

**HUBUNGAN ANTARA *RESPONSE TIME* DENGAN KEPUASAN
KELUARGA DI UNIT PELAKSANA TEKNIS (UPT) *PUBLIC SAFETY*
CENTER (PSC) 119 KOTA MAGELANG**

SKRIPSI



SRIYONO

23.0603.0105

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
Juli 2024**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2012 merupakan upaya pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh seluruh komponen bangsa Indonesia. Upaya ini memiliki tujuan dengan harap dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan secara *responsivness*. Inovasi di bidang kesehatan diperlukan jika masyarakat ingin puas dengan pelayanan kesehatan yang ada, khususnya dalam penanganan kasus kegawatdaruratan untuk mencegah cedera dan memastikan pasien segera ditangani (Mochamad dan Setyaningsih, 2019).

SKN diselenggarakan agar ada peningkatan *response time* yang baik dalam memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini membutuhkan inovasi pelayanan kesehatan terutama penanganan kasus kegawatdaruratan pra hospital di masyarakat untuk mencegah adanya cedera.(Mochamad et al., 2019). Kewajiban tersebut juga diamanahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) (Prihanti et al., 2022). Upaya Kementerian Kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang baik, khususnya dalam pelayanan kegawatdaruratan di masyarakat adalah dengan pembentukan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) (Kemenkes, 2016).

SPGDT merupakan pelayanan *call center* untuk pelayanan penanganan korban/pasien gawat darurat melalui akses 119 yang bertujuan meningkatkan mutu dan akses layanan kegawatdaruratan; dan mempercepat waktu penanganan kesehatan (*response time*) pasien gawat darurat dan menurunkan kemungkinan angka kecatatan dan kematian (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Pelaksanaan SPGDT dilakukan dengan melakukan

kerjasama antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah dalam bentuk layanan 119 yang dilakukan oleh *National Command Center (NCC)* di Kementerian Kesehatan dan *Public Safety Center (PSC)* di daerah-daerah. PSC sebagai pusat koordinasi pelayanan gawat darurat di masyarakat bekerjasama dengan rumah sakit/puskesmas/klinik kesehatan terdekat maupun instansi di luar kesehatan seperti pemadam kebakaran dan kepolisian untuk menangani kasus kegawatdaruratan yang terjadi di daerahnya masing-masing. (Musyarofah et al., 2019).

Pelaksanaan PSC di Wilayah Kota / Kabupaten dilakukan dengan pembentukan UPT PSC 119. Instruksi Presiden nomor 4 tahun 2013 tentang Dekade Aksi Keselamatan Jalan, yang menyebutkan bahwa setiap Kabupaten/Kota harus menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan yang dikoordinasi secara terpusat di kementerian Kesehatan berupa pembentukan *Public Safety Center (PSC)*. Pada saat ini, dari 514 kabupaten/kota di Indonesia yang memiliki layanan *Public Safety Center (PSC)* 119 adalah sebanyak 276 kabupaten/kota (Prihanti et al., 2022).

UPT (Unit Pelaksana Teknis) PSC 119 merupakan unsur pelaksana teknis operasional dan/ atau kegiatan teknis penunjang tertentu di bidang pelayanan kegawatdaruratan pra-Fasyankes (fasilitas pelayanan Kesehatan) dan pasca-Fasyankes. Unit ini mempunyai tugas: Menerima terusan (*dispatch*) panggilan kegawatdaruratan dari pusat komando, melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan, memberikan layanan ambulans, memberikan informasi tentang Fasyankes, memberikan informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit, dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan terkait dengan tugas dan fungsinya.

Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan (Soetrisno, 2013). Keberadaan *Public Safety Center (PSC)* sebagai unit terdepan dalam menangani kasus kegawatdaruratan pada masyarakat diharapkan bisa memberi pelayanan publik yang cepat, efektif dan efisien.

Maka sejalan dengan itu maka pemerintah kota Magelang melaksanakan program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan memaksimalkan dengan terbentuknya PSC (Pieter et al, 2019). Dengan adanya PSC diharapkan menjadi salah satu cara untuk memperkuat layanan kesehatan bagi masyarakat yang cepat dan tanggap. Keberadaan PSC bukan hanya melengkapi fasilitas kesehatan tetapi memperkuat sistem pelayanan yang cepat dan bereaksi terhadap peristiwa yang butuh tindakan medis. Bentuk pelayanan SPGDT pada *Public Safety Center* (PSC) 119 adalah layanan pertolongan pertama bagi pasien dengan bentuk pelayanan yang cepat, tepat yang melayani dalam satu hari 24 jam secara terus menerus (Pieter et al., 2019).

Penanganan yang tanggap harus diperhatikan dengan baik karena mendukung terhadap waktu tunggu pelayanan, mulai dari kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan kepada pasien yang datang atau dalam istilah lain kecepatan bisa diartikan dengan *Response time* (Sinurat et al., 2019). *Response time* yaitu waktu untuk memulai memberikan respon, tetapi bukan waktu yang dipakai output untuk respon tersebut (Hartono et al., 2018). Menurut (Rembet et al., 2015) *response time* adalah waktu antara dari permulaan suatu permintaan ditanggapi dengan kata lain dapat disebut dengan waktu tanggap. Pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan pra rumah sakit diharapkan sesuai dengan harapan masyarakat. Tujuan pelayanan kesehatan adalah tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang memuaskan harapan (*consumer satisfaction*), melalui pelayanan yang prima oleh pemberi pelayanan yang diselenggarakan (*institutional satisfaction*) (Hariyanto, 2020).

Salah satu keberhasilan pada pelayanan kesehatan adalah kepuasan pasien dan keluarga. Kepuasan pasien dan keluarga merupakan tingkat pada perasaan pasien dan keluarga yang muncul sebagai sebab dari kinerja pada pelayanan kesehatan (Desimawati, 2013). Sejalan dengan itu kepuasan pada pasien harus didukung dengan pelayanan yang baik karena pelayanan yang puas akan berbagi pengalaman mereka terhadap orang di sekitar. Oleh karena itu sikap dari petugas sangat menentukan untuk memberikan kepuasan pasien.

Sikap yang dimiliki petugas terhadap pasien akan menentukan interaksi yang positif antara petugas dengan pasien, sehingga memberikan nilai tambah untuk kepuasan pasien (Simandalahi et al., 2019).

Salah satu indikator kepuasan pasien adalah *response time* dari pemberi layanan kesehatan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan kepada pasien akan mempengaruhi kepuasan pasien. *Response time* yang cukup diharapkan pasien akan puas terhadap layanan yang diberikan. Peningkatan kasus kegawatdaruratan penyakit-penyakit serta faktor geografis yang ada di Indonesia, mendorong Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk melakukan terobosan baru guna meningkatkan layanan kesehatan dan kegawatdaruratan, salah satunya yaitu layanan *Public Safety Center* 119 yang dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Kondisi dan fenomena tersebut mengharuskan adanya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui perbaikan sarana dan prasarana kesehatan serta peningkatan akses layanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya terkait dengan waktu tanggap pelayanan atau respon time (Yanuar, 2019) .

Pelaksanaan *Public Safety Center* (PSC) sesuai Permenkes Nomor 19 Tahun 2016 dipengaruhi oleh faktor ketenagaan, sistem penanganan korban/pasien gawat darurat, sistem transportasi gawat darurat, pembagian peran pemerintah, anggaran dan monitoring evaluasi pelaksanaan kegiatan (Prihanti, et al 2022). Pelaksanaan *Public Safety Center* (PSC) 119 di beberapa kabupaten/kota di Indonesia belum sesuai dengan standar pelayanan kegawatdaruratan medis yang telah diatur dalam Permenkes 19 Tahun 2016, sebagai contoh pelaksanaan PSC 119 di Kota Magelang yang belum efektif . Menurut Purwanto et al (2014), kepuasan pasien merupakan nilai subjektif yang diungkapkan pasien mengenai pelayanan dan fasilitas kesehatan yang diberikan dengan membandingkan harapannya. Indikator untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan terdapat pada lima dimensi kualitas pelayanan. Dimensi tersebut adalah keandalan yang nyata, bukti fisik, jaminan, daya tanggap, dan empati. Tingkat kepuasan keluarga terhadap pelayanan PSC 119 sangatlah penting. dengan mengetahui tingkat kepuasan

dapat meningkatkan pelayanan yang diberikan dengan pelayanan yang optimal maka tingkat kepuasan pasien pun meningkat, serta memberikan citra yang baik bagi Dinas kesehatan Kota Magelang.

Menurut Penelitian Purnomo et al (2021) kepuasan keluarga dalam pelayanan PSC 119 di Kota Mamuju menunjukkan secara keseluruhan responden sangat puas terhadap pelayanan darurat yang diterima dari PSC (*Public Safety Center*) SIGA 119. Hasil penelitian itu juga menunjukkan bahwa terdapat 90,49% kepuasan dari dimensi *responsiveness*, 91,82% dari dimensi jaminan, 92,41% bukti fisik, 91,54% dimensi empati, dan 91,31% dimensi keandalan. Secara umum PSC (*Public Safety Center*) SIGA 119 di Kabupaten Mamuju memiliki rata-rata indeks kepuasan sebesar 3,66 (91,526%) dengan kategori sangat puas. Hasil penelitian Nurmalia dan Budiyo (2020) Pada evaluasi produk pelayanan PSC 119 Mataram *Emergency Medical Services* (MEMS), dampak yang dirasakan penelepon dari layanan PSC 119 MEMS yaitu pasien terbantu dalam transportasi menuju ke rumah sakit karena aksesnya yang cepat dan mudah. Rata-rata *response time* yang telah ada yaitu 9 menit. *Response time* sangat penting dalam menurunkan risiko kematian, bahkan apabila waktu respon rata-rata bisa diturunkan 1 menit, maka akan ada dua orang lagi yang bisa diselamatkan dari keseluruhan korban/ pasien (Maryantika, 2019).

Response time sangat dipengaruhi oleh jarak, semakin jauh jarak antara penyedia layanan dengan lokasi pasien maka *response time* akan semakin meningkat. Hal ini membuat perbedaan respon terhadap masyarakat yang jauh dari penyedia layanan kesehatan, dimana mereka menganggap bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan ketika penyedia layanan datang untuk menyelamatkan jiwa dengan waktu respon yang diusahakan secepat mungkin sekalipun (Jaldell, 2016). Selain *response time* yang diperhitungkan mampu menyelamatkan pasien, *response time* yang cepat mampu meningkatkan kepuasan pasien maupun kepuasan keluarga pasien. Sehingga *response time* juga menjadi faktor penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, apalagi jika dikaitkan dengan pelayanan kesehatan di tingkat pra hospital

(Dhinar, 2016). Hasil penelitian yang dilakukan Rahmadiniati et al (2023) bahwa gambaran *response time* terhadap penanganan keperawatan kecelakaan lalu lintas dalam pelayanan kegawatdaruratan baik. Hal ini dilihat tercapainya penanganan waktu tempuh PSC sesuai standar WHO yakni dibawah 8 menit. Sejalan dengan penelitian ini didapatkan *response time* 0 – 15 menit sebagai nilai tertinggi pada waktu tempuh ambulan ke lokasi kejadian dengan persentase (93%).

PSC 119 Kota Magelang merupakan layanan kegawatdaruratan baru di Kota Magelang yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan ditaraf *prehospital care service*. Terkait *response time* di PSC 119 Kota Magelang untuk menanggapi korban kecelakaan membutuhkan waktu antara 10 menit. Berdasarkan data PSC 119 kota Magelang selama tahun 2023 memberikan pelayanan pada masyarakat sebanyak 4929 panggilan, dari pelayanan tersebut 1909 (38,7%) bersifat gawat darurat dan 3020 (65,2 %) bersifat non gawat darurat. Selama 3 bulan terakhir juga mengalami kecenderungan peningkatan pelayanan di UPT PSC 119 dan sebagian besar pelayanan tidak gawat darurat, yaitu Oktober 62,1%, November 66,7% dan Desember 60%. Kondisi tersebut tentu menyebabkan pelayanan yang sifatnya gawat darurat akan meningkat *response time* nya.

Pengembangan layanan di UPT PSC 119 yang bertambah menyebabkan jumlah permintaan layanan non gawat darurat semakin banyak. Kondisi ini perlu diantisipasi, agar tujuan utama UPT PSC 119 dengan memberikan pertolongan pertama terhadap kasus gawat darurat tetap menjadi pijakan dan acuan. Permasalahan yang sering muncul saat tim PSC sedang memberikan layanan, pada waktu yang bersamaan ada permintaan lain bantuan PSC 119 . Misalnya saat pelayanan antar jemput pasien yang kontrol ke Rumah Sakit / pulang rawat inap dari Rumah Sakit, pada waktu yang bersamaan ada permintaan layanan Gawat Darurat atau Kecelakaan Lalu Lintas. Hal ini menyebabkan *Response time* layanan Gawat Darurat / *Emergency* lebih lama.

Pengkategorian panggilan ambulans yang didasarkan jenis penyakit atau kondisi pasien yang dikelompokkan menggunakan *system triase*, dapat

memudahkan penyediaan layanan ambulans untuk mencapai standar *response time* yang ideal dan memberikan penanganan yang tepat kepada pasien, sehingga apabila hal tersebut dapat dilakukan, maka harapan agar ambulans memberikan pelayanan yang cepat dan tepat dapat terwujud (Maryantika, 2019). Adanya pengkategorian atau triase pada saat pelayanan pra hospital dapat memperlancar dan memperpendek *response time* datang. Hasil penelitian Luthfatunnisa (2023) tidak ada hubungan antara *response time call center* 119 dengan kepuasan pengguna layanan PSC 119 ($p\text{ value} = 0,093$), serta tidak ada hubungan antara *response time medic pre hospital* dengan kepuasan pengguna layanan PSC 119 ($p\text{ value} = 0,281$). Belum ada hasil penelitian terkait hubungan antara *response time* terhadap kepuasan keluarga terhadap pelayanan gawat darurat di UPT PSC 119 kota Magelang.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti kepada 10 keluarga pasien yang menggunakan pelayanan UPT PSC 119 kota Magelang Bulan Desember 2023 diperoleh keterangan 7 (70%) orang menyatakan kurang puas dalam pelayanan UPT PSC 119 Kota Magelang. Terdapat 6 dari 7 atau 85,7% orang keluarga tersebut mengatakan merasa kurang puas terhadap pelayanan yang terlalu lama (tidak tangap atau kurang cepat) dirasa masih cukup lama yaitu lebih atau sama dengan 10 menit. Kurang puasnya anggota keluarga kepada petugas kesehatan seperti kurang jelasnya informasi kedatangan ambulans. Hal ini disebabkan karena datangnya panggilan bantuan yang hampir bersamaan, ambulance dan sopir sedang ada di luar atau di lapangan dan jumlah perawat atau staf yang kurang serta permintaan bantuan PSC 119 tidak hanya untuk kasus kegawatandauratan dan kecelakaan tetapi juga untuk menjemput pasien setelah dirawat di rumah sakit. Dampak pelayanan PSC 119 yang tidak baik adalah pelanggan atau keluarga akan merasa tidak puas dan akan kecewa dan memberikan keluhan, keluarga yang kecewa ini akan menjadi masalah serius jika tidak diatasi. Mereka cenderung tidak akan menggunakan kembali layanan yang ada di PSC 119, bahkan menjelekkan layanan yang diberika pada orang lain.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik menyusun skripsi yang berjudul hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang.

B. Rumusan Masalah

Response time sangat dipengaruhi jarak, semakin jauh dengan penyedia layanan maka akan semakin lama *response time*-nya, hal ini akan menyebabkan perbedaan respon masyarakat terhadap pelayanan. Harapan masyarakat akan pelayanan yang cepat tidak terwujud karena beberapa faktor, diantaranya jarak tempuh, tidak hanya itu, jenis panggilan yang terjadi pun dapat mempengaruhi. Berdasarkan hasil studi pendahuluan bahwa panggilan PSC 119 lebih banyak untuk pengguna layanan yang sifatnya *non emergency* dari pada *emergency*. Hal ini tentu juga akan mempengaruhi *response time* yang dihasilkan. Permasalahan *response time* yang meningkat ini dapat menyebabkan tidak tercapainya harapan masyarakat, khususnya keluarga, terhadap pelayanan yang tanggap dan cepat. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik membuat skripsi dengan rumusan masalah adalah Adakah hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang ?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga Di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuinya gambaran karakteristik responden di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang
- b. Diketuinya gambaran *response time* di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang

- c. Diketuinya gambaran kepuasan keluarga di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang
- d. Diketuinya hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di Unit Pelaksana Teknis (UPT) *Public Safety Center* (PSC) 119 Kota Magelang

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Melalui penelitian ini dapat dipergunakan sebagai *literature* ilmiah dalam keperawatan kegawatdaruratan pada saat pra rumah sakit terutama dalam mempercepat pelayanan (*response time*) ketika mendapatkan permintaan bantuan
- b. Peneliti berharap dapat memberikan informasi ilmiah tentang hubungan *response time* perawat dengan keberhasilan penanganan pada pasien cedera dapat menjadi dasar dalam memperbaiki mutu pelayanan pasien gawat darurat di masyarakat atau pra rumah sakit.

2. Manfaat Praktik

- a. Manfaat untuk UPT PSC 119 Kota Magelang
Melalui penelitian ini di harapkan dapat memberikan masukan yang bermanfaat bagi UPT PSC 119 di Kota Magelang agar dapat meningkatkan pengetahuan perawat dan Tim lain dan masyarakat tentang pelaksanaan SPGDT agar tepat sasaran dan memperpendek *response time* pelayanan serta meningkatkan kepuasan keluarga.
- b. Manfaat untuk Masyarakat
Dengan adanya penelitian ini, diharapkan masyarakat mengetahui seperti apa gambaran *response time* atau waktu tanggap, serta bagaimana penanganan yang diberikan oleh UPT PSC 119 kota Magelang.
- c. Manfaat untuk Peneliti Sendiri
Melalui hasil penelitian ini peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pembelajaran terutama tentang

memperbaiki mutu pelayanan khususnya kepuasan pasien melalui perbaikan *response time* pelayanan gawat darurat pra rumah sakit.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah

1. Ruang Lingkup Keilmuan, dalam penelitian ini ruang lingkup keilmuan adalah Ilmu Keperawatan Gawat Darurat
2. Ruang lingkup penelitian
Dalam penelitian ini menggunakan desain *cross sectional design*, menggunakan populasi keluarga pasien yang memanfaatkan pelayanan PSC 119 di Kota Magelang. Variabel yang diteliti adalah variabel independent *response time* dan variabel dependen adalah kepuasan keluarga pasien
3. Waktu Penelitian
Penelitian telah dilakukan pada tanggal 15 April 2024 sampai dengan 30 Juni 2024.
4. Tempat Penelitian
Penelitian akan dilakukan di UPT PSC 119 Kota Magelang

F. Target Luaran

Hasil penelitian ini akan dipublikasi di Jurnal Kesehatan atau jurnal keperawatan lokal atau nasional setelah dibuat naskah publikasi dan melalui tahap konsultasi dan revisi dari pembimbing

G. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian dan Peneliti	Desain, Sampel, Analisis	Variabel yang diteliti	Hasil penelitian	Perbedaan
Data Penelitian					
1.	Kepuasan Keluarga Terhadap Pelayanan Pasien Gawat Darurat PSC SIGA 119 Kabupaten Mamuju (Edi Purnomo, Andi Nasir, Firdaus Syafii, tahun 2021)	Penelitian ini penelitian survei dengan pendekatan deskriptif. Populasi dalam penelitian seluruh keluarga pasien penerima PSC (<i>Public Safety Center</i>) SIGA 119 Kota periode Mei-Juli 2021. Teknik pengambilan sampel adalah <i>Accidental Sampling</i> dengan jumlah responden sebanyak 60 orang, teknik analisis data menggunakan analisis univariat dan perhitungan indeks kepuasan mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi	Kepuasan keluarga yang meliputi lima dimensi	Hasil penelitian bahwa secara keseluruhan responden sangat puas terhadap pelayanan darurat yang diterima dari PSC (<i>Public Safety Center</i>) SIGA 119. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 90,49% Kepuasan dari dimensi responsiveness, 91,82% dari dimensi jaminan, 92,41% bukti fisik, 91,54% dimensi empati, dan 91,31% dimensi keandalan. Secara umum PSC (<i>Public Safety Center</i>) SIGA 119 di	Teknik pengambilan sampel dengan <i>Consecutive sampling</i> Variabel penelitian dengan menambahkan variabel independen (<i>response time</i>), Tempat penelitian di Kota Magelang, tehnik analisis data dengan bivariate (Korelasi <i>Spearman</i>)

		Birokrasi (Menpan-RB) yang telah diubah.		Kabupaten Mamuju memiliki rata-rata indeks kepuasan sebesar 3,66 (91,526%) dengan kategori sangat puas
2.	Gambaran <i>Response Time</i> terhadap Penanganan Keperawatan Kecelakaan Lalu Lintas dalam Pelayanan Kegawatdaruratan PSC 119 (Sanggam, Ihda Rahmadiniati, Bagus Rahmat Santoso, Sandi Suwardi, 2023)	Penelitian ini menggunakan metode <i>descriptive</i> digunakan untuk mengetahui Gambaran <i>Response Time</i> terhadap Penanganan Keperawatan Kecelakaan Lalu Lintas dalam Pelayanan Kegawatdaruratan PSC 119, pengumpulan data menggunakan lembar observasi (<i>checklist</i>) dengan jumlah responden sebanyak 30 kejadian	<i>Response time</i>	Gambaran <i>Response Time</i> terhadap penanganan keperawatan kecelakaan lalu lintas dalam pelayanan kegawatdaruratan baik. Hal ini dilihat tempat penelitian juga tercapainya penanganan waktu tempuh PSC sesuai standar WHO yakni dibawah 8 menit. Sejalan dengan penelitian ini didapatkan respon time 0 – 15 menit sebagai nilai tertinggi pada waktu tempuh

					ambulan ke lokasi kejadian dengan persentase (93%)	
3.	Hubungan <i>Response Time</i> Terhadap Kepuasan Pengguna Layanan <i>Public Safety Center</i> (PSC) 119 Pada Kondisi Emergency Di Kabupaten Bantul (Atika Luthfatunnisa, 2022)	Penelitian kuantitatif bersifat diskriptik analitik dengan desain <i>cross-sectional</i> , dengan membagi kuesioner pada 114 orang diambil tehnik quota sampling dan <i>purposive sampling</i> . Dianalisis dengan <i>univariate</i> , <i>bivariate</i> , dan <i>multivariate</i>	Variabel penelitian <i>response time</i> dan kepuasan layanan	Hasil analisis diketahui bahwa tidak ada hubungan antara <i>response time call center</i> 119 dengan kepuasan pengguna layanan PSC 119 (p <i>value</i> =0,093), serta tidak ada hubungan antara <i>response time medic pre hospital</i> dengan kepuasan pengguna layanan PSC 119 (p <i>value</i> =0,281).	Populasi dan sampel penelitian, pengguna layanan difokuskan pada keluarga pasien	Jenis analisis data Dan tempat penelitian berbeda

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Response Time

Response time adalah kecepatan dan ketepatan pelayanan di suatu rumah sakit yang dapat memberikan agar selalu menggunakan jasa pelayanan di rumah sakit tersebut. Ada juga yang berpendapat bahwa *response time* yaitu waktu untuk memulai memberikan respon, tetapi bukan waktu yang dipakai output untuk respon tersebut (Hartono, et al., 2018). *Response time* dilakukan oleh petugas kesehatan diperlukan standart yang sesuai dengan kemampuan dan kompetensi yang dapat menjamin penanganan kondisi gawat darurat dengan respon yang cepat dan penanganan yang tepat. Kecepatan penganan pasien dilakukan saat pasien datang sampai pasien mendapatkan tindakan dari petugas kesehatan (Suhartati et al. 2011). Menurut (Rembet et al., 2015) *response time* adalah waktu antara dari permulaan suatu permintaan ditanggapi dengan kata lain dapat disebut dengan waktu tanggap.

Response Time dari Kantor ke lokasi kejadian, hal ini didukung oleh penelitian (Wibowo, 2016) resiko kematian pada pasien kecelakaan sangat bergantung pada waktu tempuh ambulan/*response time* dari kantor ke lokasi kejadian, resiko yang ditimbulkan oleh lambatnya waktu tempuh dapat mengakibatkan cedera sekunder yang berakibat pada komplikasi sekunder pasien. Hal ini tentunya sangat dihindari sebab dapat menggiring kepada kecacatan permanen yang tentunya akan menyebabkan dampak besar seperti terhambatnya aktifitas korban dikemudian hari serta korban akan memerlukan biaya perawatan seumur hidup. Maka dari itu, faktor yang mempengaruhi terhambatnya perjalanan ambulan untuk penjemputan pasien sangatlah dihindari (Rahmadiniati et al, 2023).

Response Time dari Lokasi Kejadian ke Pelayanan Kesehatan, sesuai dengan penjelasan sebelumnya terkait dengan standar *World Health Organization* (WHO) yakni PSC harus mampu mengantarkan pasien ke Rumah Sakit dengan rentang waktu dibawah 7 menit dengan kecepatan kendaraan (ambulan) menurut KEMENKES nomor 143 tahun 2001 maksimal 40 km/jam untuk di jalan biasa dan 80 km/jam untuk di jalan bebas hambatan. Namun masih terdapat 3 kasus dari total sebanyak 30 kasus yang tidak memenuhi standar WHO, 9 kasus yang ditangani di pelayanan PSC saja. Meskipun angka ini terlihat tidak signifikan tetapi sangat membahayakan jika terus dibiarkan terdapat kejadian yang waktu tempuhnya tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan WHO mengingat Indonesia menduduki peringkat ke 4 kecelakaan lalu lintas terbanyak di negara Asia. Meningkatkan pelayanan PSC dengan menangani korban dibawah 8 menit merupakan saran fundamental dari WHO yang harus diupayakan oleh pelayan fasilitas publik diseluruh negara di dunia (Rahmadianiati et al, 2023).

Response Time yang cepat dan penanganan yang tepat dapat dicapai dengan meningkatkan sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standart (PERMENKES, 2018). *Response Time* dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut (Tumbuan et al., 2015) diantaranya yaitu keterbatasan jumlah perawat dan keterbatasan sarana dan prasarana rumah sakit yang kurang memadai dibandingkan dengan jumlah pasien yang masuk, serta beberapa pasien yang tiba dalam waktu yang bersamaan.

Menurut penelitian di *American College of Emergency Physician* dalam (Sanjaya, 2019) 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 (Yarmohammadian et al.,

2017) yang mengemukakan bahwa pada perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf sangat berdampak pada keterlambatan penanganan di IGD.

2. Kepuasan Keluarga

a. Pengertian Kepuasan

Menurut Imran (2013) Kepuasan merupakan indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan dan merupakan suatu ukuran mutu pelayanan kepuasan pasien yang akan berdampak terhadap jumlah kunjungan yang akan mempengaruhi kualitas fasilitas kesehatan tersebut, sedangkan sikap petugas kesehatan juga akan berdampak terhadap kepuasan pasien dimana kebutuhannya dari waktu ke waktu akan meningkat, begitu pula tuntutan akan mutu pelayanan yang diberikan.. Menurut Intan (2016) kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapan. Menurut Purwanto et al (2014), kepuasan pasien merupakan nilai subjektif yang diungkapkan pasien mengenai pelayanan dan fasilitas kesehatan yang diberikan dengan membandingkan harapannya. Indikator untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan terdapat pada lima dimensi kualitas pelayanan.

Kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan apa yang betul-betul mereka butuhkan dan inginkan, bukan memberikan apa yang kita pikirkan dibutuhkan oleh mereka. Kepuasan pasien dan keluarga tergantung pada kualitas pelayanan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien maupun keluarga ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien dengan menggunakan persepsi tentang pelayanan yang diterima memuaskan atau mengecewakan juga termasuk lamanya waktu pelayanan (Purba, Kumaat & Mulyadi, 2015). Kepuasan merupakan

perasaan seseorang terhadap senang atau kecewa karena adanya perbandingan antara kinerja dengan harapannya. Jika kinerja yang diterima di bawah harapannya, pasien merasa tidak puas. Jika kinerja sesuai atau melebihi harapan, pasien akan merasa puas. Pengalaman pelayanan kesehatan sebelumnya penting untuk menentukan evaluasi penggunaan pelayanan kesehatan yang sama di masa yang akan datang. Pengalaman ini akan mempengaruhi harapan pasien untuk memperoleh pelayanan yang sama (Tjiptono, 2015).

b. Dimensi Kepuasan

Menurut Nursalam (2015), terdapat lima dimensi dalam pengukuran kepuasan pasien yang biasa dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*Responsiveness, Assurance, Tangible, Empathy, dan Reliability*). Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk-bentuk aplikasinya 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) *Reliability* (kepercayaan)

Reliability (kepercayaan) 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. Kepuasan keluarga

Kepuasan keluarga yaitu hasil penilaian keluarga pasien terhadap pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit. Kepuasan merupakan perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktifitas dan suatu prodik dengan harapannya (Nursalam, 2015). kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkannya.

Kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan apa yang betul-betul mereka butuhkan dan inginkan, bukan memberikan apa yang kita pikirkan

dibutuhkan oleh mereka. Kepuasan pasien dan keluarga tergantung pada kualitas pelayanan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien maupun keluarga ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien dengan menggunakan persepsi tentang pelayanan yang diterima memuaskan atau mengecewakan juga termasuk lamanya waktu pelayanan (Purba & Mulyadi, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Agus et al., (2018) Kepuasan dirasakan dan dinilai dari penerima klien sejak pertama kali datang sampai mendapatkan pelayanan, pelayanan atau tindakan yang diberikan dengan menggunakan lima prinsip *services quality*, kecepatan, ketepatan, keamanan, keramahan petugas dan kenyamanan layanan. Sejalan dengan penelitian Lalena et al., (2015) kepuasan pasien maupun keluarga tergantung pada kualitas pelayanan suatu tindakan dikatakan baik jika pelayanan yang diperoleh memuaskan atau mengecewakan semua ini merupakan persepsi keluarga maupun klien dimana mereka memperoleh jasa yang sesuai dengan kenyataan dalam hal ini termasuk dalam lamanya waktu pelayanan yang diberikan.

Hasil penelitian Freny (2020) menunjukkan kepuasan keluarga bahwa dalam memberikan pelayanan agar bisa memberikan kepuasan 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). Sejalan dengan penelitian Maria et al., (2015) Analisis Diagram Cartesius komponen kepuasan keluarga pasien pelayanan keperawatan diberikan sesuai yang dijanjikan, perawat cepat dan tepat dalam melakukan tindakan, perawat sigap dalam memberikan pelayanan gawat adrurat, perawat cepat tanggap terhadap keluhan keluarga

pasien, perawat siap dan sigap dalam melakukan tindakan. Kepuasan keluarga dalam kategori puas dimana tenaga kesehatan memberikan tindakan sesuai dengan faktor faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan keluarga seperti kinerja, pelayanan, lokasi yang strategis/layak, fasilitas, komunikasi dan kualitas produk maupun jasa yang diberikan kepada keluarga pasien.

d. Faktor yang mempengaruhi kepuasan

Menurut Wayan et al., (2019) ada beberapa faktor yang bisa mempengaruhi kepuasan yaitu: faktor demografi, faktor geografis, dan faktor psikologis, faktor demografi memfokuskan kepada keadaan populasi statistik manusia seperti, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan, cara pembayaran, jenis penyakit serta karakteristik lainnya. Sedangkan untuk tempat dan lokasi penggunaan jasa pelayanan dipengaruhi oleh faktor geografis dan untuk faktor psikologis yaitu harapan yang sesuai, manfaat yang diharapkan dan persepsi atau pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan dari tim medis kepada klien yang sesuai standar.

e. Hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga

Kepuasan keluarga pasien menjadi salah satu ukuran dalam menilai kualitas pelayanan terutama di IGD. Kepuasan berkualitas merupakan salah satu domain penting, terutama bagi pasien kritis. Pasien biasanya merasa sulit dalam menentukan tingkat kepuasan perawatan atau bahkan tidak ingat terkait tindakan yang telah diberikan tenaga kesehatan (Aziz, 2016). Penelitian Jaya (2017) pada salah satu RS di Indonesia menyatakan bahwa 2 dari 10 orang pasien yang berobat di triase di IGD menyatakan kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan yaitu dari pengkajian perawat dalam menanggapi keluhan pasien terhadap penyakit yang dideritanya, empat orang pasien kurang puas dari interaksi/perhatian antara perawat dengan pasien yang kurang, dua orang pasien menyatakan tidak puas dari waktu dalam memberikan pelayanan yang kurang

seperti tidak memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang penyakitnya, dan satu orang pasien tidak puas dari keamanan seperti perhatian perawat yang kurang pada pasien gelisah.

Menurut Siboro (2014), salah satu tujuan dalam respon time di IGD adalah kepuasan pelanggan baik itu pasien maupun keluarga yang ditentukan oleh keseluruhan pelayanan yaitu pelayanan admisi/pendaftaran pasien, dokter, perawat, makanan, obat-obatan, sarana dan peralatan fasilitas dan lingkungan fisik rumah sakit serta pelayanan administrasi. Sriyono (2008, dalam Siboro, 2014) yang menjelaskan bahwa banyak faktor yang berhubungan terhadap kepuasan pasien, diantaranya karena hasil yang terlihat merupakan resultan dari berbagai faktor yang berhubungan. Salah satu faktor yang dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien adalah respon time yang diberikan oleh para perawat di IGD

Menurut Pasuraman dalam (Syofyanti 2014), 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). *Response time* sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori triase merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ – organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan dan respon time yang cepat dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan yang dirasakan oleh keluarga pasien ditunjang juga dengan sikap peduli atau *emphaty* dan keramahan juga komunikasi yang baik antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan khususnya perawat

Ada hubungan antara *response time* perawat dengan kepuasan keluarga dikarenakan kepuasan yang dirasakan oleh keluarga pasien

sangat berkaitan erat dengan pelayanan yang diberikan oleh perawat di IGD, yang biasanya pasien dianggap tidak menjadi prioritas atau dibiarkan menunggu waktu lama saat penanganan perawatan. Selain kecepatan dan ketepatan, perilaku perawat merupakan hal yang penting dalam mewujudkan kualitas pelayanan keperawatan yang profesional dan memuaskan bagi pengguna jasa.

3. Pelayanan gawat darurat pra rumah sakit

a. Pengertian SPGDT

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) merupakan sebuah sistem pelayanan kegawatdaruratan yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia dalam bentuk pelayanan *call center* menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dengan melibatkan masyarakat (Viqtrayana et al, 2021). Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) memiliki tujuan yaitu sebagai pertolongan pertama kegawatdaruratan di dalam bidang kesehatan yang memiliki pedoman *life saving is life and limb saving* yang dimana pelayanan ini melibatkan masyarakat, tenaga kesehatan, sistem komunikasi dan pelayanan ambulan darurat (Sylvana, 2020).

SPGDT adalah sebuah pelayanan Pasien/Korban layanan Gawat Darurat berbasis *call center* dengan memiliki kode akses telekomunikasi 119 yang ikut melibatkan peran masyarakat. *Call Center* 119 merupakan layanan panggilan berbasis jaringan khusus di bidang kesehatan yang dimana pusat dari panggilan kegawatdaruratan tersebut digunakan di seluruh wilayah Indonesia atau biasa disebut Pusat Komando Nasional (*National Command Center*) hal tersebut sudah tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu memiliki ruang lingkup meliputi penyelenggaraan kegawatdaruratan medis sehari-hari (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) agar dapat terlaksana maka dibentuknya Pusat Komando Nasional (*Nastional Command Center*) dan *Public Safety Center* (PSC). Pusat Komando Nasional (*National Command Center*) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal, sedangkan *Public Safety Center* (PSC) yang harus dibentuk oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. dalam menyelenggarakan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) harus melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan salah satu nya yang diselenggarakan oleh Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yaitu *Public Safety Center* (PSC) (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Pelayanan kedaruratan terpadu berorientasi dan berbasis pada pelayanan kedaruratan pra rumah sakit, sehingga individu atau masyarakat yang tiba-tiba mendapat musibah secepatnya mendapat pertolongan dari pelayanan kegawatdaruratan di lokasi kejadian sebelum mendapat pelayanan profesional di rumah sakit. Kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan sangat penting untuk diperhatikan karena dapat menggambarkan mutu pelayanan di tempat pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien sangat berguna bagi instansi terkait dalam rangka mengevaluasi program yang dijalankan dan dapat menemukan area yang memerlukan perbaikan (Kurniasih, 2016).

Kasus kegawatdaruratan merupakan sebuah kejadian yang dapat terjadi dimana saja dan kapan saja sehingga dapat menimbulkan kecacatan secara permanen maupun mengancam jiwa. Kasus kegawatdaruratan merupakan bagian penting yang perlu diperhatikan, karena secara jumlah dan dampak yang ditimbulkan terjadi peningkatan dari waktu ke waktu. Data dari *Indiana Trauma Registry from Indiana State Department of Health* (ISDH) periode Maret 2013 sampai dengan Maret 2014 terdapat 19.817 kejadian cidera dan terdapat 11.463 orang mengalami kegawatan *cardiac* (*chest pain*) di luar rumah sakit (Yuliati, 2018). Kasus

keawatdaruratan dapat disebabkan karena kecelakaan lalu lintas, kebakaran, bencana alam hingga penyakit. Kasus gawat darurat yang tidak ditangani secara baik disebabkan karena masyarakat tidak menyadari adanya kasus-kasus tersebut (Sylvana, 2020).

Kegawatan adalah suatu kondisi atau situasi keadaan ancaman bahaya ataupun sudah terjadi dampak buruk dari bahaya tersebut yang mengakibatkan kerusakan lebih lanjut. Kondisi khusus yang memerlukan suatu tindakan tertentu di luar prosedur dan aturan sehari-hari disebut gawat darurat (gadar) atau *emergency*. Kegawatdaruratan sehari-hari dapat berupa kecelakaan di tempat kerja, di jalan raya, atau dalam rumah tangga yang memerlukan pertolongan segera untuk menghindari kematian dan kecacatan (Nurmalia dan Budiyo, 2020). Pertolongan pertama dapat dilakukan selama *the golden hour periode*, yaitu *periode* dimana apabila dilakukan pertolongan pada *periode* tersebut akan memberikan hasil yang baik. *The golden hour periode* adalah jumlah waktu sejak terjadinya cedera sampai terapi *definitive* yang diperlukan untuk memaksimalkan survival dari suatu cedera / trauma (Pusponegoro, 2016).

b. Tujuan adanya SPGDT

Kementrian Kesehatan dalam hal ini mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), hal ini dikarenakan pemerintah melihat adanya peningkatan jumlah kasus/ korban yang mengalami kematian dan kecacatan pada kejadian gawat darurat diakibatkan penanganan yang kurang optimal, untuk peningkatan mutu pelayanan, serta mekanisme yang lebih baik lagi dalam penanganan kegawat daruratan yang ada. (Kementerian Kesehatan, 2016). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu, memiliki 2 tujuan, yaitu: 1) Meningkatkan

akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan; dan 2) Mempercepat waktu penanganan (*response time*) korban/pasien gawat darurat dan menurunkan angka kematian serta kecacatan.

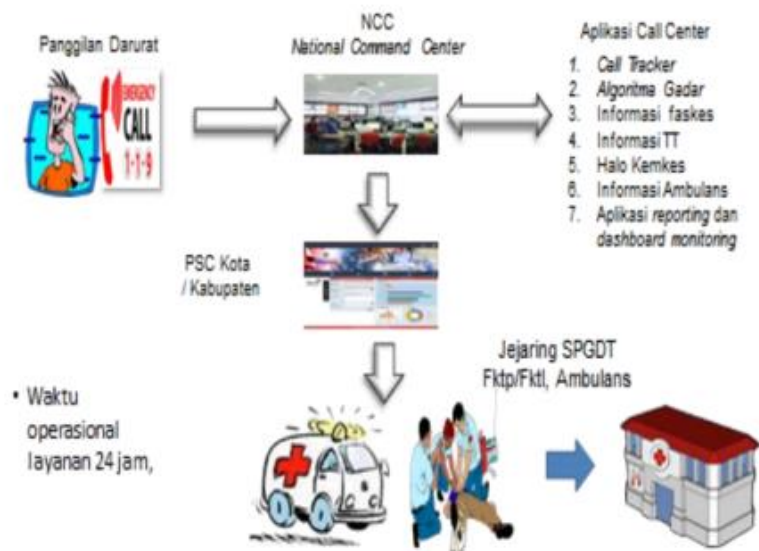
c. Penyelenggaraan SPGDT

Dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) memiliki 3 penyelenggara yang dimana ketiganya harus terintegrasi satu sama lainnya. Berikut 3 penyelenggara dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT): 1) Sistem komunikasi gawat darurat 2) Sistem penanganan korban/pasien gawat darurat; dan 3) Sistem transportasi gawat darurat

d. Jenis-jenis pelayanan SPGDT

Untuk dapat terselenggaranya Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) maka di bentuk: 1) Pusat Komando Nasional (*National Command Center*); dan Pusat Komando Nasional (*National Command Center*) merupakan sebuah sistem komunikasi gawat darurat yang memberikan panduan serta informasi mengenai penanganan kasus kegawatdaruratan yang berada di bawah tanggung jawab Direktur Jenderal. 2) *Public Safety Center* (PSC). *Public Safety Center* (PSC) memiliki fungsi dalam memanfaatkan sistem aplikasi Call Center 119 dalam menangani kasus kegawatdaruratan yang menggunakan algoritme kegawatdaruratan sehingga Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) menjadikan *Public Safety Center* (PSC) sebuah rangkaian suatu kegiatan utama.

e. Alur pelayanan SPGDT



Gambar 2. 1 Alur Pelayanan SPGDT

(sumber: Permenkes RI No 19 tahun 2016)

Berikut alur penyelenggaraan SPGDT melalui PSC dan *call center* 119: 1. Staf *Call Center* Komando Nasional akan menerima telepon dari seluruh Indonesia. 2. Panggilan masuk akan disaring oleh operator *call center*. 3. Persyaratan layanan penelepon akan ditentukan oleh operator *call center*. 4. Panggilan dalam keadaan darurat akan dialihkan ke PSC kabupaten atau kota. 5. PSC kabupaten atau kota juga akan menindaklanjuti penanganan darurat yang diperlukan. 6. Halo Kemkes (021-500567) akan menangani panggilan yang meminta tambahan informasi kesehatan dan keluhan kesehatan. 7. PSC di kabupaten/kota, penanganan kegawatdaruratan meliputi penggunaan algoritma, informasi kebutuhan tempat tidur, fasilitas kesehatan terdekat, dan ambulans. 8. Untuk memobilisasi atau merujuk pasien untuk penanganan darurat, PSC bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dengan lokasi kejadian.

4. PSC 119

a. Pengertian PSC 119

Public Safety Center (PSC) 119 merupakan upaya pelayanan kegawatdaruratan yang di negara lain sering dikenal dengan *Emergency Medical Service* (EMS). PSC 119 memiliki konsep yang sama dengan EMC yaitu suatu sistem yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan yang menitikberatkan pada aspek kompetensi kegawatdaruratan petugas, sistem transportasi dan sistem *call center* terintegrasi. Pelayanan PSC 119 di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu. Berdasarkan peraturan tersebut, seluruh Kabupaten/Kota berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kegawatdaruratan dengan membentuk PSC 119. Pembentukan PSC 119 di kabupaten/kota dilaksanakan oleh pemerintah daerah di Indonesia sesuai dengan komitmen kepala daerah dan kemampuan masing-masing daerah. Ada yang pembentukan PSC 119 nya sebagai organisasi yang baru dan ada yang pembentukan PSC 119 nya masuk dalam program di puskesmas atau rumah sakit (Prihanti et al., 2022).

Komponen utama dari rangkaian kegiatan Sistem Tanggap Darurat Terpadu (SPGDT) adalah *Public Safety Center* (PSC) yang menyediakan *layanan* darurat dengan memanfaatkan algoritma darurat sistem aplikasi *Call Center* 119. *Public Safety Center* (PSC) merupakan wadah yang dimana masyarakat dapat menerima pelayanan kedaruratan yang tepat waktu, akurat, dan sesuai. Selama 24 (dua puluh empat) jam dalam sehari *Public Safety Center* (PSC) menyediakan layanan tanpa gangguan. *Public Safety Center* (PSC) juga bekerja dengan bidang-bidang di luar kesehatan, seperti kelompok pemadam kebakaran lokal dan polisi, semuanya bergantung pada kebutuhan dan kekhususan setiap distrik (Prihanti et al, 2022).

Menurut Pieter et al, 2019) bentuk pelayanan SPGDT pada *Public Safety Center* (PSC) 119 adalah layanan pertolongan pertama bagi pasien dengan bentuk pelayanan yang cepat, tepat yang melayani dalam satu hari 24 jam secara terus menerus. Pelayanan yang dilakukan berdasarkan telepon yang bisa di akses dengan nomor *call center* 119 yang nantinya akan dituntun oleh operator langkah-langkah selanjutnya, selain itu untuk layanan telepon terintegrasi ini bebas biaya (bebas pulsa) kapan saja bisa digunakan. *Public Safety Center* sendiri bukanlah bagian dari Unit Gawat Darurat (UGD) yang ada di rumah sakit pemerintah ataupun swasta, tetapi PSC sendiri merupakan merupakan layanan *emergency* yang sifatnya *mobile* serta tidak statis pada satu tempat tertentu layanannya. Masyarakat bisa mendapatkan layanan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan medis secara cepat dan ditempat mereka berada sebagai bentuk pertolongan pertama, dan apabila keadaan yang dihadapi memerlukan tindakan medis yang lebih lanjut maka masyarakat yang menerima penanganan atau pasien akan langsung dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit terdekat yang telah dikonfirmasi terlebih dahulu ketersediaannya oleh pihak PSC agar tidak terjadi pasien yang terabaikan saat pasien membutuhkan layanan lanjutan. Dengan semangat pelayanan pada *Public Safety Center* (PSC) dengan semboyan kerja *time saving is life saving, response time* sesingkat mungkin, dan *the might patient to the right place in the right time* maka pelayanan yang diharapkan sampai dengan baik pada masyarakat sebagai sasaran.

Pelaksanaan SPGDT dilakukan dengan melakukan kerjasama antara Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah dalam bentuk layanan 119 yang dilakukan oleh *National Command Center* (NCC) di Kementerian Kesehatan dan *Public Safety Center* (PSC) di daerah-daerah. PSC sebagai pusat koordinasi pelayanan gawat darurat di masyarakat bekerjasama dengan rumah

sakit/puskesmas/klinik kesehatan terdekat maupun instansi di luar kesehatan seperti pemadam kebakaran dan kepolisian untuk menangani kasus kegawatdaruratan yang terjadi di daerahnya masing-masing (Musyarofah et al.,2019).

b. Fungsi dan Tugas PSC 119

1) Fungsi PSC 119

Menurut Permenkes (2016) fungsi dari *Public Safety Center* (PSC) sebagai berikut : 1. Memberikan pelayanan dan/atau pelaporan korban/pasien gawat darurat melalui proses triase (memilah kondisi korban/pasien gawat darurat); 2. Pemandu pertolongan pertama (*first aid*); 3. pemindahan korban dan pasien gawat darurat; dan 4. Pengoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

UPT PSC 119 dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menyelenggarakan fungsi: a. pemberi pelayanan korban/pasien gawat darurat dan/ atau pelapor melalui proses triase (pemilahan kondisi korban/pasien gawat darurat); b. pemandu pertolongan pertama (*first aid*); c. pengevakasi korban/ pasien gawat darurat; d. pengoordinasi dengan Fasyankes; dan e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan terkait dengan tugas dan fungsinya (Peraturan Walikota, 2021). Dalam memberikan pelayanan UPT PSC 119 harus memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat sesuai tugas dan fungsinya memberikan pelayanan kegawatdaruratan di masyarakat (KepDirJen Pelayanan Kesehatan, 2021).

2) Tugas PSC 119

Menurut Permenkes (2016) agar dapat berjalannya sebuah fungsi, PSC memiliki beberapa tugas yaitu : 1. Menerima panggilan dari Pusat Komando Nasional untuk pengiriman darurat. 2. Memanfaatkan algoritme darurat untuk melakukan

layanan darurat; 3. Penyediaan jasa ambulans; 4. Dapat memberikan sebuah informasi secara rinci mengenai fasilitas-fasilitas kesehatan; dan 5. Menginformasikan pasien tentang fasilitas yang tersedia di rumah sakit contohnya seperti tempat tidur.

Keberadaan *Public Safety Center* (PSC) sebagai unit terdepan dalam menangani kasus kegawatdaruratan pada masyarakat diharapkan bisa memberi pelayanan publik yang cepat, efektif dan efisien (Pieter et al., 2019). *Public Safety Center* (PSC) merupakan sebagai wadah untuk masyarakat yang berada dalam keadaan kegawat darurat secara cepat, tepat dan cermat. *Public Safety Center* (PSC) memberikan layanan selama 24 jam sehari secara terus menerus. Pemerintah dalam mengkoordinasi layanan kegawat darurat di suatu daerah maka *Public Safety Center* (PSC) harus dimiliki oleh setiap Kabupaten/Kota minimal 1 (satu) hal tersebut sudah tertuang di dalam Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 4 tahun 2013. Agar semua daerah otonom (kabupaten/kota) memiliki *Public Safety Center* (PSC) maka perlu dikembangkannya secara terus menerus. Dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) bahwa *Public Safety Center* (PSC) menggunakan sistem aplikasi National Command Center (NCC) yang dimana melakukan pelayanan kegawat darurat secara berdasarkan algoritma (Prihanti et al., 2022).

Keberadaan *Public Safety Center* (PSC) sebagai unit terdepan dalam menangani kasus kegawatdaruratan pada masyarakat diharapkan bisa memberi pelayanan publik yang cepat, efektif dan efisien. Maka sejalan dengan itu maka pemerintah kota Magelang melaksanakan program Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan memaksimalkan dengan terbentuknya PSC (Pieter et al, 2019).

Dengan adanya PSC diharapkan menjadi salah satu cara untuk memperkuat layanan kesehatan bagi masyarakat yang cepat dan tanggap. Keberadaan PSC bukan hanya melengkapi fasilitas kesehatan tetapi memperkuat sistem pelayanan yang cepat dan bereaksi terhadap peristiwa yang butuh tindakan medis. Bentuk pelayanan SPGDT pada *Public Safety Center* (PSC) 119 adalah layanan pertolongan pertama bagi pasien dengan bentuk pelayanan yang cepat, tepat yang melayani dalam satu hari 24 jam secara terus menerus (Pieter et al., 2019). Dengan adanya PSC diharapkan menjadi salah satu cara untuk memperkuat layanan kesehatan bagi masyarakat yang cepat dan tanggap. Keberadaan PSC bukan hanya melengkapi fasilitas kesehatan tetapi memperkuat sistem pelayanan yang cepat dan bereaksi terhadap peristiwa yang butuh tindakan medis (Pieter et al., 2019).

c. Faktor yang mempengaruhi implementasi PSC

Menurut Prihanti et al (2022) faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi *Public Safety Center* (PSC) 119 di Indonesia

1) Sumber daya manusia

Faktor tenaga merupakan faktor utama dalam menjalankan program PSC 119. Sesuai dengan Permenkes No 19 tahun 2016, ketenagaan dalam PSC 119 terdiri dari (1) koordinator yang mempunyai tugas mengatur tim dalam menjalankan tugas dan mengkomunikasikan pelayanan gawat darurat dengan lintas sektor, (2) tenaga kesehatan yaitu dokter, perawat serta bidan yang bertugas menjalankan pelayanan teknis di lapangan, (3) *operator call center* yang memiliki tugas mengorganisasikan panggilan dan aplikasi pada call center 119, (4) petugas lainnya yaitu petugas yang menunjang pelaksanaan PSC 119 seperti *driver* ambulan.

Ketersediaan jumlah dan kompetensi yang dimiliki petugas menjadi syarat utama dalam pelaksanaan PSC 119. Kompetensi kegawatdaruratan petugas kesehatan didapatkan dari pelatihan-pelatihan seperti pelatihan *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), *General Emergency Life Support* (GELS), *Basic Trauma Life Support and Basic Cardiac Life Support* (BTCLS). Selain tenaga kesehatan, operator call center dan *driver* ambulan juga harus memiliki kompetensi dalam menjalankan tugasnya seperti pelatihan *Medical First Responder* (MFR). *Driver* ambulan gawat darurat juga harus mempunyai skill khusus dibandingkan *driver* mobil lain, keterampilan ini didapatkan melalui pelatihan *defensive driving*. Materi dalam pelatihan tersebut antara lain kebijakan pelayanan ambulans, peraturan lalu lintas dan manajemen resiko, teknik mengemudi ambulans pada situasi darurat, E-Wagon (pengenalan dan pemeriksaan kendaraan) (Khaerah et al., 2019).

Faktor ketenagaan di beberapa PSC 119 di Indonesia sudah sesuai standar pelayanan kegawatdaruratan baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Namun masih ada ketenagaan PSC 119 kabupaten/kota yang belum sesuai standar seperti di PSC 119 Kota Padang yang memanfaatkan petugas puskesmas dalam menjalankan program PSC 119 dimana dari segi jumlah belum terpenuhi serta dari segi kualitas petugas puskesmas belum mendapat pelatihan kegawatdaruratan (Irwan et al., 2022). Permasalahan ketenagaan paling banyak yang dihadapi PSC 119 kabupaten/kota adalah aspek kualitas atau kompetensi kegawatdaruratan terutama pada tenaga perawat (Pieter, 2021; Mochamad et al, 2019; Irwan, 2022; Amran, 2021; Nurmalia dan Budiono, 2020). Kompetensi tenaga non kesehatan seperti operator *call center* dan *driver* ambulan juga memerlukan

pelatihan PPGD sehingga dapat membantu tim medis dalam memberikan pertolongan dan pelatihan dibidangnya (Amalia, 2020).

Selain kompetensi kegawatdaruratan, tenaga kesehatan PSC 119 dalam menjalankan tugasnya harus mempunyai kode etik sehingga bekerja secara professional dan bertanggung jawab (Prawira, 2014). Beberapa PSC 119 yang tidak memiliki tim khusus (tim berasal dari puskesmas, rumah sakit atau dinas kesehatan) akan mengakibatkan terganggunya pelayanan karena petugas akan rangkap pekerjaan (akibatnya petugas kelelahan) dan tupoksi tidak sesuai dengan kompetensinya (Mochamad, et al, 2019; Irwan, et al, 2022).

2) Infrastruktur-sarana prasarana

Infrastruktur-sarana prasarana merupakan faktor pendukung yang mempengaruhi pelaksanaan PSC 119. Infrastruktur utama dalam penyelenggaraan PSC 119 adalah sistem transportasi gawat darurat melalui tersedianya ambulan dengan spesifikasi khusus gawat darurat serta alat kesehatan gawat darurat. Sarana prasarana lain yang harus tersedia adalah gedung PSC 119 beserta ruangruangan pelayanannya, peralatan *call center* (komputer, telepon, *Local Area Network* dan wifi), obat-obatan dan bahan medis habis pakai (BMHP), peralatan kantor dan alat tulis kantor serta peralatan rumah tangga Pada pasal 25 UU No 25 tahun 2009 tentang pengelolaan sarana, prasarana, dan atau fasilitas pelayanan publik memuat tentang kewajiban penyelenggara atau pelaksana pelayanan publik dalam menyediakan sarana prasarana dan atau fasilitas pelayanan publik termasuk dalam hal ini adalah pemeliharaannya. Sehingga dalam menyelenggarakan pelayanan PSC 119 untuk masyarakat, pemerintah daerah wajib menyiapkan infrastruktur-sarana prasarana pelayanan.

Berdasarkan data dari <https://psc.kemkes.go.id/beranda> tentang kepemilikan bangunan PSC 119 di Indonesia bahwa ada 72 % yang masih bergabung dengan Dinas Kesehatan Kab/Kota, 22% merupakan bangunan sendiri, 3% Gedung PSC 119 masih bergabung dengan instansi lainnya, 2% bertempat di rumah sakit dan 1% berada di puskesmas. PSC 119 yang tidak memiliki gedung atau bangunan tersendiri akan mengakibatkan ketidaknyamanan petugas dalam bekerja terutama petugas *call center*, hal ini akan mengganggu kelancaran pelayanan (Viqtrayana, 2021). Data jumlah ambulan gawat darurat yang dimiliki PSC 119 di Indonesia adalah 81,9% ambulan gawat darurat dan 18,1% ambulan transport serta ada beberapa PSC 119 yang memiliki motor untuk pelayanan yang sulit diakses dengan kendaraan roda empat. Ada beberapa PSC 119 kabupaten/kota yang belum memiliki motor sehingga mempersulit jangkauan pelayanan (Yuliana, 2020). Di beberapa PSC 119 kabupaten/kota, sarana prasarana yang belum sesuai standar adalah fasilitas peralatan medis ambulan (Pieter, 2021; Amalia et al, 2020; Attalie, 2021) dan sarana prasarana *call center* seperti ruang *call center*, perangkat sistem informasi dan komunikasi *call center* serta peralatan panggilan telpon (Amalia, 2020).

3) Pengetahuan dan respon masyarakat

Masyarakat merupakan pengguna layanan PSC 119 baik sebagai korban kegawatdaruratan maupun sebagai orang terdekat dengan korban kegawatdaruratan yang merespon untuk memanggil PSC 119. Dalam pasal 9 Permenkes No 19 Tahun 2016 disebutkan bahwa peran masyarakat dalam sistem penanggulangan gawat darurat adalah memiliki pengetahuan tentang PSC 119 di daerahnya dan cara meminta bantuan

melalui *call center* 119 jika terjadi kasus gawat darurat yang menimpa diri sendiri maupun orang di sekitarnya.

Namun berdasarkan beberapa penelitian mengenai gambaran pelaksanaan PSC 119 kabupaten/kota di Indonesia menjelaskan bahwa peran masyarakat dalam pelaksanaan PSC 119 masih kurang sebagai contoh adalah masyarakat ada yang kurang sadar untuk memberikan akses jalan pada ambulans saat menggunakan fasilitas jalan (Musyarofah, et al, 2019) dan banyaknya penyalahgunaan panggilan telepon dari masyarakat. Penyalahgunaan panggilan telepon antara lain adalah *prank call* dan *ghost call* (Yuliana, 2020) (Musyarofah, et al, 2019).

Pemanfaatan layanan PSC 119 oleh masyarakat sebagai respon masyarakat terhadap layanan PSC 119 di beberapa kabupaten/kota semakin meningkat dengan semakin meningkatnya kepuasan masyarakat terhadap layanan tersebut (Khaerah, 2019) (Widyaningsih, 2021). Pada masa pandemi COVID-19, respon masyarakat semakin meningkat dengan peningkatan permintaan layanan PSC 119 untuk merujuk pasien COVID-19.

Respon masyarakat dalam membantu penanganan dan evakuasi korban sesuai kapasitasnya sebelum petugas PSC 119 datang juga menjadi faktor pendukung lainnya. Kesiapsiagaan masyarakat dalam penanganan awal kasus kegawatdaruratan seperti kegawatdaruratan bencana dapat dibentuk melalui pemberian edukasi dan penyuluhan (Lombogia, et al, 2020; Rondonuwu, et al, 2020).

4) Teknologi-informasi

Keputusan Presiden RI Nomor 3 Tahun 2003 tentang kebijakan dan strategi nasional pengembangan *egovernment* dan Undang- Undang Nomor 25 tahun 2009 mengamanahkan kepada pemerintah daerah untuk memanfaatkan teknologi dalam

memberikan pelayanan publik sehingga dapat mengembangkan *egovernment*.

Pemanfaatan teknologi informasi merupakan keharusan dalam pelaksanaan PSC 119. Hal ini termuat dalam pasal 4 Permenkes No 19 Tahun 2016 bahwa pelaksanaan PSC 119 menggunakan sistem komunikasi gawat darurat yang terintegrasi antara *National Command Center* (NCC) dengan PSC 119 di kabupaten/kota. Pemanfaatan teknologi dalam pelayanan PSC 119 berupa perangkat keras (*hardware*) dan perangkat lunak (*software*). Perangkat keras seperti telepon *Private automatic. Branch eXchange, Handy talkie, Global Positioning System*, layar monitor, komputer, tablet, jaringan wi-fi, frekuensi radio dan sebagainya. *Software* yang mendukung pelayanan PSC 119 antara lain *website* dan berbagai macam aplikasi (Rizkita dan Meirinawati, 2020)

Pelayanan kegawatdaruratan melalui *call center* yang berbasis teknologi ini didukung juga dengan aplikasi-aplikasi yang membantu petugas dalam memberikan pertolongan seperti aplikasi informasi ketersediaan tempat tidur/IGD/ICU, informasi ketersediaan darah di Palang Merah Indonesia (PMI), informasi akses jalan untuk ambulan (aplikasi peta digital) serta aplikasi permintaan pelayanan (Syafa, 2021).

Saat ini, ada 59 % PSC 119 kabupaten/kota dari seluruh kabupaten/kota yang telah membentuk PSC 119 yang belum terintegrasi dengan NCC kemenkes RI seperti PSC 119 milik kabupaten jember (Amalia, et al, 2020). Beberapa PSC 119 melakukan inovasi pelayanan dengan mengembangkan teknologi-informasi yaitu mengembangkan berbagai aplikasi dan website yang menunjang pelayanan gawat darurat di daerahnya (Rizkita dan Meirinawati, 2020; Rahman, 2021; Pamungkas dan Wahyunengseh, 2018).

Permasalahan pemanfaatan teknologi *software* dalam pelayanan PSC 119 adalah lemahnya jaringan dalam menangkap sinyal, hal ini menyebabkan terhambatnya layanan baik informasi dari masyarakat maupun informasi ke tim yang akan memberikan pelayanan sehingga memperlambat *response time* pelayanan (Khaerah, 2019; Rizkita, dan Meirinawati, 2020).

5) Komunikasi tim

Hubungan antar personal dalam tim yang ada di struktur organisasi PSC 119 merupakan hubungan yang saling mendukung sehingga tercapai tujuan organisasi tersebut (Yogantoro, 2021). Struktur birokrasi sebagian besar PSC 119 kabupaten/kota di Indonesia masih dibawah koordinasi seksi pelayanan kesehatan rujukan di Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Hal ini menyebabkan pengelolaan PSC 119 kurang optimal karena tidak sepenuhnya fokus dalam mengelola pelayanan termasuk koordinasi internal dalam tim. Namun jika PSC 119 menjadi sebuah UPT (Unit Pelaksana Teknis) maka koordinator akan mampu mengelola pelayanan lebih optimal termasuk dalam komunikasi antar personil dibawahnya (Viqtrayana, 2021).

Pengelolaan manajemen pelayanan PSC 119 sebagai pelayanan publik dibutuhkan pemimpin atau koordinator yang mempunyai kompetensi manajerial dalam mengelola tim seperti menciptakan komunikasi yang efektif dan *support system* sehingga tim mampu bekerja secara solid dan professional. (Mochamad, et al, 2019; Rizkita dan Meirinawati, 2020; Yogantoro, 2021).

6) Monitoring dan evaluasi

Selain membentuk PSC 119 di daerahnya, pemerintah daerah juga mempunyai kewajiban melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan PSC 119. Sesuai pasal 30

Permenkes No 19 Tahun 2016 disampaikan bahwa pembinaan dan pengawasan oleh menteri, gubernur dan bupati/walikota melalui kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap capaian indikator pelayanan PSC 119 dan kinerja tim. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berkala sesuai kebutuhan pemimpin daerah.

Para pemimpin daerah di Indonesia telah melaksanakan monitoring evaluasi dengan metode masing – masing, ada yang melakukan pemantauan langsung terhadap pelaksanaan layanan dan ada juga yang didelegasikan kepada para kepala dinas terkait. Di beberapa daerah, pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang kurang optimal adalah monev terintegrasi lintas sektor (Taufiqurokhman, et al, 2021; Viqtrayana, 2021).

Monitoring dan evaluasi kinerja layanan PSC 119 dilakukan secara periodik bulanan, semesteran atau tahunan. Tujuan monitoring dan evaluasi adalah untuk menjaga mutu pelayanan kegawatdaruratan kepada masyarakat (Prawira, 2014; Taufiqurokhman, et al, 2021).

Selain menjadi tanggung jawab pemimpin daerah, monitoring dan evaluasi juga menjadi tanggung jawab masyarakat melalui monitoring evaluasi keluhan masyarakat dalam mencapai indikator kepuasan masyarakat terhadap pelayanan PSC 119. Masyarakat dapat memberikan umpan balik sebagai perbaikan pelayanan sehingga setiap keluhan masyarakat dapat terjawab dengan baik (Rizkita dan Meirinawati, 2020; Mochamad, et al, 2019).

7) Sosialisasi

PSC 119 merupakan salah satu inovasi pelayanan kesehatan bidang gawat darurat yang cenderung masih baru sehingga belum banyak masyarakat yang mengetahui dan memanfaatkan pelayanan tersebut. Pemanfaatan kebijakan pelayanan publik

oleh masyarakat dapat tercapai adalah melalui proses sosialisasi. Penyampaian informasi kepada masyarakat dapat dilakukan melalui tiga cara yaitu media massa, jalur birokrasi dan melalui edukasi kepada masyarakat (Setianto, 2016).

Masih rendahnya pemanfaatan PSC 119 oleh masyarakat disebabkan kurangnya sosialisasi secara masif kepada masyarakat (Pieter, et al, 2021; Mochamad, et al, 2019; Yuliana, et al, 2020; Prawira, 2014; Irwan, et al, 2022; Amran dan Yuliana, 2021; Syafa, 2021; Amalia, et al, 2020).

Sosialisasi program PSC 119 di Indonesia melalui edukasi langsung kepada masyarakat, media cetak (baliho, pamphlet, brosur dan lainnya) dan melalui media sosial seperti website, *facebook*, *instagram*, *youtube* dan sebagainya. Edukasi langsung kepada masyarakat yang telah dilaksanakan adalah melalui pertemuan-pertemuan di organisasi birokrasi seperti kecamatan, kelurahan dan RW/RT (Musyarofah, 2019).

8) Peran lintas sektor

PSC 119 merupakan wadah koordinasi yang bekerja secara bersama-sama memberikan pelayanan kegawatdaruratan antara bidang kesehatan (dinas Kesehatan puskesmas, rumah sakit, PMI) dengan unit bidang non kesehatan seperti kepolisian, pemadam kebakaran, perhubungan, badan penanggulangan bencana dan lainnya (Taufiqurokhman, 2021; Amran, dan Yuliana, 2021; Nurmalia dan Budiono, 2020; Musyarofah, et al, 2019).

Di Indonesia, sebagian PSC 119 dijalankan oleh unit-unit terintegrasi antar lintas sektor. Namun sebagiannya lagi PSC 119 hanya dikoordinir oleh bidang kesehatan saja (Pieter, et al, 2021).

9) Anggaran

Sumber anggaran PSC 119 berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan sumber lainnya yang sah sesuai peraturan perundang-undangan seperti dana dari swasta (CSR) maupun dari masyarakat yang sesuai dengan peraturan perundangundangan (Amalia, et al, 2020).

Jika PSC 119 bukanlah sebuah UPT maka dalam penganggaran akan melekat pada anggaran dinas terkait. Hal ini menyebabkan penggunaan anggaran kurang fleksibel yang mengakibatkan terhambatnya pelayanan di masyarakat (Irwan, et al, 2022; Amalia, et al, 2020; Viqtrayana, 2021). PSC 119 yang melekat pada rumah sakit, anggaran operasional PSC 119 akan lebih terjamin bila dibanding jika melekat pada puskesmas atau dinas kesehatan (Mochamad, et al, 2019). Penganggaran untuk PSC 119 masih banyak yang berfokus pada anggaran fisik dan pengadaan peralatan, sedangkan untuk anggaran pelatihan SDM dan anggaran operasional sehari-hari (anggaran BBM dan rumah tangga) kurang mendapatkan perhatian dari para koordinator PSC 119 (Amalia, et al, 2020).

Masyarakat dalam mendapatkan pelayanan gawat darurat PSC 119 adalah gratis dan petugas PSC 119 tidak diperbolehkan memungut biaya dalam bentuk apapun (Amran dan Yuliana, 2021).

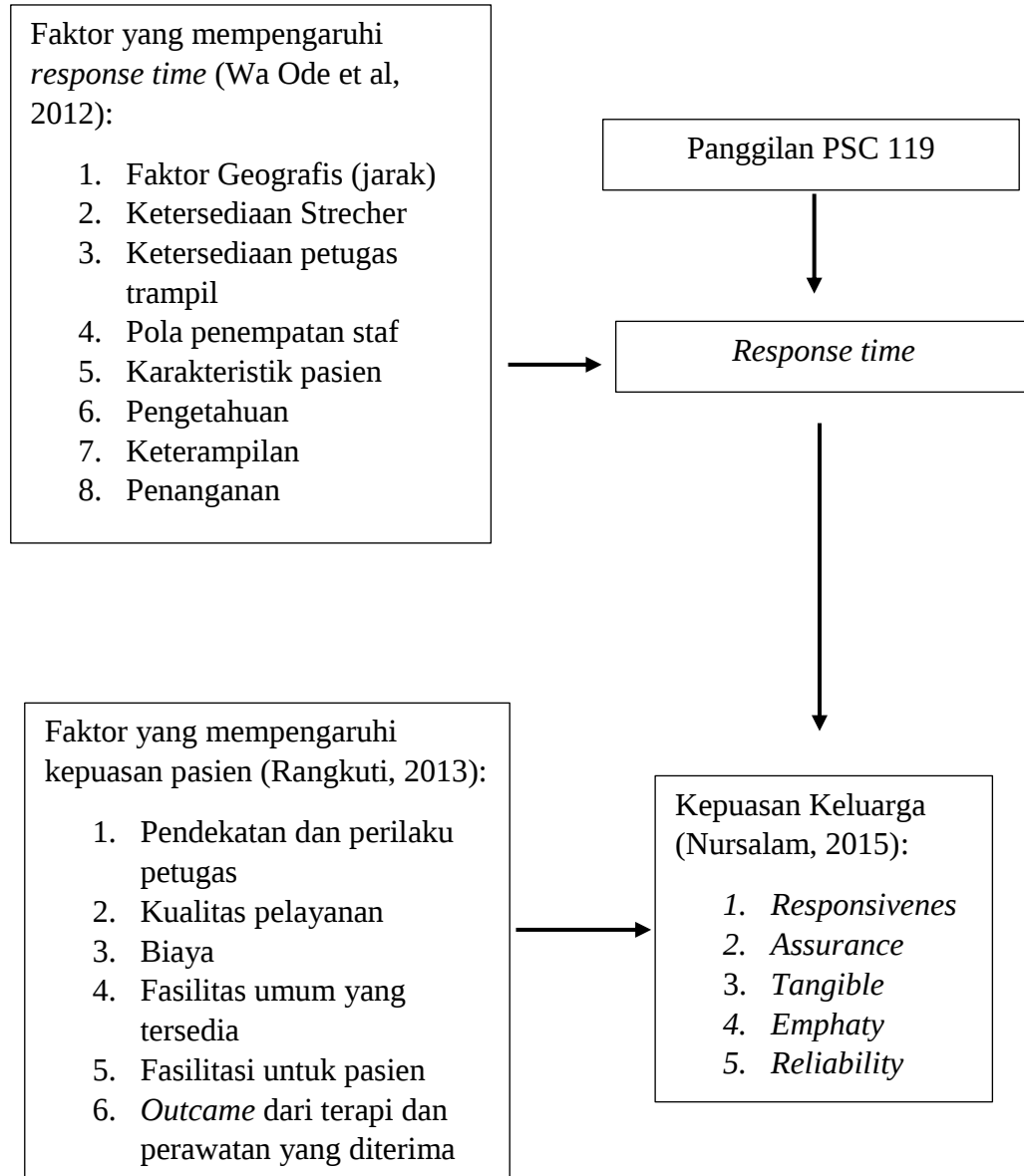
10) Standar Operasional Prosedur (SOP)

SOP adalah suatu dokumen yang berisi pedoman atau panduan yang harus dilaksanakan oleh pekerja yang dibuat berdasarkan pada administratif, indikator teknis, dan prosedur kerja, prosedural sesuai tata kerja, dan sistem kerja pada unit kerja yang saling berkaitan. Belum semua PSC 119 di Indonesia memiliki SOP yang lengkap dan terstandar. Sebagian besar PSC

119 di Indonesia hanya memiliki SOP pelayanan penanganan pasien (Amran dan Yuliana, 2021; Rizkita dan Meirinawati, 2020), sedangkan SOP lainnya seperti SOP sosialisasi kebijakan PSC 119 (Novitaria, et al, 2017), SOP penanganan komplain, SOP survey kepuasan pelanggan dan SOP evaluasi kinerja petugas PSC119 belum dibuat oleh penyelenggara PSC 119 di kabupaten/kota.

Pelayanan PSC 119 yang belum memiliki SOP akan berakibat pemberian pelayanan yang implementasinya masuk pada kategori Pemborosan Operasional (*Operational Waste*) adalah pemborosan akibat tidak memiliki atau tidak melakukan Standar Operasional Prosedur (SOP) (Amalia, et al, 2020).

B. Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

(Nursalam, 2015; Prihanti et al, 2022; Saefrudin, 2011, Rangkuti, 2013; Wa Ode, et al, 2012)

C. Hipotesis Penelitian

Secara konseptual hipotesis merupakan suatu hubungan logis antara dua atau lebih variabel dalam bentuk pernyataan yang selanjutnya diuji sehingga pada gilirannya akan didapatkan solusi untuk menyelesaikan permasalahan yang ada. Hipotesis yang dapat peneliti rumuskan dalam penelitian ini adalah:

Ho : Tidak ada hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di UPT PSC 119 Kota Magelang

Ha : Ada hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di UPT PSC 119 Kota Magelang

BAB III

METODE PENELITIAN

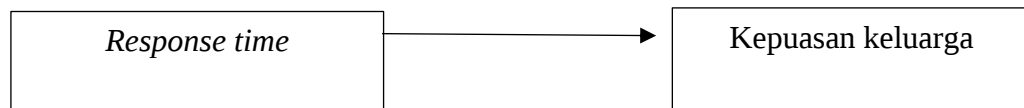
A. Rancangan dan Desain penelitian

Jenis Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif analitik korelasional dengan menggunakan desain *cross-sectional*. Dalam penelitian *cross-sectional* peneliti akan mencari apakah ada hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro dan Ismael, 2014). Pengukuran sesaat yang dimaksud ialah pengukuran atau pengamatan yang dilakukan dalam sekali waktu saja dan secara bersamaan tanpa perlu melakukan *follow up* (Dahlan, 2015). Penelitian ini mengukur hubungan *response time* pelayanan kegawatdaruratan pra hospital dengan kepuasan keluarga di UPT PSC 119 Kota Magelang.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independen

Variabel dependen



Gambar 3. 1 Kerangka Penelitian

C. Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan pada suatu variabel dengan memberi arti atau membenarkan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Sugiyono, 2015).

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel independen: <i>Response time</i>	<i>Response time</i> adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan kegawatdaruratan penyakit sejak panggilan PSC 119 sampai dengan kedatangan tim PSC 119	Menghitung waktu yang dibutuhkan antara pasien melakukan panggilan PSC 119 sampai dengan kedatangan tim PSC 119. Pengukuran menggunakan Jam, Data check list dan lembar observasi <i>response time</i>	Baik ≤ 10 menit Kurang baik > 10 menit	Nominal
Variabel <i>dependent</i> Kepuasan keluarga	Kepuasan keluarga adalah suatu tingkat perasaan keluarga yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan tim PSC 119 yang diperoleh setelah pasien atau keluarga membandingkannya dengan apa yang diharapkannya yang diukur berdasarkan : daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati, dan keandalan.	Diukur dengan kuesioner berisi 15 item soal berbentuk skala likert.	Puas (skor 31-45) Cukup Puas (skor 16-30) Tidak puas (skor 0-15)	Ordinal

D. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian adalah kelompok subjek yang memiliki karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Populasi dalam

penelitian ini adalah semua keluarga yang melakukan panggilan bantuan PSC 119. Populasi keluarga pasien yang melakukan panggilan Tim PSC 119 selama bulan Desember 2023 – Januari 2024 adalah 325 pasien. Sampel adalah subyek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel diambil dengan tehnik *Consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi dan eksklusi yang telah dibuat adalah:

Kriteria inklusi :

1. Keluarga pasien yang melakukan panggilan PSC 119
2. Keluarga pasien berumur 17 sampai dengan 65 tahun
3. Keluarga pasien berasal dari luar Kota Magelang tetapi sedang berata di Wilayah Kota Magelang
4. Keluarga dalam kota Magelang
5. Keluarga pasien mampu membaca dan menulis
6. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi :

1. Keluarga pasien yang mengalami masalah Kesehatan mental
2. Keluarga pasien berasal dari luar Kota Magelang
3. Keluarga pasien yang mengirimkan panggilan, tetapi disaat tersebut ada panggilan bersamaan, sehingga tidak ada ABK yang berangkat

Oleh karena pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi jumlahnya diperkirakan kurang dari 500 pasien maka jumlah sampling dihitung dengan rumus Slovin atau rumus N (Notoadmojo, 2018).

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Gambar 3. 2 Rumus Perhitungan Sampel

Dimana :

N : Besar Populasi

n : Besar sampel

d : Penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan sebesar 10% atau 0,1.

Jika jumlah pasien yang memenuhi kriteria inklusi 125 pasien, maka :

$$\begin{aligned} n &= \frac{125}{1 + 125(0,01)} \\ &= \frac{125}{1 + 1,25} \\ &= 55,56 \\ &= 56 \end{aligned}$$

Jumlah sampel yang didapatkan berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus tersebut sebanyak 56 responden.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada 15 April - 30 Juni 2024 di PSC 119 Kota Magelang

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah

a. Data primer

Menurut Notoatmojo (2018) data primer adalah data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti. Sumber data diperoleh dari data yang dikumpulkan dengan cara mendatangi responden untuk diminta menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan. Data primer dalam penelitian ini adalah jawaban responden yaitu keluarga pasien yang melakukan panggilan PSC 119 atas pernyataan yang diajukan untuk mengukur variabel yang diteliti kepuasan keluarga. Kuesioner dalam penelitian ini di isi oleh responden didampingi dan dibantu asisten peneliti.

b. Data sekunder

Menurut Notoatmojo (2018) data sekunder adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti yang didapat dari orang lain atau data

yang diperoleh tidak langsung. Data sekunder dalam peneliti adalah data yang diperoleh dari rumah sakit yaitu bagian rekam medik yang bersangkutan misalnya karakteristik responden. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini diperoleh berupa data jumlah keluarga pasien yang melakukan panggilan tim PSC 119 dalam tiga bulannya.

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018).

1) Kuesioner *response time*

Response time diukur dengan instrument berisi satu pertanyaan dikembangkan dan digunakan oleh Anang Prasetya Jaya Tahun 2017 untuk mengukur *response time* pelayanan di IGD berisi 1 item pertanyaan berisi *essay* sehingga tidak akan dilakukan uji valisitas dan reliabilitas.

2) Kuesioner kepuasan keluarga

Kuesioner kepuasan keluarga dikembangkan dari kuesioner tentang kepuasan pasien yang sudah ada yaitu yang pernah digunakan oleh Anang Prasetya Jaya Tahun 2017 untuk mengukur kepuasan pasien di IGD. Oleh karena kuesioner sudah dilakukan validasi dan uji realibilitas sebelumnya, maka setelah dilakukan modifikasi kuesioner sesuai kebutuhan dan kondisi keluarga pasien, maka akan dilakukan uji validitas dan realibilitas dengan uji *expert validity* dengan melakukan diskusi ahli (3 orang) kuesioner akan dikoreksi dan dilakukan revisi, setelah disetujui dan dinyatakan valid maka baru akan digunakan. Hasil uji validitas dan reliabilitas adalah valid dan reliabel. Hasil uji validitas korelasi product moment adalah semua item valid karena mempunyai nilai $r = 0,451$ sampai

dengan 0,707, hasil ini di atas r table 0,444. Hasil uji reliabilitas didapatkan skor $\alpha = 0,66$, ini lebih besar dari pada α 0,60. Berdasarkan hasil uji tersebut dapat diinterpretasikan bahwa kuesioner tentang kepuasan keluarga valid dan reliabel untuk mengukur variabel keluasan keluarga.

Kuesioner ini berisi 15 Pertanyaan berbentuk skala likert (Tidak setuju, Kurang setuju, setuju, dan sangat setuju) dengan kisi-kisi sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Kisi-Kisi Kuesioner Kepuasan Pasien

Variabel	Kisi-kisi	Jumlah Item	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
Kepuasan pasien	Daya tanggap	3	1, 2	3
	Jaminan	3	4, 5	6
	Bukti fisik	3	7, 8	9
	Empati	3	10, 11	12
	Keandalan	3	13, 14	15

2. Metode Pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang peneliti akan lakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- Peneliti akan mengurus perizinan penelitian dari Program Studi Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan untuk melaksanakan penelitian setelah proposal penelitian disetujui oleh penguji proposal penelitian.
- Setelah penelitian mendapatkan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Kesehatan Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Perizinan tersebut selanjutnya diteruskan ke Kepala UPT PSC 119 Kota Magelang.
- Peneliti selanjutnya akan mengurus perizinan untuk penelitian kepada kepala UPT PSC 119 dari Dekan Fakultas Keperawatan dan melakukan *ethical clearance* di RSUD Tidar Kota Magelang.
- Peneliti akan berkoordinasi dengan staf dan perawat setelah ijin penelitian keluar.

- e. Peneliti akan melakukan pengumpulan sampel keluarga pasien yang membutuhkan bantuan tim PSC 119 sesuai kriteria inklusi yaitu yang termasuk dalam gawat darurat saja dan yang memenuhi kriteria dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian.
- f. Setelah itu akan diminta kesediaan menjadi responden penelitian jika bersedia akan dibuat *informed consent*. Setelah itu diberikan kuesioner untuk diisi oleh keluarga pasien
- g. Peneliti dan asisten peneliti memberikan kuesioner pada keluarga pasien setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan di rumah sakit atau pada saat selesai serah terima pasien antara perawat dari PSC 119 dengan perawat IGD, selanjutnya peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner yaitu dengan memberikan centang pada kolom tempat yang telah disediakan berdasarkan pendapat mereka terkait dengan pernyataan yang digunakan untuk mengukur variabel yang diteliti.
- h. Peneliti dan asisten peneliti melakukan pendampingan selama responden mengisi kuesioner. Hal tersebut dilakukan untuk mengantisipasi jika ada pernyataan yang belum dipahami responden maka peneliti dapat langsung memberikan penjelasan tetapi peneliti tidak diperkenankan memberi jawaban atas pernyataan dari kuesioner agar tidak menimbulkan bias dalam penelitian
- i. Setelah responden selesai mengisi kuesioner peneliti dan asisten peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari responden. Apabila ada jawaban yang kurang lengkap peneliti meminta responden untuk melengkapinya kembali.
- j. Keluarga yang tidak bisa mengisi kuesioner saat itu, dikirimkan *google form* via *Whats App*, yang bisa diisi keluarga pasien di lain waktu, setelah pasien tertangani.
- k. Peneliti dan asisten peneliti mengumpulkan semua kuesioner dari responden. Selanjutnya data yang terkumpul dilakukan tabulasi data.

G. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Berdasarkan hasil pengambilan data, dikumpulkan dan akan diolah, tujuannya untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul dan menyajikan dalam susunan yang lebih rapi. Pengolahan data yang dilakukan dengan beberapa tahapan, yaitu:

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan seperti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, relevansi jawaban, dan keseragaman suatu pengukuran. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dikonfirmasi pada responden yang bersangkutan. Hasil proses *editing* semua data yang dikumpulkan sudah lengkap dan sesuai dengan yang dibutuhkan.

b. *Scoring*

Scoring adalah suatu kegiatan mengklasifikasi data dengan pemberian kode pada data menurut jenisnya yaitu peneliti memberikan *Scoring* pada kuesioner kepuasan keluarga yang diisi oleh responden. Peneliti memberikan *Scoring* pada kuesioner kepuasan keluarga dengan skor : a. tidak setuju : diberi skor 0, Kurang setuju skor 1, setuju skor 2, dan sangat setuju skor 3. Sedangkan untuk *response time* : Baik ≤ 5 menit
Kurang baik > 5 menit

c. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada data yang diperoleh untuk mempermudah dalam pengelompokan dan klasifikasi data setelah semua pernyataan diberikan nilai. Setiap item jawaban pada lembar kuesioner diberi kode sesuai berdasarkan jumlah nilai variabel.

d. *Tabulating*

Peneliti melakukan *Tabulating* atau penyusunan data setelah menyelesaikan pemberian nilai dan pemberian kode dari masing-masing *jawaban* responden atas pernyataan yang diajukan agar dengan mudah dijumlahkan, disusun dan ditata untuk dianalisis. Data yang ditabulasi adalah data hasil *scoring* pada kuesioner dukungan keluarga dan *coding* pada karakteristik responden.

e. *Transferring*

Transferring merupakan pemindahan kode-kode yang ditabulasi ke dalam komputer suatu program atau sistem tertentu, dalam hal ini peneliti menggunakan program *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versi 20.0 untuk mempercepat proses analisa data.

f. *Entering*

Entering merupakan suatu proses pemasukan data kedalam computer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program *Microsoft excel*. Data yang di *entering* adalah data hasil *scoring* dan *coding*.

g. *Cleansing*

Setelah data yang dimasukkan ke dalam program SPSS selesai, peneliti memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan ke dalam mesin pengolahan data sesuai dengan sebenarnya atau untuk mencari ada kesalahan atau tidak pada data yang sudah di *entry*.

2. Analisis Data

a. *Univariate*

Data dan analisa yang diperoleh dari analisa univariat dapat dibuat gambaran distribusi dan frekuensi serta disajikan dalam bentuk tabel, distribusi frekuensi untuk mengetahui gambaran *response time* dan kepuasan pasien

b. *Bivarite*

Data hasil pengukuran dukungan keluarga dan kemampuan melakukan perawatan diri akan dilakukan uji hubungan atau

bivariate dan karena skala data nominal dan ordinal variabel bebas dan terikat adalah skala ordinal, maka akan menggunakan uji statistik menggunakan Chi Square. Jika hasil uji bivariate menunjukkan hasil nilai X^2 hitung lebih besar dari pada nilai (X^2) tabel dan signifikansi atau p value kurang dari 0,05, maka hipotesa statistik (H_0) ditolak dan hipotesis penelitian (H_a) diterima. Artinya ada hubungan *response time* pelayanan kegawatdaruratan pra hospital dengan kepuasan keluarga di UPT PSC 119 Kota Magelang.

H. Etika Penelitian

1. *Informed Consent*

Individu adalah unik dan bebas, memiliki hak untuk memutuskan, mempunyai nilai dan martabat serta memiliki hak untuk mendapatkan informasi, dalam penelitian ini. Peneliti memberikan informasi mengenai maksud dan tujuan penelitian kemudian responden diberikan *Informed Consent* sebagai bentuk persetujuan untuk menjadiresponden penelitian. Jika responden bersedia, maka responden akan diminta mendatangi surat persetujuan penelitian. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak.

2. *Anonymity*

Peneliti dan asisten peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden atas persetujuan dari responden. Peneliti tidak mencantumkan nama terang responden di kuesioner dan tabel tabulasi, namun hanya menulis kode nama atau nomor responden saja.

3. *Confidentiality*

Individu sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Peneliti tidak mempublikasikan hasil penelitian ini (jawaban responden yang telah tercantum di kuesioner) kepada pihak yang tidak berkepentingan dan memusnahkan setelah penelitian ini selesai.

4. *Justice*

Peneliti memperlakukan responden sama, tanpa diskriminasi selama proses peneliti berlangsung, dalam penelitian ini. Peneliti memilih responden dengan kriteria inklusi dan eksklusi kemudian selama proses peneliti memberikan informasi yang sama, tidak membedakan ras dan status sosial ekonomi.

5. *Beneficiency*

Peneliti dan asisten peneliti melaksanakan peneliti sesuai dengan prosedur peneliti guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi keluarga pasien yang memanfaatkan tim PSC 119. Peneliti memberikan kuesioner terkait dengan variabel yang diteliti kepuasan keluarga pasien.

6. *Non Maleficience*

Penelitian tidak memberikan dampak yang membahayakan bagi responden selama proses penelitian berlangsung baik bahaya langsung maupun tidak langsung, dalam penelitian ini. Peneliti menggunakan instrument peneliti berupa kuesioner sehingga tidak akan membahayakan responden penelitian.

7. *Avoid Discomfort*

Saat pengambilan data peneliti dan asisten peneliti berusaha menghindari pertanyaan yang memungkinkan timbulnya ketidaknyamanan (akibat partisipan merasa tereksplorasi). Peneliti melakukan bimbingan dalam penggunaan kuesioner untuk meminimalisir kemungkinan pernyataan yang tidak berkenan bagi responden.

Penelitian ini telah melalui uji etik di RSUD Tidar Kota Magelang dengan no sertifikat etik: No.095/EC-RSUDTIDAR/VI/2024.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran karakteristik responden mayoritas responden berumur 40 - 49 tahun (39%), mayoritas berjenis kelamin perempuan (60,7%), mayoritas berpendidikan SMK/SMA (57%), mayoritas bekerja sebagai wiraswasta (55,4%), dan mayoritas baru memanfaatkan PSC 119 pertama kali (44,6%).
2. Mayoritas keluarga mengatakan *response time* di PSC 119 baik yaitu 45 atau 80,4 %.
3. Mayoritas keluarga mempunyai kepuasan keluarga yang puas yaitu 51 atau 91,1%.
4. Ada hubungan antara *response time* dengan kepuasan keluarga di UPT PSC 119 Kota Magelang dengan signifikansi atau *p value* 0,002 dengan tingkat keeratan hubungan kuat.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan, hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai *literature* ilmiah dalam keperawatan kegawatdaruratan pada saat pra rumah sakit terutama dalam mempercepat pelayanan (*response time*) ketika mendapatkan permintaan bantuan.
2. Bagi UPT PSC 119 kota Magelang, mendapatkan masukan yang bermanfaat agar dapat meningkatkan pemahaman perawat dan Tim lain dan masyarakat sehingga pelaksanaan SPGDT menjadi tepat sasaran dan memperpendek *response time* pelayanan dan kepuasan keluarga meningkat.
3. Masyarakat, disarankan masyarakat mengetahui gambaran *response time* atau waktu tanggap, serta bagaimana penanganan yang diberikan sehingga menggunakan fasilitas di UPT PSC ketika dalam kondisi gawat darurat saja.

4. Peneliti, peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pembelajaran terutama tentang memperbaiki mutu pelayanan khususnya kepuasan pasien melalui perbaikan *response time* pelayanan gawat darurat pra rumah sakit
5. Penelitian selanjutnya
 - a. Diharapkan untuk mengambil data *response time* melalui observasi baik jam pemanggilan PSC 119 maupun saat tiba di lokasi dengan menggunakan jam yang sama dan diisi oleh petugas PSC 119.
 - b. Diharapkan untuk melakukan penelitian terkait faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan keluarga dari faktor yang lain, misalnya jarak antara pusat PSC 119 dengan tempat tinggal pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, D. I., Ma'rufi, I., & Rokhmah, D. (2020). *Analisis Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Melalui Implementasi Jember Safety Center Di Kabupaten Jember*. Multidisciplinary Journal, 3(2), 61-70.
- Amran, L. N. H., & Yuliana, Y. (2021). *Kesiapan Sumber Daya Aparat Psc (Public Safety Center) 119 Takalar Dalam Pengimplementasian EGovernment Untuk Mewujudkan Pelayanan Publik Yang Efektif*. Jurnal PENA: Penelitian dan Penalaran, 8(2), 251-264.
- Attalie, A. (2021). *Studi Kualitatif Kelayakan Dan Kelengkapan Fasilitas Ambulans Gawat Darurat Terhadap Manajemen Kegawatdaruratan Pasien Pra-Rumah Sakit Di Kabupaten Bantul* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta).
- Aziz, A. (2016). *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Prima di RSUP Dr Djamil Padang Tahun 2012*. Penelitian. Fakultas Keperawatan.
- Hariyanto, S. (2020). *Strategi Penyebar Luasan Informasi Inovasi IGD RSUD dr. Iskak 40 Tulungagung*. Tidak dipublikasikan
- Irwan, V. F., Tamtomo, D. G., & Murti, B. (2022). *Policy Implementation of Mayor Regulation Number 21 of 2020 concerning the Implementation of an Integrated Public Safety Service Center in Padang, West Sumatera, Indonesia*. Journal of Health Policy and Management, 7(02), 139-148.
- Jaldell, H. (2017). *How Important is The Factor? Saving Using Fire and Rescue Services*. Fore Technology. 53, 695 – 708.
- Jaya, A.P. (2017). *Hubungan response time dengan kepuasan pasien di IGD RS Tingkat IV Madiun*. Skripsi. Tidak dipublikasikan
- Kemenkes, R.I. (2016), *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penaggulangan Gawat Darurat Terpadu, pasal 2*
- Khaerah, N., Harakan, A., & Junaedi, J. (2019). *Call Centre Brigade Siaga Bencana Sebagai Strategi Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Bantaeng*. JDP (Jurnal Dinamika Pemerintahan), 2(1), 51-64.
- Kurniasih, R. (2016). *Analisis Hubungan Pelayanan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di IGD Rumah Sakit Sido Waras Mojokerto*
- Luthfatunnisa, A. (2022). *Hubungan Response Time Terhadap Kepuasan Pengguna Layanan Public safety Center (PSC) 119 Pada Kondisi Emergency Di Kabupaten Bantul, Univertas Diponegoro Semarang*. Tidak Dipublikasikan.

- Maryantika, R. (2019). *Gambaran Triase, Response Time, Penanganan Pasien dan Pengkategorian Panggilan Di Public Safety Center (PSC) 119 satria Kabupaten Banyumas*. Bachelor thesis, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Mochamad, A, Arso, S.P, Setyaningsih, Y. (2019). *Implementasi Sistem Penanggulangan Gawat Daftar Terpadu K119 (SPGDT K119) di Kabupaten Kudus*. Cendekia Utama [Internet]. 2019;8(2):181–98.
- Mochammad, R. (2019). *Inovasi Pelayanan Publik*. Kemudi: Jurnal Ilmu Pemerintahan, 4(1), 1-20.
- Nurmalia, P., & Budiono, I. (2020). *Program Public Safety Center (PSC) 119 Mataram Emergency Medical Service (MEMS)*. HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development), 4(2), 301-311.
- PERMENKES, R.I. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu*. 2016 p. 390–2
- Pieter, G. R., Rares, J. J., & Pioh, N. R. (2021). *Implementasi Kebijakan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Di Kota Bitung (Studi Tentang Public Safety Center)*. Pengelolaan Sumberdaya Pembangunan, 1(1), 61-71.
- Prawira, M. A. (2014). *Inovasi Layanan (Studi Kasus Call Center SPGDT 119 Sebagai Layanan Gawat Darurat Pada Dinas Kesehatan Provisini DKI Jakarta)* (Doctoral dissertation, Brawijaya University).
- Prihanti, R., Widjanarko, B., dan Budiono. (2022). *Faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan Public Safety Center (PSC) di Indonesia: Literatur Review*. Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar. Vol. XVII No. 2 Desember 2022 DOI: <https://doi.org/10.32382/medkes.v17i2>
- Purba, D. (2015). *Hubungan Response Time Dengan Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat Pada Triase Merah Di Igd Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*
- Purnomo, E, Nasir, A, Syafii, F. (2021). *Kepuasan Keluarga Terhadap Pelayanan Pasien Gawat Darurat PSC SIGA 119 Kabupaten Mamuju*. Urban Health. Vol.3 No. 1 (2021)
- Pusponegoro, D, A., dan Sujudi, A. (2016). *Kegawatdaruratan dan Bencana*. Jakarta: Rayyana Komunikasindo
- Rahmadiniati, I., Santoso, B.R, Suwardi, S. (2023). *Gambaran Respons Time terhadap Penanganan Keperawatan Kecelakaan Lalu Lintas dalam Pelayanan Kegawatdaruratan PSC 119 Sanggam*. Jurnal Nursing Army. Volume 4 No. 1, Hal 33-39, April 2023

- Siboro, T. (2014). *Hubungan Pelayanan Perawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Ruang Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Advent Bandung*
- Musyarofah, S; Muliawati, R; Mushidah, (2019). *Gambaran Pelayanan Kesehatan Public Safety Center 119*, *Jurnal Ilmiah Pernas*, vol. 9: 4 (Oktober 2019), hlm. 372
- Sylvana, B. (2020). *Tanggung Jawab Pemerintah Daerah dalam Penyelenggaraan Kedaruratan Pra-Hospital Melalui Public Safety Center (PSC) 119 untuk Peningkatan Layanan Kesehatan di Indonesia*. *Aktualita*. 2020;3(1):1–9.
- Tjiptono, F. (2015). *Pemasaran Jasa – Prinsip, Penerapan, dan Penelitian*. Andi Offset
- Walikota Magelang. (2021). *Perwal no 65 Th 2021 Tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Public Safety Center 119 Pada Dinas Kesehatan Kota Magelang*.
- Yanuar, M.R. (2019). *Inovasi Pelayanan Publik (Studi Kasus: Public Safety Center (PSC) 119 Kabupaten Bantul Sebagai Layanan Kesehatan dan Kegawatdaruratan)*. *Kemudi: Jurnal Ilmu Pemerintahan*. Volume 04 Nomor 01 Agustus 2019
- Yuliana, W., Putera, R. E., & Yoserizal, Y. (2020). *Inovasi Pelayanan Kesehatan Public Safety Center 119 (PSC 119) SMASH CARE'S DI KOTA SOLOK*. *JIAP (Jurnal Ilmu Administrasi Publik)*, 8(1), 265-271.
- Viqtrayana, I.P.E. (2021). *Kendala Provider dan User dalam Memanfaatkan Program Pelayanan Kegawatdaruratan Public Safety Center (PSC) 119 di Kabupaten Tabanan*. *J Med Usada*. 2021;4(2):67–79