

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. *Response time*

a. Pengertian

Response time merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit. Penanganan gawat darurat ada filosofinya yaitu *Time Saving it's Live Saving* artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah benar-benar efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan pada kondisi pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2 – 3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian (Sutawijaya, 2009 dalam Marsya, 2019).

Response time merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai adanya tanggapan dari perawat. *Response time* atau ketepatan waktu yang diberikan oleh perawat pada pasien yang datang ke Instalasi Gawat Darurat memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Respons time merupakan waktu antara dari permulaan suatu permintaan ditanggapi dengan kata lain

dapat disebut waktu tanggap. Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Pratama et al., 2022).

b. Klasifikasi *emergency response time*

Yunus (2022) menjelaskan bahwa *emergency response time* dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

1) *Pre Decision Time.*

Pre Decision Time adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (*from decision to incision*) (Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/I/2630/2016), dalam pelaksanaannya waktu *pre decision* ini agar sesuai dengan SPO waktu maksimalnya adalah selama 90 menit sejak pasien datang IGD sampai mendapatkan keputusan tindakan. *Pre decision time* ini diusahakan juga secepat mungkin, jadi lebih cepat lebih baik dengan waktu maksimal jika dimungkinkan adalah 90 menit.

2) *Emergency response time 2*

Emergency response time 2 adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi cito sejak diputuskan oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang dilakukan) sampai dimulainya insisi di kamar operasi

atau *from decision to insision* (Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/I/2630/2016). *Triage* merupakan sebuah usaha dalam melakukan prioritas terhadap pasien berdasarkan derajat kegawat daruratan atau penyakit sehingga dapat dilakukan skala prioritas dalam penanganan pasien gawat darurat di IGD. Sesuai dengan pendapat *America Hospital Association* tahun 2017 (Riordan, 2017) mengatakan bahwa masyarakat bergantung pada pelayanan IGD sebagai pusat pertolongan pertama dalam kasus emergensi yang membutuhkan penanganan medis secara cepat sehingga dapat mengurangi kesakitan dan menyelamatkan nyawa.

c) Penentuan prioritas penanganan

Penentuan prioritas penanganan lebih dikenal dengan istilah triage. *Triage* diambil dari bahasa prancis *trier* artinya mengelompokkan atau memilih. Konsep triage unit gawat darurat adalah pengelompokkan atau pengklasifikasikan klien ke dalam tingkatan prioritas tergantung pada keparahan penyakit atau injuri, suatu sistem seleksi korban yang menjamin supaya tidak ada korban yang tidak mendapatkan perawatan medis. Triase merupakan suatu sistem seleksi korban yang menjamin supaya tidak ada korban yang tidak mendapatkan perawatan medis (Marsya, 2019)..

Jurnal Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia dalam Sulton (2021) menjelaskan tentang skala kategori kegawatdaruratan yang disajikan dalam Tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Skala Kategori Kegawatdaruratan

Kategori Triage	Target waktu	Deskripsi kategori	Deskripsi klinis	Diagnosis awal sementara
Kategori 1 resusitasi	0-10 menit (langsung)	Kondisi yang mengancam nyawa atau berisiko mengancam nyawa bila tidak segera di intervensi	a. Henti jantung b. Henti nafas c. Sumbatan jalan nafas mendadak yang berisiko menimbulkan henti jantung d. Pernafasan <10 x/minit e. Distres pernafasan berat f. Tekanan darah sistole < 80 mmHg (dewasa) atau anak dengan klinis shock berat g. Kesadaran tidak ada respon atau hanya berespon dengan nyeri h. Kejang berkelanjutan	a) Syok traumatis b) Pneumothorax c) Luka bakar wajah dengan gangguan jalan napas d) Cedera kepala dengan penurunan tingkat kesadaran e) Luka terbuka dada f) Hipoglikemia g) Overdosis tricyclic h) IMA Gagal jantung derajat 4 i) Angina pektoris j) Multiple trauma k) Status asmatikus l) Status epilepsi m) Syok dengan sebab apapun juga n) Stroke dengan penurunan tingkat kesadaran dan lainnya.
Kategori 2 emergency	11-30 menit	Risiko mengancam nyawa, dimana kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat, dapat segera menimbulkan gagal organ bila tidak diberikan tatalaksana dalam waktu 10 menit setelah datang.	a. Jalan nafas: pernafasan berat. b. Gangguan sirkulasi - Akral dingin - Denyut nadi <50 x/mnt atau 150 x/mnt dewasa - Hipotensi dengan gangguan hemodinamik lain - Banyak kehilangan darah c. Nyeri dada tipikal d. Nyeri hebat apapun penyebabnya e. Delirium atau gaduh gelisah	a) Cedera leher/spinal b) Luka bakar pada mata c) Chest pain d) Epiglottis e) Kehamilan ektopik f) Asma bronchial g) Apendisitis akut h) Perforated viscus i) Kolik ureter akut j) CVA – sadar k) Overdosis obat sadar dan lainnya

Kategori Triage	Target waktu	Deskripsi kategori	Deskripsi klinis	Diagnosis awal sementara
Kategori 3 <i>urgent</i>	31-60 menit	Kondisi potensi berbahaya, mengancam nyawa atau dapat menambah keparahan bila penilaian dan tatalaksana dalam waktu 30 menit atau kondisi segera.	<p>f. Defisit neurologis akut (hemiparesis, disfasia)</p> <p>a. Hipertensi berat</p> <p>b. Kehilangan darah moderat</p> <p>c. Sesak nafas</p> <p>d. Saturasi oksigen 90-95%</p> <p>e. Pasca kejang</p> <p>f. Demam</p> <p>g. Muntah menetap dengan tanda dehidrasi</p> <p>h. Nyeri kepala dengan riwayat pingsan, saat ini sudah sadar</p> <p>i. Nyeri sedang apapun penyebabnya</p> <p>j. Nyeri dada atipikal</p> <p>k. Nyeri perut tanpa tanda akut abdomen</p>	<p>a) Cedera kepala-sadar, tidak muntah</p> <p>b) Fraktur colles</p> <p>c) Fraktur klavikula</p> <p>d) Sprain ankle</p> <p>e) Fraktur minor lain</p> <p>f) Migrain dan sakit kepala</p> <p>g) Otitis media/eksterna</p> <p>h) Gastrointestinal refluks</p> <p>i) Gejala dysmenorrhoe</p> <p>j) Vomiting</p> <p>k) Semua jenis sprains</p> <p>l) Digigit ular, sengatan serangga dan hewan lain.</p> <p>m) Cedera permukaan</p> <p>n) Hiperpireksia</p> <p>o) Urtikaria dan lainnya.</p>
Kategori 4 <i>Semi urgent</i>	61-120 menit	Kondisi berpotensi menjadi lebih berat apabila penilaian dan tatalaksana tidak segera dilaksanakan dalam waktu 60 menit.	<p>a. Perdarahan ringan</p> <p>b. Terhirup benda asing tanpa ada sumbatan jalan nafas dan sesak nafas</p> <p>c. Cedera kepala ringan tanpa riwayat pingsan</p> <p>d. Nyeri ringan-sedang</p> <p>e. Muntah atau diare tanpa dehidrasi</p> <p>f. Radang atau benda asing di mata, penglihatan normal</p> <p>g. Trauma ekstermitas minor (keseleo, curiga fraktur, luka robek sederhana, tidak ada gangguan neurovaskular ekstermitas) sendi bengkak</p> <p>h. Nyeri perut non spesifik</p> <p>i. Gangguan perilaku</p>	<p>a) Old scars</p> <p>b) Deformitas tulang, spinal atau anggota tubuh yang lain</p> <p>c) Kontraktur sendi</p> <p>d) Old fracture</p> <p>e) Tindakan non-urgent:</p> <p>f) Pengambilan plate metal, screws</p> <p>g) Old unreduced dislocations</p> <p>i) Luka kronik</p> <p>j) Sprain kronik</p> <p>k) Benjolan pada tubuh</p> <p>l) Vena varicose</p> <p>m) Kista, bisul</p> <p>n) Tindakan sirkumsisi</p> <p>o) Kelemahan tubuh:</p> <p>p) Cerebral palsy, spastics</p> <p>q) Spondilosis servikal</p> <p>r) Pasca-polio</p>

Kategori Triage	Target waktu	Deskripsi kategori	Deskripsi klinis	Diagnosis awal sementara
				s) Old hemiplegias, t) old strokes u) Old paraplegia v) Osteoarthritis pada lutut
Kategori 5 <i>nonurgent</i>	> 120 menit	Kondisi segera yaitu kondisi kronik atau minor dimana gejala tidak berisiko memberat bila pengobatan tidak segera diberikan. Mengambil hasil lab dan meminta penjelasan, meminta sertifikat kesehatan, meminta perpanjangan resep	a. Nyeri ringan yaitu Riwayat penyakit tidak berisiko dan saat ini tidak bergejala b. Keluhan minor yang saat berkunjung masih dirasakan c. Kunjungan ulang untuk ganti perban, evaluasi jahitan d. Kunjungan untuk imunisasi e. Pasien kronis psikiatri tanpa gejala akut dan hemodinamik stabil	Luka kecil (luka lecet, luka robek kecil)

Sumber: Jurnal Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia (Sultoni, 2021)

Yunus (2022) menjelaskan bahwa layanan kegawatdaruratan menurut Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI Nomor: HK.02.03/I/2630/2016, perlu adanya kriteria dalam menentukan pasien tersebut termasuk dalam pasien gawat darurat (Cito) atau tidak yaitu berdasarkan:

- 1) Tatalaksana pasien gawat darurat sesuai dengan prioritas kegawat
- 2) Pasien yang diputuskan mendapatkan tindakan operasi cito dilakukan operasi dalam waktu 120 menit dihitung dari saat pengambilan keputusan (*decision* Dokter Penanggungjawab Pelayanan /DPJP) sampai dengan insisi.

- 3) Kriteria inklusi: pasien IGD yang diputuskan tindakan cito
 - 4) Kriteria ekslusi: kasus patah tulang terbuka yang melebihi golden period (8 jam). Pasien disertai kegawatan organ lain yang memerlukan regulasi / perbaikan kondisi dan pasien yang diputuskan memerlukan puasa lebih dari 2 jam.
- d) Faktor yang berhubungan dengan *response time*
- Faktor yang berhubungan dengan *response time* penanganan kasus di IGD menurut Sultoni (2021) adalah sebagai berikut:
1. Ketersediaan *stretcher*

Ketidakcukupan terhadap ketersediaan *Stretcher* atau Brankar pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis. Maka, penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan stretcher yang kurang memadai.

2. Ketersediaan petugas triage

Ketersedian petugas triage sangat berpengaruh karena pada saat pasien masuk IGD maka pertama kali pasien akan dilakukan pengolongan triage terlebih dahulu untuk menentukan prioritas tindakan, namun jika petugas triage tidak tersedia maka hal tersebut tidak dilakukan sehingga pasien yang masuk akan berkumpul dalam satu ruangan tanpa adanya pengolongan prioritas penanganan dan membuat petugas yang akan melakukan tindakan menjadi kualahan.

3. Tingkat karakteristik pasien

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

4. Faktor pengetahuan petugas kesehatan, ketrampilan dan pengalaman bekerja petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat.
5. Beban kerja fisik. Beban kerja perawat memiliki dampak yang luas sehingga harus menjadi perhatian bagi institusi pelayanan kesehatan terlebih bagi profesi perawat. Beban kerja perawat yang tinggi dapat menyebabkan penurunan kinerja perawat dan kurang atau buruknya komunikasi antara pasien dan perawat, berpengaruh terhadap kondisi pasien, sehingga berdampak pada waktu tanggap (Azizah, 2021).

2. Kepuasan

a. Pengertian

Kepuasan adalah perasaan seseorang yang puas atau sebaliknya setelah membandingkan antara kenyataan dan harapan yang diterima dari sebuah pelayanan. Kepuasan hanya dapat tercapai dengan memberikan pelayanan yang berkualitas (Kotler, 2012). Kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap hasil yang diterima serta memenuhi harapan dan keinginannya (Sultoni, 2021).

Kepuasan adalah suatu hasil respon konsumen terhadap produk yang dia terima dibandingkan dengan harapannya. Sehingga kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila kinerja atau kenyataan yang diterima oleh pelanggan adalah sesuai dengan atau melebihi harapannya. Kepuasan pelanggan di bidang kesehatan berarti kepuasan pasien, sebagai pihak yang menerima atau memerlukan pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien memiliki pengertian adalah nilai subjektif terhadap pelayanan yang diberikan (Imam & Suryani, 2017).

b. Dimensi pengukuran kepuasan

Sulton (2021) menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi dalam pengukuran kepuasan pasien yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, dan reliability*) yaitu sebagai berikut:

1) Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap (*Responsiveness*) adalah keinginan untuk membantu dan menyediakan jasa pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien. Hal ini meliputi kejelasan informasi, waktu penyampaian jasa, ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan kesehatan, kesediaan pegawai dalam membantu pasien, keluangan waktu pegawai dalam menanggapi permintaan pasien dengan cepat.

2) Jaminan (*Assurance*)

Jaminan (*Assurance*) adalah adanya jaminan bahwa jasa yang ditawarkan memberikan jaminan keamanan yang meliputi

kemampuan SDM (tenaga medis dan non medis), rasa aman selama berurusan dengan petugas rumah sakit, kesabaran petugas, dukungan pimpinan terhadap staf.

3) Bukti fisik (*Tangible*)

Bukti fisik (*Tangible*) yang meliputi fasilitas fisik rumah sakit, mencakup kemutahiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi SDM (medis dan non medis) rumah sakit dan keselarasan antara fasilitas fisik dengan jenis jasa pelayanan yang diberikan.

4) Empati (*Empathy*)

Empati (*Empathy*) berkaitan dengan pemberian perhatian penuh kepada konsumen yang meliputi perhatian kepada pasien dan keluarga, perhatian petugas secara pribadi, pemahaman akan kebutuhan konsumen, perhatian terhadap kepentingan konsumen, kesesuaian waktu pelayanan dengan kebutuhan konsumen.

5) Kepercayaan (*Reliability*)

Kepercayaan (*Reliability*) adalah pelayanan yang disajikan dengan segera dan memuaskan dan merupakan aspek-aspek keandalan system pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana, kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, keandala penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan, dan keakuratan penanganan.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan

Kepuasan pasien yang mendapat pelayanan di IGD dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Moison, Walter dan White (dalam Sultoni, 2021), antara lain

1) Karakteristik produk

Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

2) Harga

Harga merupakan aspek penting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3) Pelayanan

Keramahan petugas rumah sakit dan kecepatan dalam pelayanan. Rumah sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Dapat dijabarkan dengan pertanyaan yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, responsi, support, seberapa tanggap dokter / perawat di ruangan IGD, rawat jalan,

rawat inap, farmasi, kemudahan dokter / perawat dihubungi, keteraturan pemberian meal, obat, pengukuran suhu dan sebagainya.

4) Lokasi

Lokasi meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Lokasi merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Akses menuju lokasi yang mudah dijangkau mempengaruhi kepuasan klien dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan di rumah sakit maupun pusat jasa kesehatan lainnya. 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. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan klien, namun rumah sakit perlu memberikan perhatian pada fasilitas rumah sakit dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

6) Kegiatan dan prasarana Rumah Sakit

Berbagai kegiatan dan prasarana kegiatan pelayanan kesehatan yang mencerminkan kualitas rumah sakit merupakan determinan utama dari kepuasan pasien. Pasien akan memberikan penilaian (reaksi afeksi) terhadap berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang diterimanya maupun terhadap sarana dan prasarana kesehatan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penilaian mereka terhadap kondisi rumah sakit (mutu baik atau buruk) merupakan gambaran kualitas rumah sakit seutuhnya berdasarkan pengalaman subjektif individu pasien.

7) *Image*

Citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. Image memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan rumah sakit berawal dari cara pandang melalui pancaindera dari informasi-informasi yang didapatkan dan pengalaman baik dari orang lain maupun dirisen diri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap rumah sakit tersebut, meskipun dengan harga yang tinggi, pasien akan tetap setia menggunakan jasa rumah sakit tersebut dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien.

8) Desain visual

Desain visual meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. 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.

Aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC, pembuangan sampah, kesegaran ruangan dan lain-lain.

9) Suasana

Suasana meliputi keamanan, keakraban dan tata lampu. 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 kerumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.

10) Komunikasi

Tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien. Komunikasi dalam hal ini juga termasuk perilaku, tutur kata,

keacuhan, keramahan petugas, serta kemudahan mendapatkan informasi dan komunikasi menduduki peringkat yang tinggi dalam persepsi kepuasan pasien RS. Tidak jarang walaupun pasien/keluarganya merasa outcome taksesuai dengan harapannya merasa cukup puas karena dilayani dengan sikap yang menghargai perasaan dan martabatnya

d. Tujuan pengukuran kepuasan

Tjiptono (2015) menjelaskan bahwa pengukuran kepuasan pelanggan dilakukan dengan berbagai macam tujuan, di antaranya:

- 1) Mengidentifikasi keperluan pelanggan yakni aspek-aspek yang dinilai penting oleh pelanggan dan memengaruhi apakah ia puas atau tidak.
- 2) Menentukan tingkat kepuasan pelanggan terhadap kinerja organisasi pada aspek-aspek penting.
- 3) Membandingkan tingkat kepuasan pelanggan terhadap perusahaan dengan tingkat kepuasan pelanggan terhadap organisasi lain, baik pesaing langsung maupun tidak langsung.
- 4) Mengidentifikasi *Priorities for Improvement* (PFI) melalui analisis gap antara skor tingkat kepentingan dan kepuasan.
- 5) Mengukur indeks kepuasan pelanggan yang bisa menjadi indikator andal dalam memantau kemajuan perkembangan dari waktu ke waktu.

e. Metode pengukuran tingkat kepuasan

Kotler dan Keller (2017) menjelaskan bahwa ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan yaitu sebagai berikut:

1) Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telefon langsung dengan pelanggan.

2) *Ghost shopping*

Mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuanya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka.

3) *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi pasien yang telah tidak berobat lagi agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi.

4) Survei kepuasan responden

Penelitian survey dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga dapat diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen. Melalui survey perusahaan akan

memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari responden dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para respondennya.

f. Skala ukur tingkat kepuasan

Fadilah dan Yusianto (2019) menjelaskan bahwa untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan sebagai berikut:

1) Sangat puas

Sangat puas merupakan ukuran subjektif hasil hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk hubungan dengan dokter atau perawat) atau sangat cepat (untuk proses administrasi) yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.

2) Cukup puas

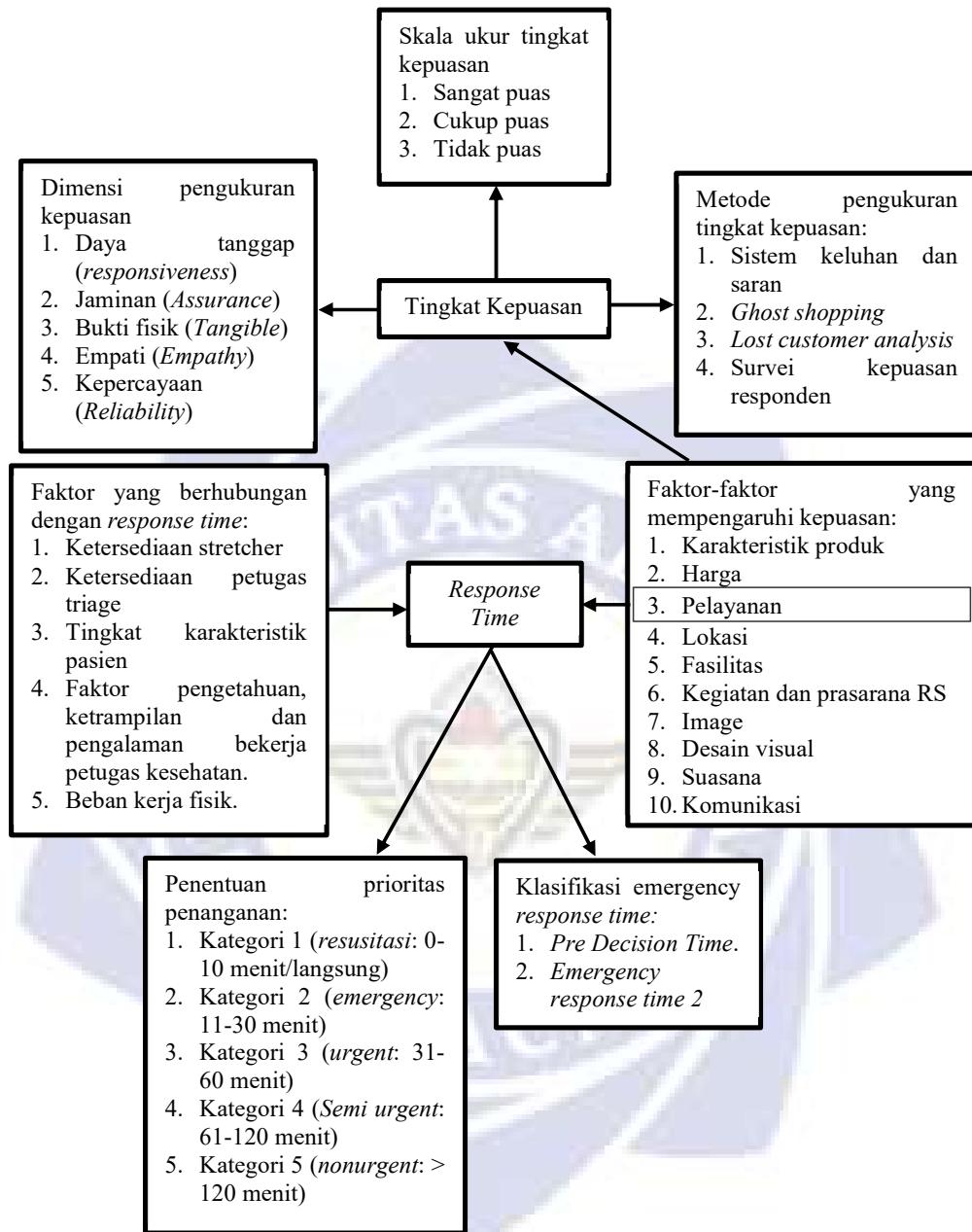
Cukup puas merupakan ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (sarana), agak kurang cepat (proses administrasi) atau agak kurang ramah yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

3) Tidak puas

Tidak puas merupakan ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan, seperti tidak terlalu bersih (sarana), lambat (proses administrasi) atau tidak ramah yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan kajian teori di atas maka kerangka teori dalam penelitian ini disajikan dalam Bagan 2.1 di bawah ini.



Bagan 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Marsya (2019), Pratama et al. (2022), Yunus (2022), Riordan (2017), Sultoni (2021), Azizah (2021), Imam & Suryani (2017), Kotler & Keller (2017) dan Fadilah & Yusianto (2019)

