termasuk mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan. Klasifikasi pasien dalam triage yaitu :

- a. Gawat Darurat (Prioritas 1 : P1)

Gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberikan tindakan, pasien akan mengalami kecacatan. Kemungkinan paling fatal, dapat menyebabkan kematian (Wijaya, 2010 dalam Mardalena, 2017)

Kondisi gawat darurat dapat disebabkan adanya gangguan *airway*, *breathing*, *circulation* atau mengalami beberapa gangguan lainnya. Gangguan ABC meliputi jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi. Adapun kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal, seperti gangguan *cardiacarrest*, trauma mayor dengan pendarahan, dan mengalami penurunan kesadaran.

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2 : P2)

Klasifikasi yang kedua, kondisi gawat tidak gawat. Pasien yang memiliki penyakit mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat dikategorikan di prioritas 2. Penanganan bisa dilakukan dengan tindakan resusitasi. Selanjutnya, tindakan dapat diteruskan dengan memberikan rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakitnya.

Pasien yang termasuk di kelompok P2 antara lain. Penderita kanker tahap lanjut. Misalnya kanker serviks, sickle cell, dan banyak penyakit yang sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3 : P3)

Ada situasi dimana pasien mengalami kondisi seperti P1 dan P2. Namun, ada juga kondisi pasien darurat tidak gawat. Pasien P3 memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa , namun memerlukan tindakan darurat. Jika pasien P3 dalam kondisi sadar dan tidak mengalami gangguan ABC, maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poliklinik. Pasien dapat diberi terapi definitive , laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan selanjutnya.

d. Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 4 : P4)

Klasifikasi triage ini adalah yang paling ringan di antara triage lainnya. Pasien yang masuk ke kategori P4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit P4 adalah penyakit ringan . misalnya , penyakit panu, flu, batuk-pilek, dan gangguan seperti demam ringan(Mardalena, 2017).

5. Klasifikasi tingkat prioritas

a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Warna merah menandakan bahwa pasien dalam keadaan mengancam jiwa yang menyerang bagian vital. Pasien bertanda merah, jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan pasien kehilangan nyawanya.

b. Kuning

Pasien dengan triage kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa. Misalnya, pasien yang mengalami luka bakar grade II dan III kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi luas.

c. Hijau

Warna hijau merupakan tingkat prioritas ketiga. Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam artian pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Misalnya, luka superfisial.

d. Hitam

Warna hitam juga diberikan kepada pasien yang tidak bernapas setelah dilakukan intervensi *live saving*.

Dari keempat klasifikasi berdasarkan prioritas diatas, berikut adalah kriteria pemberian warna berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien.

- a. Hitam (Prioritas 0): korban meninggal.
- b. Merah (prioritas 1): respirasi >30 kali per menit, tidak ada nadi radialis, tidak sadar atau penurunan kesadaran.
- c. Kuning (prioritas 2): respirasi <30 kali per menit, nadi teraba, status mental normal.
- d. Hijau (prioritas 3): tidak memiliki kegawatan yang serius.

6. Klasifikasi berdasarkan tingkat keakutan

Kartikawati (2014) membagi triage menjadi beberapa bentuk, sebagai berikut.

a. Triage Dua Tingkat

Pasien yang masuk kategori triage dua tingkat adalah pasien yang sakit dan membutuhkan perawatan darurat. Selain itu, pasien yang termasuk kategori ini juga dalam kondisi nyawa dan organ tubuhnya dalam bahaya. Pasien tidak mampu lagi menunda rasa sakit yang dirasakan.

b. Triage Tiga Tingkat

Triage tiga tingkat adalah kategorisasi yang menggunakan sistem pemberian warna. Triage tiga tingkat paling sering digunakan di Amerika Serikat yang merujuk pada tiga kondisi. Ketiga kondisi tersebut antara lain kondisi gawat darurat,

kondisi darurat, dan kondisi biasa. Pasien yang berada dalam kondisi gawat darurat merupakan pasien yang segera memperoleh penanganan segera, pasien tidak mampu menunggu lama, dan nyawa pasien dalam keadaan terancam.

Pasien dalam kondisi darurat maka pasien segera memperoleh tindakan. Meskipun demikian, pasien masih mampu bertahan selama beberapa jam. Kategori biasa, pasien dalam kondisi tidak mengalami kritis dan membahayakan.

c. Triage Empat Tingkat

Pada kategori triage empat tingkat selain menambahkan tiga status biasa, darurat., dan gawat darurat, perawat bisa menambahkan status *life threatening*.

d. Triage Lima Tingkat

Amerika Serikat menerapkan triage lima tingkat di rumah sakit. Amerika Serikat menggunakan triage ini karena meyakini bahwa dengan triage ini kualitas pelayanan pasien akan bertambah, karena menerapkan skala triage terstandar dan proses kategori akuitas.

Penggunaan triage lima tingkat di Amerika dikarenakan kesepakatan yang telah dibuat sejak tahun 2003 lalu. Isi kesepakatan tersebut *melibatkan American College Of Emergency Physicians (ACEP) dan ENA*.

e. Skala Triage Kanada

Kanada mengembangkan triage lima tingkat. Setiap tingkat mewakili beberapa keluhan dari pasien. Perawat melakukan triage didasarkan pada ilmu dan pengalaman berdasarkan tingkat kedaruratan. Misalnya, perawat bisa mengajukan beberapa pertanyaan untuk melakukan pengkajian. Dari pertanyaan tersebut perawat dapat menentukan tingkat kedaruratan pasien.

7. Klasifikasi Triage Kanada

Tabel 2
Klasifikasi Triage Kanada

Kategori Kanada	Keterangan
1	Apabila pasien memerlukan intervensi penyelamatan jiwa (<i>Resuscitative</i>)
2	Apabila pasien tidak bisa menunggu karena risiko tinggi, perubahan kesadaran akut atau nyeri hebat (<i>Emergent</i>)
3	Apabila pasien memerlukan lebih satu sumber daya (<i>Urgent</i>)
4	Apabila pasien memerlukan sumberdaya lebih hanya satu (<i>Less urgent</i>)
5	Apabila pasien bisa menunggu karena risiko tidak tinggi, tidak terjadi perubahan kesadaran akut atau nyeri hebat (<i>Non-urgent</i>)

Berikut ini adalah penjelasan dari masing-masing klasifikasi triage Kanada:

a. Prioritas 1 (label biru)

Prioritas 1 merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa (*impending life/limb threatening problem*) sehingga membutuhkan tindakan penyelamatan jiwa yang segera. Parameter prioritas 1 adalah semua gangguan signifikan pada ABCD. Contoh prioritas 1 antara lain, *cardiac arrest*, *status epilepticus*, *koma hipoglikemik*, *trauma shock*, *facial burns with airway compromise*, *status epilepticus* dan lain-lain.

b. Prioritas 2 (label merah)

Prioritas 2 merupakan pasien-pasien dengan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa atau organ sehingga membutuhkan pertolongan yang sifatnya segera dan tidak dapat ditunda. Parameter prioritas 2 adalah pasien-pasien dengan haemodinamik atau ABCD stabil disertai penurunan kesadaran tapi tidak sampai koma (GCS 8-12). Contoh prioritas 2 antara lain, serangan asma, abdomen akut, luka

sengatan listrik, *head injury*, trauma, *multiple sites*, *multiple rib fracture*, *neck injury*, *spinal cord*, *anaphylaxis*, *CHF* dan lain-lain.

c. Prioritas 3 (label kuning)

Prioritas 3 merupakan pasien-pasien yang membutuhkan evaluasi yang mendalam dan pemeriksaan klinis yang menyeluruh. Contoh prioritas 3 antara lain sepsis yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, radiologis dan EKG, demam tifoid dengan komplikasi, *head injury*, *tibia/fibula fracture*, *anterior dislocated shoulder*, *pneumonia*, *bronchiolitis*, *migraine*, *renal colic* dan lain-lain.

d. Prioritas 4 (label hijau)

Prioritas 4 merupakan pasien-pasien yang memerlukan satu macam sumber daya perawatan IGD. Contoh prioritas 4 antara lain pasien Benigna Prostate Hiperplasia (BPH) yang memerlukan kateter urine, *Vulnus Laceratum* yang membutuhkan hecting sederhana, *head injury alert no vomiting*, *colles fracture*, *appendicitis*, *strain* dan lain-lain.

e. Prioritas 5 (label putih)

Prioritas 5 merupakan pasien-pasien yang tidak memerlukan sumber daya. Pasien ini hanya memerlukan pemeriksaan fisik dan anamnesis tanpa pemeriksaan penunjang. Pengobatan pada pasien dengan prioritas 5 umumnya per oral atau rawat luka sederhana. Contoh prioritas 5 antara lain *common cold*, *acne*, eksoriasi, *vomiting*, *constipation*, *gastroenteritis*, *disorders of menstruation* dan lain-lain (Ariyani and Rosidawati, 2020).

Tabel 3
Skala Triage Kanada

Tingkat	Waktu Perawat	Waktu Dokter	Respon Langsung
Resusitasi	Langsung	Langsung	98%
Gawat darurat	Langsung	<15 menit	95%
Darurat	<30 menit	<30 menit	90%
Biasa	<60 menit	<60 menit	85%
Tidak gawat	<120 menit	<120 menit	80%

C. Konsep Waiting Time

1. Pengertian waiting time

Waiting Time adalah lamanya waktu pasien menunggu pelayanan kesehatan yang diukur mulai dari dilakukan triage sampai dengan dilakukan anamnesa atau dilakukan tindakan oleh petugas IGD, menunggu dalam waktu yang lama menyebabkan ketidakpuasan pasien/pelanggan (Baldasaro, 2014). Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu. Waktu tunggu yang lama beresiko menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan (Siti, Ratna and Alik, 2019). Waktu tunggu merupakan hal yang sangat penting karena jika waktu tunggu memanjang secara langsung akan mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan di ruangan tersebut, hal ini juga dapat memicu ketidakpuasan pasien akan sebuah pelayanan kesehatan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan jelek apabila sakitnya tidak cepat sembuh, waktu tunggu yang lama, dan petugas kesehatan yang tidak ramah meskipun profesional (Sari, Erianti and Marni, 2020). *Waiting time*

sebagai salah satu indikator kunci penilaian efesiensi peningkatan kinerja operasional dan klinis.

2. Faktor – faktor yang mempengaruhi *waiting time*

Banyak akibat yang ditimbulkan dari lamanya waktu tunggu pasien di IGD. Berbagai faktor berkontribusi terhadap terjadinya permasalahan lamanya waktu yang dialami oleh pasien, seperti perbandingan perawat dan pasien persift, sarana prasarana, waktu kembalinya hasil pemeriksaan laboratorium dan administrasi. Selain itu, ada juga faktor karena kurangnya ketersediaan ruangan yang dituju sehingga pasien harus dititipkan keruangan lain dengan ketersediaan alat yang ada, keluarga pasien juga harus menunggu keputusan dari pihak keluarga untuk menentukan siapa yang menjadi penanggung jawab keputusan.

(Romiko, 2018) mengatakan lamanya waktu tunggu dapat di pengaruhi berbagai hal yaitu:

- a. menunggu untuk pindah ke ruang rawat.
- b. *overcrowded*, dimana hal ini berdampak pada waktu tunggu yang lama dan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan di IGD.
- c. Keluarga pasien tidak ada atau tidak ada di tempat
- d. Tidak siap dengan biaya
- e. Fasilitas rumah sakit belum siap karna sedang di pakai
- f. Bahan atau obat habis

Lamanya waktu tunggu pasien IGD juga dipengaruhi oleh:

- a. Lama triase

- b. Lama assesmen dokter
- c. Lama konsul dengan dokter spesialis
- d. Lama pemeriksaan laboratorium
- e. Lama pemeriksaan radiologi
- f. Lama administrasi

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. Waktu tunggu pelayanan dokter atau perawat di IGD merupakan sebuah indikator standar pelayanan rumah sakit, pengukuran sebuah *waiting time* yaitu jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak kedatangan semua pasien yang di layani oleh petugas IGD dengan standar *waiting time* pada pasien prioritas 3 yaitu < 30 menit terlayani setelah pasien datang, terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat dan untuk memenuhi dimensi mutu dengan memperhatikan keselamatan pasien dan keefektifitasan sebuah pelayanan rumah sakit (Ariyani and Rosidawati, 2020). Kategori *waiting time* sesuai dengan klasifikasi triage kanada, untuk pasien triage kuning menjadi dua kategori cepat ≤ 30 menit memberikan pelayanan dari pasien datang sampai diperiksa oleh petugas IGD dan kategori lambat > 30 menit memberikan pelayanan dari pasien datang sampai diperiksa oleh dokter.

D. Konsep Kepuasan Pasien

1. Pengertian kepuasan pasien

Kepuasan pelanggan merupakan perasaan senang atau kecewa sebagai hasil dari perbandingan antara prestasi atau produk yang dihasilkan dengan yang diharapkan (Kotler 2002 dalam Septiani, 2016). Pada dasarnya pengertian kepuasan pelanggan mencakup perbedaan tingkat kepentingan dengan tingkat kinerja atau hasil yang dirasakan. kepuasan adalah tingkat perasaan konsumen setelah membandingkan dengan harapan (Septiani, 2016). Kepuasan didefinisikan pula sebagai respon pelanggan terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelum pemakaian dan kinerja aktual yang dirasakan setelah pemakaian (Rangkuti 2003 dalam Septiani, 2016). Kepuasan pelanggan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya. Pelanggan tidak akan puas bila ia mempunyai persepsi bahwa harapannya belum terpenuhi dan merasa puas bila persepsinya sama dengan yang diharapkan (Irawan, 2002 dalam Septiani, 2016). 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.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Dimensi Prosedural (Procedural Dimension) Dimensi prosedural menekankan pada sistem dan mekanisme menjual dan menyalurkan produk/jasa kepada pelanggan. Dimensi ini meliputi beberapa faktor, yaitu :

- a. Ketepatan waktu (timeliness). Pelayanan yang baik membutuhkan ketepatan waktu yaitu waktu yang dibutuhkan bagi suatu pelayanan untuk sampai kepada pelanggan. Pelayanan efisien adalah pelayanan yang cepat dan waktu yang diinginkan adalah waktu pelayanan yang tepat.
- b. Komunikasi (communication). Pelayanan tidak dapat dikatakan berkualitas baik tanpa komunikasi yang jelas dan singkat antara petugas pelayanan dan pelanggan. Pesa harus disampaikan secara akurat dan efisien.
- c. Respon konsumen (customer feedback). Respon pelanggan membantu meningkatkan perbaikan prosedur pelayanan melalui identifikasi bagian yang perlu diperbaiki. Respon konsumen merupakan salah satu cara memberikan pelayanan yang terbaik karena dengannya dapat diketahui bagaimana kinerja perusahaan langsung dari pelanggan. Tanpa umpan balik dari pelanggan maka masalah atau keluhan tidak akan disadari dan tidak terpecahkan (Septiani, 2016). 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. *Waiting time* dan waktu tanggap.
- 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

Lupiyoadi (2007) menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat kepuasan, Terdapat lima faktor utama yang harus diperhatikan, yaitu:

- a. Kualitas pelayanan

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

- b. Emosional

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.

- c. Harga

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

d. 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.

e. *Waiting Time*

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.

Soedjas (2014) mengungkapkan bahwa hanya pelayanan yang luar biasa yang membuat pelanggan puas dan terkesan. Pelayanan luar biasa tersebut bisa dirasakan saat momen-momen interaksi yang dapat membentuk ikatan batin yang disebut dengan *moment of truth*.

tangibles (aspek yang terlihat secara fisik, misal peralatan dan personel), *reliability* (kemampuan untuk memiliki performa yang bisa diandalkan dan akurat), *responsiveness* (kemauan untuk merespon keinginan atau kebutuhan akan bantuan dari pelanggan, serta pelayanan yang cepat), *assurance* (kemauan para personel untuk menimbulkan rasa percaya dan aman kepada pelanggan), *empathy* (kemauan personel untuk peduli dan memperhatikan setiap pelanggan).

3. Pengukuran tingkat kepuasan

Parasuraman dalam (Nursalam, 2013) mengemukakan pengukuran dan analisis kepuasan dapat dilakukan melalui dua cara, antara lain dengan model stimuli - penilaian-reaksi dan model kesenjangan. Pada penelitian ini cara pengukuran tingkat kepuasan menggunakan model kesenjangan yang di jelaskan sebagai berikut :

Dua hal yang perlu di bandingkan dalam pengukuran model kesenjangan yaitu harapan pasien ($E = Expectation$) dan kenyataan ($A = Actual$) yang di terima pasien akan layanan kesehatan. Harapan pasien dapat dinyatakan dengan skala 1 sampai 4. Skala 1 = tidak berharap, skala 2 = kurang berharap, skala 3 = berharap, skala 4 = sangat berharap, sedangkan kenyataan yang di terima juga dinyatakan dengan skala yang sama, skala 1 = tidak setuju, skala 2 = kurang setuju, skala 3 = setuju, skala 4 = sangat setuju.

Setelah dilakukan pengukuran tingkat kepuasan pasien lalu dilakukan analisa sehingga menghasilkan tingkat kepuasan pasien yaitu :

- a. Tidak puas bila ditemukan $A < E$ atau $A - E = < 1$ dan ada keluhan dari pasien tentang pelayanan yang diberikan.
- b. Puas bila nilai $A = E$ dan tidak ada keluhan dari pasien.
- c. Sangat Puas bila nilai $A > E$ atau $A - E = > 1$ dan tidak ada keluhan.

Parasuraman dalam (Nursalam, 2013) mengemukakan konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsure yang dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*Responsiveness, assurance, tangible, empathy, dan reliability*), lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk – bentuk aplikasinya sebagai berikut:

a. Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap adalah elemen yang berkaitan dengan kesediaan karyawan dalam membantu dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, petugas dapat memberikan informasi yang jelas, petugas memberikan pelayanan dengan segera dan tepat waktu, petugas memberi pelayanan yang baik. Menurut Margaretha dalam (Nursalam, 2013) mendefenisikan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, agar orang yang diberi pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, sehingga diperlukan adanya unsur daya tanggap sebagai berikut :

- 1) Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk- bentuk pelayanan yang dihadapinya. Sehingga individu yang mendapat pelayanan mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima.
- 2) Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu penjelasan yang bersifat jelas, transparan, singkat dan dapat di pertanggung jawabkan.
- 3) Memberikan pembinaan atas bentuk pelayanan yang dianggap kurang atau belum sesuai dengan prosedur pelayanan yang ditunjukkan.
- 4) Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti ketentuan yang harus dipenuhi.
- 5) Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

b. Jaminan (*assurance*)

Hal ini terutama mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya dari petugas. Selain itu, bebas dari bahaya saat pelayanan merupakan jaminan juga. Menurut Nursalam (2013) mengemukakan bahwa suatu organisasi kerja sangat memerlukan adanya kepercayaan yang diyakini sesuai dengan kenyataan bahwa organisasi tersebut dapat memberikan kualitas pelayanan yang dapat dijamin sesuai dengan :

- 1) Mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar, dan berkualitas.
- 2) Mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk - bentuk integritas kerja, etos kerja, dan budaya kerja yang sesuai dengan visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan.
- 3) Mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar orang yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya.

c. Bukti fisik (*tangible*)

Menurut Nursalam (2013) bukti fisik adalah segala sesuatu yang tampak seperti fasilitas, peralatan, kenyamanan ruangan, dan penampilan petugas yang melihat dinamika dunia kerja sekarang ini yang mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat. Kualitas layanan fisik (*tangible*) dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berupa:

- 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 sesuai dinamika dan perkembangan dunia kerja yang dihadapinya.
 - 3) Kemampuan menunjukkan integritas diri sesuai dengan penampilan yang menunjukkan kecakapan, kewibawaan, dan dedikasi kerja.
- d. Empati (*empathy*)

Menurut Nursalam (2013) empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai tingkat pengertian dan pemahaman dari masing – masing pihak. Menurut Margaretha dalam Nursalam (2013) bahwa suatu bentuk kualitas layanan dari empati orang-orang pemberi pelayanan terhadap yang mendapatkan pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal, yaitu :

- 1) Mampu memberikan perhatian terhadap bentuk pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa menjadi orang yang penting.
- 2) Mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan yang di berikan, sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi pelayanan menyikapi pelayanan yang diinginkan.
- 3) Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas pelayanan yang dilakukan.
- 4) Mampu menunjukkan pengertian yang mendalam atas berbagai hal yang diungkapkan, sehingga yang dilayani menjadi lega dalam menghadapi bentuk-bentuk pelayanan yang dirasakan.

- 5) Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan yang dilakukan, sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan.

e. Keandalan (*reliability*)

Keandalan adalah kemampuan untuk mewujudkan pelayanan yang dapat diandalkan. Artinya dalam memberikan pelayanan setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan, dan profesionalisme kerja yang tinggi sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat (Syafudin, 2011). Menurut Sunyoto dalam (Nursalam, 2013) bahwa kehandalan dari pegawai yang berprestasi, dapat dilihat dari :

- 1) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya.
- 2) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efektif dan efisien.
- 3) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja yang dimilikinya. Sehingga penguasaan tentang uraian kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah, dan berkualitas sesuai dengan pengalamannya.
- 4) Kehandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan yang akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan.

4. Manfaat pengukuran kepuasan

Dalam situasi rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani, karena pasien adalah klien yang terbanyak, maka manfaat yang dapat diperoleh bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut :

- a. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- b. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- c. Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengarkan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatkan pendapatan rumah sakit).
- d. Berbagai pihak yang berkepentingan di rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- e. Didalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga mala praktek tidak terjadi.

E. Hubungan Waiting Time Pelayanan IGD dengan Kepuasan Pasien

Render, dkk (2009) mengatakan waiting time diartikan sebagai orang-orang atau barang dalam barisan yang sedang menunggu untuk dilayani. Waktu tunggu

merupakan hal yang sangat penting karena jika waktu tunggu memanjang secara langsung akan mencerminkan kualitas pelayanan kesehatan di ruangan tersebut, hal ini juga dapat memicu ketidakpuasan pasien akan sebuah pelayanan kesehatan. Pasien akan menganggap pelayanan kesehatan jelek apabila sakitnya tidak cepat sembuh, waktu tunggu yang lama, dan petugas kesehatan yang tidak ramah meskipun professional (Sari, Erianti and Marni, 2020). Salah satu bentuk kepuasan pasien yaitu mutu pelayanan yang sering dikeluhkan oleh pasien adalah lamanya waktu tunggu. Muninjaya (2011) juga mengutip pernyataan yang sama dari Parasuraman yang mengatakan bahwa dalam memberikan pelayanan agar bisa memberikan kepuasan pasien khususnya pelayanan gawat darurat dapat dinilai dari kemampuan perawat dalam hal *responsiveness* (cepat tanggap), *reliability* (pelayanan tepat waktu), *assurance* (sikap dalam memberikan pelayanan), *emphaty* (kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan) dan *tangible* (mutu jasa pelayanan) dari perawat kepada pasien. Dari penjelasan diatas maka ada hubungan antara *waiting time* pelayanan Instalasi Gawat Darurat yang diberikan oleh perawat dengan tingkat kepuasan pasien yang menerima pelayanan kesehatan.