

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit Rumah Sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien yang harus ditangani secara cepat. Unit ini dipimpin seorang dokter jaga dengan tenaga dokter ahli dan berpengalaman dalam menangani kasus Gawat Darurat (Dahlia, 2015: 1). Umumnya pelayanan IGD meliputi pelayanan keperawatan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam kondisi gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya bila tidak mendapatkan pertolongan dengan cepat dan tepat (Musliha, 2010).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan kasus gawat darurat medis. IGD memiliki peran sebagai gerbang utama masuknya penderita gawat darurat (Ali, 2014: 13). Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk

mencegah kematian dan kecacatan. Pelayanan ini bersifat penting (*emergency*) sehingga diwajibkan untuk melayani pasien 24 jam sehari secara terus menerus (Destifiana, 2015: 13).

a. Mekanisme Penanganan Pasien di Instansi Gawat Darurat

Alur penanganan pasien di IGD menurut Destifiana (2015: 16) yaitu perawat menerima pasien, kemudian mencatat identitas lengkap dan *informed consent*, perawat melakukan anamnesa (auto dan hetero anamnesa), perawat melakukan pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS), TTV (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) dan pemeriksaan fisik awal, pengelompokan pasien dan diagnosa awal.

Kegawatdaruratan merupakan keadaan yang mengancam jiwa, untuk itu diperlukan perawat yang kompeten, cermat dan cepat serta mengerti tugas, cara bersikap dan cara berkomunikasi dengan baik dalam kondisi *emergency*. Makin luas lingkup tanggung jawab yang diemban perawat pada pelayanan gawat darurat, makin banyak peran dan beban kerja yang harus dilakukan (Destifiana, 2015: 17).

b. Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Penilaian mutu pelayanan IGD Rumah Sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009

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

Tabel 2. 1 Key Performance Indicators Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

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

Sumber: SPM Rumah Sakit Tahun 2008

Pelayanan dalam kegawat daruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses pelayanan kesehatan bagi korban dengan

tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan (Kemenkes, 2011:1).

2. Waktu Tunggu

a. Pengertian Waktu Tunggu

Waktu tunggu pasien adalah waktu yang dibutuhkan pasien mulai dari awal kedatangan sampai ia meninggalkan fasilitas IGD atau layanan terakhir (Wafula, 2016: 5).

Dalam penanganan gawat darurat ada filosofi "*Time Saving is Life Saving*" artinya seluruh tindakan yang dilakukan pada saat kondisi gawat darurat haruslah efektif dan efisien. Hal ini mengingatkan bahwa pasien dapat kehilangan nyawa hanya dalam hitungan menit saja. Berhenti nafas selama 2-3 menit pada manusia dapat menyebabkan kematian yang fatal (Sutawijaya, 2009).

Waktu tunggu pasien juga dipengaruhi oleh triase, yaitu penilaian pertama tentang seberapa mendesak kondisi pasien saat ini. Keterlambatan akan meningkatkan waktu tunggu pasien dan dapat menciptakan kemacetan di departemen darurat (ACHS, 2012: 2).

Menurut Puspongoro (2010), triase adalah suatu sistem klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi pasien atau kegawatanya yang memerlukan tindakan segera.

Dalam triage, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu ≤ 5 menit.

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Waktu Tunggu

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan kesehatan, diantaranya:

1) Faktor Pasien

Pasien merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecepatan pelayanan kesehatan. Bustani (2015) menyatakan bahwa antrian yang panjang akan menyebabkan waktu tunggu yang lama pula, sehingga menyebabkan kerugian dan kejenuhan. Antrian sering terjadi karena banyaknya pasien sehingga melebihi kapasitas pelayanan atau kemampuan melayani yang ada. Prioritas pelayanan diberikan kepada pasien yang mempunyai prioritas lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang mempunyai prioritas lebih rendah.

Beberapa karakteristik pasien yang berdampak pada waktu tunggu ialah:

a) Usia

usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Menurut Ananingtyas (2016: 22) usia

merupakan tingkat ukuran hidup yang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang.

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah atribut-atribut fisiologis dan anatomis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, sedangkan “gender” dipakai untuk menunjukkan perbedaan-perbedaan antara laki-laki dan perempuan yang di pelajari. Gender merupakan bagian dari system sosial, seperti status sosial, usia, dan etnis, itu adalah faktor penting dalam menentukan peran, hak, tanggung jawab dan hubungan antara pria dan wanita. Penampilan, sikap, kepribadian tanggung jawab adalah perilaku yang akan membentuk gender (Fuadi, 2014: 9).

c) Pendidikan

Pendidikan merupakan kegiatan pembelajaran untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan. Faktor pendidikan adalah tingkat penguasaan ilmu pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang bagaimana kemampuannya dalam memahami sesuatu hal dengan baik. Pendidikan juga diartikan sebagai kegiatan (usaha) yang dijalankan dengan sengaja, teratur, dan terencana dengan maksud mengubah tingkah laku yang diinginkan

dan pembentukan pola pikir yang lebih baik (Ananingtyas, 2016: 22).

d) Kondisi Keparahan

Lamanya waktu tunggu juga dipengaruhi oleh kasus kegawatan/ kondisi pasien. Pasien yang memiliki kondisi penyakit lebih parah umumnya akan mendapatkan penanganan lebih cepat dibandingkan pasien dengan kondisi yang tidak parah.

e) Alasan Meninggalkan IGD

Alasan meninggalkan IGD dapat dikarenakan pasien sudah dipindah ke bangsal perawatan, pasien pulang atas keinginan pribadi maupun atas kasus kematian.

2) Faktor SDM Rumah Sakit

Sumber daya manusia merupakan titik kunci untuk mencapai keberhasilan suatu tujuan organisasi. Oleh karena itu perlu adanya kajian perencanaan dan kebutuhan sumber daya manusia secara mendalam. Perencanaan sumber daya manusia merupakan suatu proses untuk menentukan jumlah, jenis tenaga kerja yang dibutuhkan organisasi, pada waktu dan tempat yang tepat, dengan harapan tenaga kerja tersebut mampu melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan tujuan

organisasi (Sunarta, 2010: 4). Triase di Instalasi Gawat Darurat dapat dilakukan oleh dokter maupun perawat yang bersertifikasi gawat darurat.

Selain ketrampilan dan pengetahuan SDM, banyaknya jumlah SDM yang bekerja juga mempengaruhi kecepatan pelayanan yang diberikan. SDM yang memiliki ketrampilan dan tersedia dengan jumlah yang cukup banyak umumnya akan memberikan pelayanan dengan cepat dan efektif.

3) Standar Operasional Prosedur Pelayanan Gawat Darurat

Menurut Lumenta (2012), standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah- langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. SPO membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan dibawah standar dengan memberikan langkah-langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan berbagai kegiatan.

Standar prosedur operasional disusun dengan tujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Standar

prosedur operasional disusun didasarkan atas kebijakan yang berlaku (Lumenta, 2012).

4) Kehadiran Dokter Spesialis Emergency

Upaya memberikan pertolongan dan penanganan medis yang cepat dan tepat kepada pasien harus menjadi tujuan utama Rumah Sakit yang berperan sebagai institusi pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter emergency merupakan salah satu SDM yang berperan dalam memberikan pertolongan darurat, selain berdampak pada keselamatan pasien, tingkat kehadiran mereka berdampak pada waktu tunggu pelayanan di IGD.

c. Indikator Waktu Tunggu

Maksud dari indikator-indikator kinerja mesti seimbang antara kebutuhan masyarakat, tanggung jawab professional dan inisiatif untuk meningkatkan perbaikan kualitas pelayanan. Terdapat beberapa alat pengukur kualitas pelayanan Rumah Sakit, yang paling umum digunakan adalah berdasarkan standar Departemen Kesehatan dan berdasarkan *The Australian Council of Healthcare Standars (ACHS: 2012)*.

Indikator terbagi dalam kategori triase waktu tunggu relatif gawat darurat dalam skala triase nasional sebagai berikut :

- 1) Kategori I (*resuscitation*) yakni tindakan harus dilakukan dengan segera (*immediately*).
- 2) Kategori II (*emergency*) yakni tindakan harus dilakukan dalam waktu 10 menit.
- 3) Kategori III (*urgent*) yakni tindakan harus dilakukan dalam 20 menit.
- 4) Kategori IV (*semi urgent*) yakni tindakan yang harus dilakukan dalam waktu 60 menit.
- 5) Kategori V (*non-urgent*) yakni tindakan harus dilakukan dalam waktu 120 menit.

3. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan adalah suatu penampilan yang pantas atau sesuai dengan standar dan prosedur dari suatu intervensi yang diketahui aman yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan (Satrianegara, 2014: 197). Menurut Undang-undang No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan Jaminan menjelaskan bahwa mutu pelayanan masyarakat merupakan suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang bekesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara praupaya.

Mutu jaminan pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prosedur serta menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit atau Puskesmas secara wajar serta diberikan secara aman dan memuaskan norma dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah serta masyarakat (Herlambang, 2016: 73).

b. Manfaat Mutu Pelayanan

Menjaga standar pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab sampai dengan penyelesaian masalah (Herlambang, 2016: 74). Manfaat mutu pelayanan kesehatan yaitu:

1) Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan

Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat di atasnya masalah kesehatan secara tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.

2) Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pelayanan kesehatan

yang dibawah standar dan ataupun yang berlebihan (Rustiyanto, 2012 : 31).

- 3) Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan.

- 4) Dapat melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum.

Manfaat mutu pelayanan kesehatan dapat digunakan dalam pencegahan gugatan hukum terhadap penyelenggara pelayanan yaitu dengan melakukan pelayanan kepada pasien secara hati-hati sesuai dengan prosedur.

c. Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan

Indikator asuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan dapat mengacu pada indikator yang relevan berkaitan dengan struktur, proses dan *outcomes* (Wijono, 2000: 42).

- 1) Indikator Struktur
 - a) Tenaga sumber daya kesehatan professional (dokter, paramedis dan lain-lain).
 - b) Anggaran biaya untuk keperluan operasional dan

sebagainya yang tersedia.

- c) Adanya perlengkapan dan peralatan kedokteran yang memadai termasuk obat-obatan.

2) Indikator Proses

Indikator proses merupakan pemberian petunjuk dalam proses pelaksanaan kegiatan sesuai standar yang telah ditetapkan.

3) Indikator *Outcomes*

Merupakan indikator hasil dari kegiatan yang telah dilakukan yaitu input dan proses meliputi angka kesembuhan penyakit, angka kematian 48 jam, angka infeksi nosokomial, komplikasi perawatan dan sebagainya.

Proses penyelenggaraan pelayanan publik yang selama ini diselenggarakan organisasi pemerintah bagi masyarakat tergolong masih tertutup. Masyarakat dinilai sebagai pengguna yang pasif dan harus menerima pelayanan publik apa adanya. Mereka tidak mempunyai hak berbicara, mengajukan komplain, terlebih memutuskan pelayanan seperti apa yang akan diselenggarakan, seperti apa kualitasnya, dan bagaimana pelayanan tersebut harus dijalankan. Meskipun demikian, adanya pendekatan paradigma baru memberikan potensi warga untuk diberdayakan, dimana warga tidak lagi

sebagai pengguna yang pasif, melainkan dapat menentukan seperti proses penyelenggaraan pelayanan seharusnya diselenggarakan (Mukarom dkk, 2016: 186).

d. Dimensi Standar Pelayanan Kesehatan

Wijono (2000: 35) menyatakan dimensi mutu pelayanan kesehatan yang tepat digunakan untuk mendukung pelayanan kesehatan diantaranya :

1) Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar dan prosedur pelayanan yang telah ditetapkan meliputi dapat dipertanggungjawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketetapan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*) dan konsistensi (*consistency*).

2) Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses berarti bahwa pelayanan yang diberikan tidak terhalang oleh keadaan geografis sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

3) Efektifitas

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai standar yang ada. Salah satu contohnya adalah

dengan mempertimbangkan prosedur dan pengobatan yang dianjurkan serta menggunakan teknologi yang paling tepat.

4) Hubungan dengan Sesama Manusia

Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif dan memberikan perhatian.

5) Efisiensi

Pelayanan yang efisien dilakukan dengan memberikan perhatian secara tepat, akurat dan optimal kepada pasien dan masyarakat. Efisiensi dalam pelayanan kesehatan adalah aspek yang dapat mempengaruhi hasil maupun sumber daya yang bertanggungjawab memberikan pelayanan, sehingga bernilai penting karena mampu memberikan efisiensi.

6) Kelangsungan Pelayanan

Kelangsungan pelayanan berarti pasien akan menerima pelayanan yang lengkap tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnose dan terapi. Pasien harus

mempunyai akses terhadap pelayanan rutin dan preventif yang diberikan oleh petugas kesehatan dengan mengetahui riwayat penyakitnya.

7) Keamanan

Pelayanan dengan mengutamakan keamanan dilakukan guna menjaga dan memberikan rasa nyaman kepada pasien. Hal-hal yang dilakukan agar pasien tetap aman selama menjalani pengobatan adalah dengan mengurangi risiko terjadinya cedera dan hal lainnya.

8) Kenyamanan

Kenyamanan dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak berkaitan langsung dengan kegiatan klinis namun berpengaruh langsung dengan rasa puas pasien yang berdampak pada rasa loyal dalam menggunakan jasa pelayanan.

B. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 2 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian	Persamaan Penelitian
1.	Askarian <i>et al</i> (2017)	Evaluation of the Patients' Queue Status at Emergency Department of Nemazee Hospital and How to Decrease	Metode penelitian adalah studi cross-sectional. Informasi input untuk model diekstraksi dari database Rumah Sakit dan melalui pengambilan sampel.	Hasil evaluasi Level 2A, peningkatan jumlah tempat tidur dengan 20 tempat tidur, waktu tunggu menurun menjadi 0,45 menit dan persentase kematian menurun 26,2%. Pada level 3 peningkatan jumlah tempat tidur 2 kali, waktu tunggu menurun menjadi 74 menit dan persentase kematian menurun 3,7%.	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan dan standar operasional.	Penelitian sama-sama membahas tentang waktu tunggu di IGD
2.	Wafula (2016)	Factors Associated with Patient Waiting Time At A Medical Outpatient Clinic	Penelitian cross-sectional dilakukan pada 384 pasien dengan metode wawancara dan kuisisioner. Data dianalisis menggunakan	Waktu tunggu pasien rata-rata 55,3 menit selama studi empat minggu. Mayoritas responden menunggu selama 60 menit. Waktu menunggu pasien terpanjang 13,1 menit di kantor dokter. Jenis kelamin ($P = 0,005$) dan ketersediaan dokter ($p =$	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan, metode penelitian dan standar	Penelitian sama-sama membahas faktor waktu dengan metode ANOVA

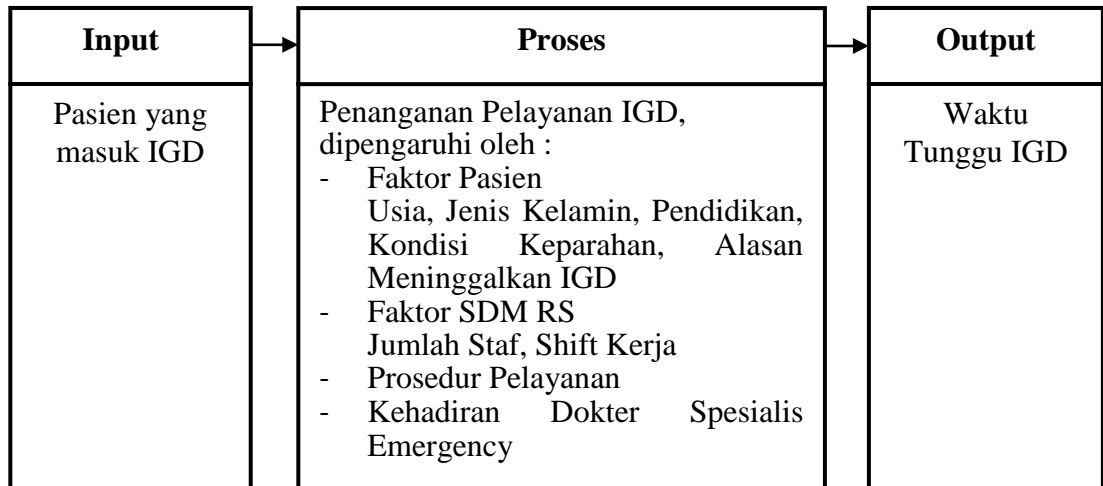
No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian	Persamaan Penelitian
3.	Fotiadou (2013)	Choosing and visualizing waiting time indicators in diagnostic medical imaging department for different purposes and audiences	ANOVA dan tabulasi silang Penelitian menggunakan triangulasi metodologis dan studi kualitatif menggunakan wawancara.	0,000) mempengaruhi waktu tunggu pasien. Hasil analisis indikator yang paling informatif adalah Persenil. Studi menunjukkan tujuan dari indikator adalah untuk mendapatkan pandangan dinamis dari situasi, mendeteksi titik-titik kendala, memberikan gambaran kinerja, memfasilitasi alokasi sumber daya, perbandingan antara Rumah Sakit, pilihan yang lebih baik dari Rumah Sakit alternatif atau ujian dan transparansi.	operasional. Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan, metode penelitian dan standar operasional.	Penelitian sama-sama membahas indikator waktu tunggu di Rumah Sakit
4.	Zhenzhen and Calvin (2017)	Associations Between Waiting Times, Service Times, and Patient	Analisis data menggunakan korelasi untuk menilai hubungan antara hasil waktu yang sebenarnya, penerimaan	Hasil penelitian menunjukkan waktu tunggu yang sebenarnya berhubungan negatif dengan kepuasan pasien. Juga, pasien yang kurang puas dengan suasana sosiokultural dan pendekatan berorientasi identitas	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan dan standar	Penelitian sama-sama membahas tentang waktu tunggu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian	Persamaan Penelitian
		Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey	penerimaan hasil waktu, dan tingkat kepuasan pasien.	untuk perawatan mereka cenderung melihat jumlah waktu yang mereka habiskan menunggu dan menerima perawatan karena kurang dapat diterima.	operasional.	
5.	Alsharqi <i>et al</i> (2017)	Factors Influencing Waiting Time as Key of Patient Satisfaction in the Emergency Department in King Fahd Armed Forces Hospital, Saudi	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik survei cross sectional di mana pengumpulan informasi dari populasi penelitian dan responden dilakukan hanya sekali.	Terdapat pengaruh signifikan organisasi, manajemen dan staf faktor pegawai dalam waktu tunggu ED. Hasilnya juga menunjukkan berbagai kemungkinan untuk pendekatan masa depan untuk meningkatkan waktu tunggu. Dalam penelitian ini, kami menyimpulkan bahwa faktor-faktor ini mempengaruhi waktu tunggu dalam DE baik dengan cara positif atau negative.	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan dan standar operasional.	Penelitian sama-sama membahas faktor waktu tunggu pasien

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian	Persamaan Penelitian
6.	Maatilu <i>et al</i> (2014)	Arabia Faktor yang Berhubungan dengan <i>Response Time</i> Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat Di IGD RSUP Prof. Dr . R. D. Kandou Manado	Penelitian ini menggunakan <i>cross sectional</i> . Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dan kuesioner. Teknik analisa data uji <i>chi square</i> pada tingkat kemaknaan 95%	Hasil penelitian didapatkan sebagian besar perawat memiliki <i>Response Time</i> > 5 menit sebanyak 17 (56.7%). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan (ρ 0.084), pengetahuan (ρ 1.000), lama kerja (ρ 0.119), dan pelatihan (ρ 0.255) dengan <i>response time</i> perawat.	Tempat dan waktu penelitian, variabel pelayanan dan standar operasional.	Penelitian sama-sama membahas tentang <i>response time</i>

C. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini ditunjukkan pada gambar berikut:

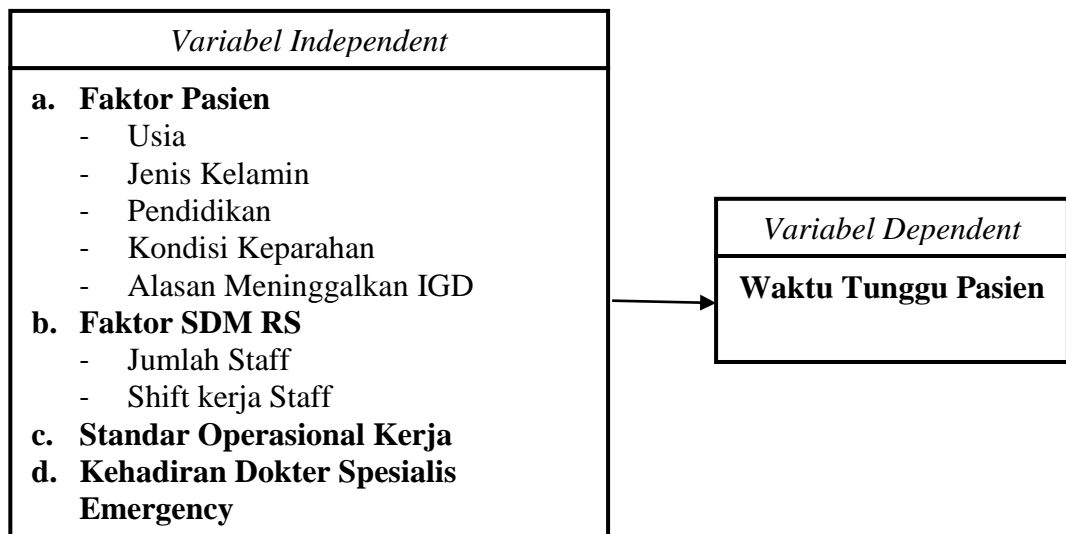


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Modifikasi Sumber Ammina and Barrati (2016), Wafula (2016), Ananingtyas (2016), Fuadi (2014), Sunarta (2010), dan Lumenta (2012).

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang dipakai pada penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis

Ada pengaruh faktor karakteristik pasien, SDM, prosedur pelayanan dan kehadiran dokter spesialis emergency terhadap waktu tunggu di IGD RS PKU Muhammadiyah Bantul.