

KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN GERIATRI DITINJAU DARI MUTU PELAYANAN, PERSEPSI DAN RESPON TIME DI PUSKESMAS

Izzah El Maila



STRADA PRESS

**KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN GERIATRI
DITINJAU DARI MUTU PELAYANAN, PERSEPSI,
DAN *RESPONSE TIME* DI PUSKESMAS**

IZZAH EL MAILA



STRADA PRESS

KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN GERIATRI DITINJAU DARI MUTU PELAYANAN, PERSEPSI, DAN *RESPONSE TIME* DI PUSKESMAS

Penulis:

Izzah El Maila

Editor:

Tim STRADA PRESS

Penyunting:

Tim STRADA PRESS

Desain Cover:

Tim STRADA PRESS

Tata Letak:

Tim STRADA PRESS

Penerbit : STRADA PRESS
Redaksi : Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur
Website : stradapress.org
Email : stradapress@iik-strada.ac.id
Kontak : 081 336435001
Cetakan : Pertama, 2021

ISBN:

978-602-5842-75-7

© 2021 STRADA PRESS.

Penerbit Anggota Resmi IKAPI Indonesia

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun baik secara elektronik dan mekanik termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat-Nya yang telah dilimpahkan kepada peneliti sehingga buku yang berjudul *Kepuasan Pasien Rawat Jalan Geriatri Ditinjau dari Mutu Pelayanan, Persepsi, dan Response Time di Puskesmas* dapat diselesaikan. Buku ini merupakan buku karangan pertama dari penulis yang mana isinya berasal dari hasil penelitian penulis saat menempuh pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat.

Terima kasih disampaikan kepada Dr. Nurwijayanti, S.Pd., M.Kes., Dr. dr. Sentot Imam Suprpto, M.M., dan semua pihak yang telah ikut membantu dalam penyelesaian buku ini.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan dalam buku ini. Untuk itu, kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Kediri, Februari 2021

Izzah El Maila

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB I.....	1
BAB II.....	4
A. Landasan Teori.....	4
1. Konsep Mutu Pelayanan	4
2. Konsep Persepsi.....	9
3. Konsep <i>Response Time</i>	14
4. Konsep Kepuasan Pasien	16
5. Konsep Puskesmas.....	20
Daftar Pustaka	25

BAB I

Penilaian pasien terhadap pelayanan perawat bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan dari perawat yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang menggunakan pelayanan perawat (Jatmiko, 2013).

Banyaknya permasalahan tentang kurangnya kepuasan dari pelayanan petugas kesehatan, salah satunya dikarenakan *response time* yang lama yang mana menyebabkan persepsi pasien menjadi buruk. Sering ditemui sejumlah fenomena dikarenakan agenda petugas kesehatan yang banyak, faktor internal, maupun faktor eksternal menyebabkan petugas mengesampingkan *response time* yang seharusnya tidak boleh lebih dari 60 menit, pasien harus menunggu lama untuk kehadiran petugas kesehatan tersebut mulai dari waktu tunggu yang dihabiskan di bagian administrasi sampai ke antrian pemeriksaan pun harus menunggu lagi. Sehingga hal tersebut menyebabkan *response time* menjadi lebih panjang dan mempengaruhi keluhan yang negatif seputar pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut (Indarto, 2010).

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya, (Satrianegara, 2014).

Pelayanan kesehatan merupakan faktor penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan setiap insan di seluruh dunia. Menurut Undang-Undang No. 36 pasal 19 tahun 2009 tentang kesehatan, menjelaskan

bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Salah satu upaya tersebut yaitu dengan peningkatan ketersediaan dan pemerataan fasilitas kesehatan dasar seperti puskesmas di setiap daerah (Bappenas, 2013).

Kualitas pelayanan (*service quality*) dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para konsumen atas pelayanan yang mereka terima dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan terhadap atribut-atribut pelayanan suatu perusahaan. Kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan jika jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, jika jasa yang diterima melampaui harapan konsumen, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas. Kualitas pelayanan dipersepsikan buruk jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan (Amrizal, 2014). Kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Menurut Depkes RI (2012) salah satu indikator mutu pelayanan adalah waktu tanggap atau yang disebut *Response Time*. Menteri kesehatan pada tahun 2009 telah menetapkan salah satu prinsip umumnya tentang penanganan pasien yang harus ditangani paling lama 60 (enam puluh) menit mulai pasien datang mendaftar ke loket, antri dan menunggu panggilan ke poli untuk dianamnesis dan diperiksa oleh dokter, perawat, atau bidan. Standar pelayanan minimal di rawat jalan berdasar Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 ialah kurang atau sama dengan 60 menit (Kemenkes, 2013).

Kualitas pelayanan (*service quality*) dapat diketahui dengan cara

membandingkan persepsi para konsumen atas pelayanan yang mereka terima dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan terhadap atribut-atribut pelayanan suatu perusahaan. Kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan jika jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, jika jasa yang diterima melampaui harapan konsumen, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas (Wijoyo, 2012).

Memahami kebutuhan dan keinginan pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien merasa puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien, rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya.

BAB 2

A. Landasan Teori

1. Konsep Mutu Pelayanan

a. Definisi Mutu Pelayanan

Kualitas adalah sesuatu yang diputuskan oleh pelanggan. Kualitas didasarkan pada pengalaman aktual pelanggan atau konsumen terhadap produk atau jasa yang diukur berdasarkan persyaratan-persyaratan tersebut (Mongkaren, 2013). Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaian dalam mengimbangi harapan konsumen (Amrizal, 2014).

Kualitas pelayanan (*service quality*) dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para konsumen atas pelayanan yang mereka terima dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan terhadap atribut-atribut pelayanan suatu perusahaan. Kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan jika jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, jika jasa yang diterima melampaui harapan konsumen, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas. Kualitas pelayanan dipersepsikan buruk jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan (Amrizal, 2014). Kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Zeithaml (Jacobis, 2013) mengemukakan terdapat 10 dimensi yang harus diperhitungkan dalam melihat tolak ukur kualitas pelayanan yaitu sebagai berikut:

- 1) *Tangible*, terdiri atas fasilitas fisik, peralatan, personil, dan komunikasi.

- 2) *Reliable*, terdiri atas kemampuan unit pelayanan dalam menciptakan pelayanan yang disajikan dengan tepat.
- 3) *Responsiveness*, kemauan untuk membantu pasien bertanggung jawab terhadap kualitas pelayanan yang diberikan.
- 4) *Competence*, tuntutan yang dimilikinya, pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam memberikan pelayanan.
- 5) *Courtesy*, sikap atau perilaku ramah, bersahabat, tanggap terhadap keinginan pasien serta mau melakukan kontak atau hubungan pribadi.
- 6) *Credibility*, sikap jujur dalam setiap upaya untuk menarik kepercayaan pasien.
- 7) *Security*, jasa pelayanan yang diberikan harus bebas dari berbagai bahaya dan resiko.
- 8) *Acces*, terdapat kemudahan untuk mengadakan kontak dan pendekatan.
- 9) *Communication*, kemauan pemberi pelayanan untuk mendengarkan suara, keinginan atau aspirasi pasien, sekaligus kesediaan untuk selalu menyampaikan informasi baru kepada pasien.
- 10) *Understanding the Customer*, melakukan segala usaha untuk mengetahui kebutuhan pasien.

Parasuraman, et al., (Jacobis, 2013) mengkristalkan kesepuluh dimensi kualitas jasa tersebut ke dalam 5 dimensi utama yang kemudian disebutnya dimensi SERVQUAL. Kelima dimensi inilah yang menjadi acuan dalam menilai kualitas jasa yang diberikan oleh penyedia jasa, di dalamnya terkandung sepuluh dimensi dasar dari kualitas. Dimensi tersebut yaitu:

- 1) Keandalan (*Reability*): kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
- 2) Daya tanggap (*Responsiveness*): kemampuan para petugas untuk membantu para pasien dalam memberikan pelayanan yang tepat.

- 3) Jaminan (*Assurance*): mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para petugas, bebas dari bahaya, resiko, dan keragu-raguan.
- 4) Empati (*Emphaty*): meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pasien.
- 5) Sarana fisik (*Tangible*): meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi, kerapian penampilan karyawan.

Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen (Gronroos, 2011 dalam Ratminto dan Winarsih, 2015).

Masyarakat sebagai konsumen tentu menginginkan pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan didefinisikan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan (Tjiptono, 2008, dalam Dimas dan Oktafani, 2014). Kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampaian dalam mengimbangi harapan konsumen (Dimas dan Oktafani, 2014).

Salah satu pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh masyarakat adalah pelayanan kesehatan. Menurut Azwar (2014) pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan, ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajiban, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau, serta bermutu.

b. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut WHO (2013) dalam Juanita (2015) menyebutkan bahwa faktor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah:

1) Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts and Feeling*)

Berupa pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek, dalam hal ini objek kesehatan.

2) Orang Penting sebagai Referensi (*Personal Referensi*)

Seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh seseorang yang dianggap penting atau berpengaruh besar terhadap dorongan penggunaan pelayanan kesehatan.

3) Sumber-sumber Daya (*Resources*)

Mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Sumber-sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negatif.

4) Kebudayaan (*Culture*)

Berupa norma-norma yang ada di masyarakat dalam kaitannya dengan konsep sehat sakit.

c. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Azwar (2013) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini, yaitu sebagai berikut:

1) Ketersediaan dan Kestinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

2) Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3) Mudah dicapai oleh masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

4) Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, di mana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

5) Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2. Konsep Persepsi

a. Definisi Persepsi

Menurut Herri Zan Pieter (2010) persepsi berkenaan dengan fenomena di mana hubungan antara stimulus dan pengalaman yang lebih kompleks ketimbang dengan fenomena yang ada pada sensasi. Fenomena persepsi tergantung pada proses-proses yang lebih tinggi tingkatannya.

Persepsi adalah per·sep·si /persépsi/ n 1 tanggapan (penerimaan) langsung dari sesuatu. (KBBI Departemen Pendidikan Nasional, 2008). Umumnya istilah persepsi digunakan dalam bidang psikologi. Secara terminologi sebagaimana dinyatakan Purwodarminta (2006), pengertian persepsi adalah tanggapan langsung dari suatu serapan atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui pengindraan. Sedangkan dalam kamus besar psikologi, persepsi diartikan sebagai suatu proses pengamatan seseorang terhadap lingkungan dengan menggunakan indra-indra yang dimiliki sehingga ia menjadi sadar akan segala sesuatu yang ada di lingkungannya.

Menurut Ali dan Asrori (2009) pengertian persepsi adalah “proses individu dalam menginterpretasikan, mengorganisasikan dan memberi makna terhadap stimulus yang berasal dari lingkungan di mana individu itu berada yang merupakan hasil dari proses belajar dan pengalaman.” Dalam pengertian persepsi tersebut terdapat dua unsur penting yakni interpretasi dan pengorganisasian. Interpretasi merupakan upaya pemahaman dari individu terhadap informasi yang diperolehnya. Sedangkan perorganisasian adalah proses mengelola informasi tertentu agar memiliki makna.

Persepsi merupakan suatu proses yang dipelajari melalui interaksi dengan lingkungan sekitar. Persepsi seseorang timbul sejak kecil melalui interaksi dengan manusia lain. Sejalan dengan hal itu, Rakhmat (2007) mendefinisikan pengertian persepsi sebagai: “pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan

menafsirkan pesan”. Kesamaan pendapat ini terlihat dari makna menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan yang memiliki keterkaitan dengan proses untuk memberi arti.

Eysenck dalam Asrori (2009) menyatakan bahwa persepsi sesungguhnya memerlukan proses belajar dan pengalaman. Hasil proses belajar dan interaksi seseorang akan memberikan pengalaman bagi dirinya untuk dapat membandingkan keadaan yang dihadapi.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud persepsi adalah proses menerima, membedakan, dan memberi arti terhadap stimulus yang diterima alat indra sehingga dapat memberi kesimpulan dan menafsirkan terhadap objek tertentu yang diamatinya.

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi Persepsi

Secara umum, adapun faktor-faktor yang memengaruhi persepsi seseorang yaitu (Herri Zan Pieter, 2010):

- 1) Minat, artinya semakin tinggi minat seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa, maka semakin tinggi juga minatnya dalam memersepsikan objek atau peristiwa.
- 2) Kepentingan, artinya semakin dirasakan penting terhadap suatu objek atau peristiwa tersebut bagi diri seseorang, maka semakin peka dia terhadap objek-objek persepsinya.
- 3) Kebiasaan, artinya objek atau peristiwa semakin sering dirasakan seseorang, maka semakin terbiasa dirinya di dalam membentuk persepsi.
- 4) Konstansi, artinya dalam adanya kecenderungan seseorang untuk selalu melihat objek atau kejadian secara konstan sekalipun sebenarnya itu bervariasi dalam bentuk, ukuran, warna dan kecerlangan.

Miftah Thoha (2010) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor internal: perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, dan motivasi.
- 2) Faktor eksternal: latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru, dan familiar atau ketidakasingan suatu objek.

Sedangkan menurut Stephen P. Robbins, (2012) terdapat 3 faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu:

- 1) Individu yang Bersangkutan (Pemersepsi)

Apabila seseorang melihat sesuatu dan berusaha memberikan interpretasi tentang apa yang dilihatnya itu, ia akan dipengaruhi oleh karakteristik individual yang dimilikinya seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman, pengetahuan, dan harapannya.

- 2) Sasaran dari Persepsi

Sasaran dari persepsi dapat berupa orang, benda, ataupun peristiwa. Sifat-sifat itu biasanya berpengaruh terhadap persepsi orang yang melihatnya. Persepsi terhadap sasaran bukan merupakan sesuatu yang dilihat secara teori melainkan dalam kaitannya dengan orang lain yang terlibat. Hal tersebut yang menyebabkan seseorang cenderung mengelompokkan orang, benda, ataupun peristiwa sejenis dan memisahkannya dari kelompok lain yang tidak serupa.

- 3) Situasi

Persepsi harus dilihat secara kontekstual yang berarti situasi di mana persepsi tersebut timbul, harus mendapat perhatian. Situasi merupakan faktor yang turut berperan dalam proses pembentukan persepsi seseorang.

Faktor-faktor tersebut menjadikan persepsi individu berbeda satu sama lain dan akan berpengaruh pada individu dalam memersepsi suatu objek, stimulus,

meskipun objek tersebut benar-benar sama. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.

c. Syarat Terjadinya Persepsi

Menurut Walgito (2010) ada tiga syarat terjadinya persepsi yaitu adanya objek atau peristiwa sosial yang menimbulkan stimulus, dan stimulus mengenai alat indra (reseptor). Alat indra merupakan alat utama dalam individu mengadakan persepsi dan merupakan alat untuk menerima stimulus, tetapi harus ada pula syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat syaraf yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Adanya perhatian dari individu merupakan langkah pertama dalam mengadakan persepsi. Tanpa perhatian tidak akan terjadi persepsi. Individu harus mempunyai perhatian pada objek yang bersangkutan. Bila telah memperhatikannya, selanjutnya individu memersepsikan apa yang diterimanya dengan alat indra.

Selanjutnya Walgito (2010) menambahkan bahwa persepsi dipengaruhi banyak faktor diantaranya faktor perhatian dari individu, yang merupakan aspek psikologis individu dalam mengadakan persepsi.

Persepsi dipengaruhi faktor intern yang berkaitan dengan diri sendiri (misalnya latar belakang pendidikan, perbedaan pengalaman, motivasi, kepribadian dan kebutuhan) dan faktor ekstern yang berkaitan dengan intensitas dan ukuran rangsang, gerakan, pengulangan dan sesuatu yang baru. Dengan demikian, membicarakan persepsi pada dasarnya berkenaan dengan proses perlakuan seseorang terhadap informasi tentang suatu objek yang masuk pada dirinya melalui pengamatan dengan menggunakan pancaindra yang dimilikinya.

d. Proses Terbentuknya Persepsi

Persepsi tidak terjadi begitu saja, tetapi melalui suatu proses. Walgito (2010) menyatakan bahwa terbentuknya persepsi melalui suatu proses, di mana secara alur proses persepsi dapat dikemukakan sebagai berikut: berawal dari objek yang menimbulkan rangsangan dan rangsangan tersebut mengenai alat indra atau reseptor. Proses ini dinamakan proses kealaman (fisik). Kemudian rangsangan yang diterima oleh alat indra dilanjutkan oleh syaraf sensoris ke otak. Proses ini dinamakan proses fisiologis. Selanjutnya terjadilah suatu proses di otak sehingga individu dapat menyadari apa yang ia terima dengan reseptor itu, sebagai suatu rangsangan yang diterimanya. Proses yang terjadi dalam otak/pusat kesadaran itulah dinamakan dengan proses psikologis. Dengan demikian taraf terakhir dari proses persepsi ialah individu menyadari tentang apa yang diterima melalui alat indra (reseptor).

Persepsi merupakan bagian dari seluruh proses yang menghasilkan respons atau tanggapan yang di mana setelah rangsangan diterapkan kepada manusia. Subprosesnya adalah pengenalan, perasaan, dan penalaran. persepsi dan kognisi diperlukan dalam semua kegiatan psikologis. Rasa dan nalar bukan merupakan bagian yang perlu dari setiap situasi rangsangan-tanggapan, sekalipun kebanyakan tanggapan individu yang sadar dan bebas terhadap satu rangsangan, dianggap dipengaruhi oleh akal atau emosi atau kedua-duanya.

e. Komponen dalam Persepsi

Dalam proses persepsi, terdapat tiga komponen utama berikut:

- 1) Seleksi adalah proses penyaringan oleh indra terhadap rangsangan dari luar, intensitas dan jenisnya dapat banyak atau sedikit.
- 2) Interpretasi, yaitu proses mengorganisasikan informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang. Interpretasi dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengalaman masa lalu, sistem nilai yang dianut, motivasi, kepribadian, dan

kecerdasan. Interpretasi juga bergantung pada kemampuan seseorang untuk mengadakan pengkategorian informasi yang kompleks menjadi sederhana.

3) Seleksi dan interpretasi kemudian diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi (*responsive*) (Depdikbud, 2010), dalam Soelaeman, 2013.

Jadi, proses persepsi adalah melakukan seleksi, interpretasi, dan pembulatan terhadap informasi yang sampai.

3. Konsep *Response Time* (Waktu Tanggap) a. Definisi *Response Time*

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana RS mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien (Depkes RI, 2010).

Kategori jarak antara waktu tunggu dan waktu periksa yang diperkirakan bisa memuaskan atau kurang memuaskan pasien antara lain yaitu saat pasien datang mulai dari mendaftar ke loket, antri dan menunggu panggilan ke poli umum untuk dianamnesis dan diperiksa oleh dokter, perawat, atau bidan lebih dari 90 menit (kategori lama), 30 – 60 menit (kategori sedang) dan ≤ 30 menit (kategori cepat). Waktu tunggu di Indonesia ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melalui standar pelayanan minimal. Setiap RS atau Puskesmas harus mengikuti standar pelayanan minimal tentang waktu tunggu ini. Standar pelayanan minimal di rawat jalan berdasar Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 ialah kurang atau sama dengan 60 menit (Kemenkes, 2013).

Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter. Standar waktu tunggu rawat jalan adalah <60 menit (Peraturan Bupati Trenggalek No.74 th. 2015).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa *Response Time* (waktu tanggap) merupakan suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh suatu pelayanan kesehatan. Peneliti juga menyimpulkan bahwa *Response Time* merupakan unsur dari *Responsiveness* yang menjadi salah satu faktor dari kepuasan pasien di Puskesmas.

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi *Response Time*

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke Puskesmas memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan kesehatan dengan response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia, dan manajemen Puskesmas sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

Canadian of Association Emergency Physician (2012) menuliskan bahwa kejadian kurangnya stretcher untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap kedatangan pasien baru yang mungkin saja dalam kondisi yang sangat kritis. American College of Emergency Physician (2013) menuliskan bahwa pada IGD yang mengalami permasalahan berlimpahnya jumlah pasien yang ingin mendapatkan pelayanan, menempatkan seorang dokter di wilayah triase dapat mempercepat proses pemulangan pasien atau discharge untuk pasien minor dan membantu memulai penanganan bagi pasien yang kondisinya lebih sakit. Green, et.al.(2014) yang mengemukakan bahwa pada perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf sangat berdampak pada keterlambatan penanganan.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa tercapainya standar *Response Time* perawat dalam pelayanan di Puskesmas

dipengaruhi oleh ketersediaan sarana prasarana, SDM, dan sistem manajemen Puskesmas yang baik.

4. Konsep Kepuasan Pasien

a. Definisi Kepuasan Pasien

Memahami kebutuhan dan keinginan pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien merasa puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas mereka akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya. Untuk menciptakan kepuasan pasien, rumah sakit harus menciptakan dan mengelola suatu sistem untuk memperoleh pasien yang lebih banyak dan kemampuan untuk mempertahankan pasiennya.

Pasien adalah orang sakit yang dirawat dokter dan tenaga kesehatan lainnya ditempat praktek (Yuwono, 2013). Sedangkan kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya (Nursalam, 2011). Kotler (dalam Nursalam, 2011) menyebutkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Westbrook & Reilly (dalam Tjiptono, 2014) berpendapat bahwa kepuasan pelanggan merupakan respons emosional terhadap pengalaman-pengalaman berkaitan dengan produk atau jasa tertentu yang dibeli, gerai ritel, atau bahkan pola perilaku (seperti perilaku berbelanja dan perilaku pembeli), serta pasar secara keseluruhan. Menurut Yamit (2012), kepuasan pelanggan adalah hasil (*outcome*) yang dirasakan atas penggunaan produk dan jasa, sama atau melebihi harapan yang diinginkan. Sedangkan Pohan (2014) menyebutkan bahwa kepuasan pasien adalah tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan

kesehatan yang diperolehnya, setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkannya. Pendapat lain dari Endang (dalam Mamik, 2010) bahwa kepuasan pasien merupakan evaluasi atau penilaian setelah memakai suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang dipilih setidaknya-tidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

Berdasarkan uraian dari beberapa ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah hasil penilaian dalam bentuk respons emosional (perasaan senang dan puas) pada pasien karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menggunakan dan menerima pelayanan perawat.

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Budiastuti (Nooria, 2012), faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu:

- 1) Kualitas produk atau jasa, pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi pasien terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa dan komunikasi perusahaan, dalam hal ini rumah sakit dalam mengiklankan tempatnya.
- 2) Kualitas pelayanan, pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.
- 3) Faktor emosional, pasien merasa bangga, puas dan kagum terhadap rumah sakit yang dipandang “rumah sakit mahal”.
- 4) Harga, semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.
- 5) Biaya, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, maka pasien cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

Selain itu, menurut Moison, Walter, dan White (dalam Nooria; 2008) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

- 1) Karakteristik produk, karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.
- 2) Harga, semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.
- 3) Pelayanan, meliputi pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Rumah sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit.
- 4) Lokasi, meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.
- 5) Fasilitas, kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman, dan ruang kamar rawat inap.
- 6) Image, yaitu citra, reputasi dan kepedulian perawat terhadap lingkungan
- 7) Desain visual, tata ruang dan dekorasi rumah sakit ikut menentukan kenyamanan suatu rumah sakit, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan pasien atau konsumen.
- 8) Suasana, suasana rumah sakit yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain

yang berkunjung ke rumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.

- 9) Komunikasi, bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh perawat.

Kemudian menurut Yazid (dalam Nursalam, 2011), faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu:

- 1) Kesesuaian antara harapan dan kenyataan.
- 2) Layanan selama proses menikmati jasa.
- 3) Perilaku personel.
- 4) Suasana dan kondisi fisik lingkungan.
- 5) Cost atau biaya.
- 6) Promosi atau iklan yang sesuai dengan kenyataan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien adalah kualitas pelayanan, biaya perawatan, lokasi, fasilitas, image, desain visual, suasana dan komunikasi.

c. Aspek-aspek Kepuasan Pasien

Penilaian pasien terhadap pelayanan perawat bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan dari perawat yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang menggunakan pelayanan perawat.

Menurut Zeitham dan Berry (dalam Tjiptono, 2012), aspek-aspek kepuasan pasien meliputi:

- 1) Keistimewaan, yaitu di mana pasien merasa diperlakukan secara istimewa oleh perawat selama proses pelayanan.
- 2) Kesesuaian, yaitu sejauh mana pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan keinginan pasien, selain itu ada ketepatan waktu dan harga.

- 3) Keajegan dalam memberikan pelayanan, artinya pelayanan yang diberikan selalu sama pada setiap kesempatan dengan kata lain pelayanan yang diberikan selalu konsisten.
- 4) Estetika, estetika dalam pelayanan berhubungan dengan kesesuaian tata letak barang maupun keindahan ruangan.

Selain itu menurut Krowinski (dalam Suryawati, 2014), terdapat dua aspek kepuasan pasien yaitu:

- 1) Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi. Meliputi: hubungan perawat dengan pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan menentukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektivitas pelayanan, dan keamanan tindakan.
- 2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Meliputi: ketersediaan, kewajaran, kesinambungan, penerimaan, keterjangkauan, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan.

Kemudian menurut Hinshaw dan Atwood (dalam Hajinezhad; 2007), aspek kepuasan pasien yaitu:

- 1) Teknik pelayanan professional.
- 2) Kepercayaan.
- 3) Pendidikan pasien.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien adalah keistimewaan, kesesuaian, keajegan, dan estetika.

5. Konsep Puskesmas

a. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif

masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan. Pengelolaan puskesmas biasanya berada di bawah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota.

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan wajib puskesmas, meliputi: Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, Upaya Pencegahan, dan Pemberantasan Penyakit Menular, serta Upaya Pengobatan (Trias, 2014).

Upaya pengobatan di Puskesmas adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menghentikan proses perjalanan suatu penyakit yang diderita oleh seseorang sehingga penderitaannya dapat dihilangkan.⁴ Bentuk pelayanan pengobatan di Puskesmas diarahkan dengan menggunakan tiga cara yaitu diagnosa penyakit, tindakan pengobatan dan rujukan (Widyawati, 2013).

Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam Index Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan telah dilakukan perubahan cara pandang (*mindset*) dari paradigma sakit menuju paradigma sehat sejalan dengan Visi Indonesia Sehat (Depkes RI. 2015).

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah:

- b) Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
- c) Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Program Puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi:

- 1) Promosi kesehatan
- 2) Kesehatan Lingkungan
- 3) KIA & KB
- 4) Perbaikan gizi
- 5) Pemberantasan penyakit menular
- 6) Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi).

b. Pelayanan Puskesmas

Pelayanan puskesmas dibagi menjadi dua, yaitu puskesmas rawat jalan dan puskesmas rawat inap.

1) Pelayanan Rawat Jalan

Rawat Jalan merupakan salah satu unit kerja di puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu:

- a) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap.
- b) Peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur dirawat jalan.
- c) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan.

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan.

Tenaga pelayanan dirawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu:

- a) Tenaga administrasi (nonmedis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran.
- b) Tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan/pengobatan.
- c) Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada.

Tujuan pelayanan rawat jalan di antaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya.

Rawat Jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu.

Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong.

2) Pelayanan Rawat Inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan sementara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur. Rawat inap itu sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien.

Puskesmas rawat inap diarahkan untuk melakukan kegiatan kegiatan sebagai berikut:

- a) Melakukan tindakan operatif terbatas terhadap penderita gawat darurat antara lain; kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit, penyakit lain yang mendadak dan gawat.
- b) Merawat sementara penderita gawat darurat atau untuk observasi penderita dalam rangka diagnostik dengan rata-rata hari perawatan tiga (3) hari atau maksimal tujuh (7) hari.
- c) Melakukan pertolongan sementara untuk mempersiapkan pengiriman penderita lebih lanjut ke Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat, Chrisdiono M. (2016). *Dinamika Etika dan Hukum Kedokteran dalam tantangan Zaman*. Jakarta: EGC.
- American College of Emergency Physician. (2013) *Emergency Department Crowding: High Impact Solutions*.
<http://ebookbrowse.com/emergencydepartment-crowding-high-impact-solutions-acep-task-force-on-boardingapril-2008-pdf-d319291546>.
- Anggraini. (2011). *Kepuasan pelanggan*. Diakses dari:
<http://repository.unand.ac.id/18028/>.
- Arikunto 2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Edisi Revisi*. Bandung: Remaja Rodakarya
- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Aritonang, Lerbin R. (2015). *Kepuasan Pelanggan: Pengukuran dan Penganalisisan dengan SPSS*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Bidang Diklat PPNI Jawa Timur. (2013). *Basic Trauma Cardiac Life Support*.
- Budiharto. (2013). *Metodologi Penelitian Kesehatan Dengan Contoh Bidang Ilmu Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Canadian Association Emergency Physician. (2012). *Overcrowding*.
<http://www.caep.ca/advocacy/overcrowding>.
- Citra. (2011). *Unit Gawat Darurat*. Diakses dari:
<http://www.citraharapan.com/2011/04/unit-gawat-darurat-ugd.html>.
- Green L.V., Soares J., Giglio J.F., Green R.A.,(2016). *Using Queueing Theory to Increase the Effectiveness of Emergency Department Provider staffing*.
<http://www.hbs.edu/units/tom/seminars/docs/Igreen3.pdf>.
- Haryatun, N & Sudaryanto, A. (2013). *Perbedaan waktu tanggap tindakan keperawatan pasien cedera kepala kategori I-V di Instalasi Gawat Darurat*

RSUD Dr. Moewardi. Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979 – 2697, Vol. 1.
No. 2, Hal. 69 – 74.

Hidayat. 2011. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*,
Salemba Medika, Jakarta

Jakarta Medical Service 119 (2013). Basic Trauma Cardiac Life Support. Jakarta
Kepmenkes RI No. 856. (2014) Standar IGD Rumah Sakit. Menteri Kesehatan.
Jakarta.

Lupiyoadi, Rambat. (2014). Manajemen Jasa. Yogyakarta: Andi

Maryuani, Anik & Yulianingsih. (2009). Asuhan Kegawatdaruratan. Jakarta:
Trans Info Media Medis.

Muninjaya A A Gde, MPH, dr. (2011). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.
Jakarta:EGC.

Muslihan, S.Kep,Ns.(2010) Keperawatan Gawat Darurat. Yogyakarta: Nuha
Medika.

Notoadmodjo, Soekidjo. (2010). Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT.
Rhineka Cipta

Novendra (2010). Pengaruh pemaparan hasil survey terhadap peningkatan
kepuasan pasien di IGD RSUD Cengkareng. Tesis. Universitas Indonesia.
Depok.

Nursalam. 2013. *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*.
Jakarta: Salemba Medika

Pasolong, Harbani. (2012). Teori Administrasi Publik. Bandung: Alfabeta.

Pohan Imbalo. S, MPH, dr. (2012) Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Jakarta:
EGC.

Potter, A. Patricia & Perry G. Anne. (2015). Buku Ajar Fundamental
Keperawatan: Konsep, Proses dan Prkatik. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Sabri, L. & Hastono. (2016). Statistik Kesehatan. Jakarta: PT. Raja Grafindo
Persada.

- Sabriyati, W, O, N, I. Islam, A. A, Gaus. S. (2012). Faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap berdasarkan response time di Instalasi Gawat
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Ismael. (2013). Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Setiadi. (2012). Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siboro,T. (2014). Hubungan pelayanan perawatan dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Advent Bandung. Skripsi. Universitas Advent Indonesia. Bandung.
- Soedjas, T, MM, SE, Sp.A, dr (2014). Layanan Wow Untuk Pelanggan. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Sugiyono, (2012). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Suryani. (2010). Keperawatan gawat darurat. Diakses dari:
<http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/5FIKESS1KEPERAWATAN/1010712012/BAB%201.pdf>.
- Suryawati.C, Dharminto & Shaluhiah.Z (2016). Penyusunan indikator kepuasan rawat inap rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol.9.No.4 Desember 2006.Hal:177 – 184.
- Syofyanti,R.A. (2014). Hubungan pelayanan keperawatan gawat darurat dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSSN Bukittinggi Tahun 2014. Skripsi. UMSB. Bukittinggi. Tjiptono, Fandy. (2008). "Service Manajemen Mewujudkan Pelayanan Prima". Yogyakarta: Andi.
- Wilde, E.T. (2014). Do Emergency Medical System Response Times Matter for Health Outcome?. New York: Columbia University.



STRADA PRESS

Jl. Manila 37 Kota Kediri Jawa Timur

Email : stradapress@iik-strada.ac.id

Telp: 081252759611

ISBN 978-602-5842-75-7

