

**HUBUNGAN WAKTU TANGGAP DENGAN KEPUASAN
PASIEN TRIASE KUNING DI IGD RSUD
Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh:

SHAENY PUTRI AMALIA



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**HUBUNGAN WAKTU TANGGAP DENGAN KEPUASAN
PASIEN TRIASE KUNING DI IGD RSUD
Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

Oleh

SHAENY PUTRI AMALIA

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

Judul Skripsi

: **HUBUNGAN WAKTU TANGGAP DENGAN
KEPUASAN PASIEN TRIASE KUNING DI
IGD RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: **Shaeny Putri Amalia**

No. Pokok Mahasiswa

: 2218011071

Program Studi

: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran



1. Komisi Pembimbing

**Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., NS.,
MMR., Ph.D., FISQua**
NIP. 198608022009031001

dr. Muhammad Maulana, Sp. M
NIK. 231804920605101



2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP. 19760120 200312 2 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

: Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., NS.,
MMR., Ph.D., FISQua

Sekretaris

: dr. Muhammad Maulana, Sp. M

Penguji

Bukan Pembimbing : Dr. dr. Dwita Oktaria, M. Pd. Ked., Sp. KKLK

2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 19760120 200312 2 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 30 Januari 2026

LEMBAR PERNYATAAN

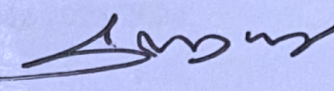
Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul **“HUBUNGAN WAKTU TANGGAP DENGAN KEPUASAN PASIEN TRIASE KUNING DI IGD RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung. Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 30 Januari 2026

Pembuat pernyataan,




Shaeny Putri Amalia

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Tanjung Karang pada tanggal 16 November 2002 sebagai anak tunggal dari pasangan Bapak Yudha Aria Putra, ST dan Ibu Een Musnaini.

Pendidikan formal penulis dimulai di TK Bratasena pada tahun 2007. Penulis kemudian menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SDS Al-Kautsar dan lulus pada tahun 2015. Pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMPN 22 Bandar Lampung pada tahun 2018, dan pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMAN 9 Bandar Lampung pada tahun 2021.

Pada tahun 2022, penulis diterima sebagai Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, penulis aktif dalam kegiatan organisasi kemahasiswaan. Penulis pernah menjabat sebagai anggota Dewan Perwakilan Mahasiswa (DPM) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung periode 2023/2024.

SANWACANA

Puji Syukur kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Waktu Tanggap dengan Kepuasan Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran di Universitas Lampung.

Selama proses penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan saran, bantuan, bimbingan dan kritik dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang mendalam kepada:

1. Allah SWT, atas izin-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked).
2. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., NS., MMR., PhD., FISQua., selaku pembimbing I atas kesediaannya meluangkan waktu, membimbing dengan penuh kesabaran, memberikan ilmu, nasihat, kritik, saran, serta motivasi yang sangat bermanfaat selama proses penyelesaian skripsi ini.
5. dr. Muhammad Maulana, Sp. M., selaku pembimbing II atas kesediaannya meluangkan waktu, membimbing dengan penuhkesabaran, memberikan ilmu, nasihat, kritik, saran, serta motivasi yang sangat bermanfaat selama proses penyelesaian skripsi ini.
6. Dr. dr. Dwita Oktaria, M.Pd. Ked., Sp. KKLP., selaku pembahas yang bersedia
7. menyediakan waktu dan memberikan evaluasi, kritik, saran, dan nasihat yang sangat bermanfaat dalam penyelesaian skripsi ini.

8. Dr. Suharmanto, S. Kep., M.K.M., selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan bimbingan, motivasi, dan nasihat disetiap semester di Fakultas Kedokteran.
9. Seluruh dosen, staf pengajar, dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan wawasan yang telah diberikan kepada penulis sebagai landasan bagi masa depan dan cita-cita.
10. Kedua orangtua yang saya sayangi, papa Yudha Aria Putra, S.T. dan mama Een Musnaini, yang selalu memberikan dukungan, memberikan doa- doa, kasih sayang yang tiada hentinya untuk kelancaran dan kemudahan penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan menyelesaikan skripsi ini.
11. Teman-teman saya tercinta: Resa, Bunga, Maully, Reikha, yang hadir dalam hari-hari penulis. Terima kasih atas bantuan, dukungan, kebahagiaan yang selalu diberikan untuk penulis sampai saat ini.
12. Teman-teman Teletubbies: Aisyah, Kyra, Monique, yang hadir sejak awal pembelajaran di FK Unila. Terimakasih untuk dukungan yang selalu diberikan dan cerita-cerita menyenangkan selama ini.
13. Teman-teman Dewan Perwakilan Mahasiswa khususnya yang selalu menemani dalam menjalankan tugas dan kewajiban saya: Kak Reza, Kak Karis, Apri, Chintya, Evi, Ghazi, Hecitha, Kyra, Michelle, Revo, Orlan, Gita, Adam, Ratu, Regina, Zahra serta adik-adik Legislator Muda. Terimakasih karena telah kebersamai penulis dalam menjalani berbagai kegiatan untuk organisasi, terimakasih untuk semua canda tawa dan dukungan tanpa batas untuk penulis.
14. Teman-teman angkatan 2022 Troops Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan, dukungan, dan kebersamaannya selama proses perkuliahan.
15. Semua pihak yang turut dan membantu, memberikan dukungan serta selalu menemani penulis dalam menjalani penelitian ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
16. Terima kasih kepada diri saya sendiri yang sudah percaya bahwa penulis dapat menyelesaikan pendidikan dengan jalan yang tidak selalu mulus ini, terima kasih sudah menyelesaikan semua hal dengan baik. Terima kasih Shaeny.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan balasan yang berlipat atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Bandar Lampung, 30 Januari 2026

Penulis,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Shaeny Putri Amalia', written in a cursive style.

Shaeny Putri Amalia

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN RESPONSE TIME AND SATISFACTION LEVEL OF YELLOW TRIAGE PATIENTS IN THE EMERGENCY ROOM OF RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK LAMPUNG PROVINCE

By

Shaeny Putri Amalia

Background: The quality of healthcare services is one of the main indicators of hospital performances, which can be measured through response time and patient satisfaction. The wide range of response times for yellow triage patients has the potential to affect patients perceptions and satisfaction levels. This study aims to determine the relationship between response time and satisfaction levels of yellow triage patients in the emergency room.

Methods: This study is an analytic observational quantitative study with a cross-sectional approach. The study population consisted of all yellow triage patients admitted through the emergency room of Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province, with a total sample of 107 respondents selected based on inclusion and exclusion criteria. The study was conducted from November to December 2026. Data were collected through questionnaire based on satisfaction dimensions using consecutive sampling technique, then analyzed using Chi-Square test.

Results: The statistical results of this study showed a significant relationship between response time and the level of satisfaction among yellow triage patients ($p < 0.05$).

Conclusion: There is a significant relationship between response time and the satisfaction level among yellow triage patients in the emergency room of Dr. H. Abdul Moeloek Lampung Province.

Keywords: emergency room, patient satisfaction, response time, yellow triage

ABSTRAK

HUBUNGAN WAKTU TANGGAP DENGAN KEPUASAN PASIENT TRIASE KUNING DI IGD RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG

Oleh

Shaeny Putri Amalia

Latar Belakang: Kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama mutu rumah sakit yang dapat diukur melalui waktu tanggap dan kepuasan pasien. Rentang waktu tanggap pasien triase kuning yang cukup luas berpotensi memengaruhi persepsi dan kepuasan pasien. Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh pasien triase kuning yang masuk melalui IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan jumlah sampel sebanyak 107 responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian dilakukan pada bulan November-Desember 2026. Data dikumpulkan melalui kuesioner berdasarkan dimensi kepuasan dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*, kemudian dianalisis menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil: Hasil statistik penelitian ini didapatkan hubungan signifikan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Terdapat hubungan yang signifikan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Kata kunci: IGD, kepuasan pasien, triase kuning, waktu tanggap

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5
1.4.2 Bagi Pasien.....	5
1.4.3 Bagi Penelitian Selanjutnya	5
1.4.4 Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan	6
1.4.5 Bagi Rumah Sakit	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Rumah Sakit.....	7
2.1.1 Definisi Rumah Sakit.....	7
2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit	7
2.1.3 Fungsi Rumah Sakit.....	8
2.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	9
2.2.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat (IGD).....	9
2.2.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)	10
2.2.3 Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)	10
2.3 Triase	12
2.3.1 Definisi Triase	12
2.3.2 Tujuan Triase	12
2.3.3 Prinsip Triase	13
2.3.4 Jenis Triase	13
2.3.5 Metode Triase	14
2.4 Waktu tanggap	16
2.4.1 Definisi Waktu Tanggap	16
2.4.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Waktu Tanggap	16
2.5 Kepuasan Pasien	17

2.5.1 Definisi Kepuasan Pasien.....	17
2.5.2 Hak Pasien.....	17
2.5.3 Pengukuran Kepuasan Pasien	19
2.5.4 Dampak Kepuasan Pasien	20
2.6 Kerangka Teori	22
2.7 Kerangka Konsep.....	23
2.8 Hipotesis	23
BAB III METODE PENELITIAN.....	24
3.1 Desain Penelitian	24
3.2 Variabel Penelitian.....	24
3.3 Lokasi dan Waktu	24
3.3.1 Lokasi Penelitian.....	24
3.3.2 Waktu Penelitian	24
3.4 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	24
3.4.1 Populasi Penelitian	24
3.4.2 Sampel Penelitian.....	25
3.4.3 Kriteria Sampel	26
3.4.4 Teknik Pengambilan Sampel.....	27
3.5 Definisi Operasional	27
3.6 Instrumen Penelitian.....	29
3.7 Validitas dan Reliabilitas	33
3.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	34
3.9 Pengolahan dan Penyajian Data.....	35
3.9.1 Penyuntingan Data	35
3.9.2 Proses Pengkodean Data	35
3.9.3 Tabulasi	35
3.9.4 Pemrosesan Data	36
3.9.5 Pembersihan Data.....	36
3.10 Analisis Data.....	36
3.10.1 Analisis Univariat	36
3.10.2 Analisis Bivariat	36
3.11 Etika Penelitian.....	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	38
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	38
4.2 Hasil Penelitian.....	39
4.2.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	39
4.2.2 Distribusi Frekuensi Waktu Tanggap Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	40
4.2.3 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Secara Umum di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	40

4.2.4 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.....	41
4.2.5 Analisis Hubungan Waktu Tanggap Dengan Kepuasan Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	45
4.3 Pembahasan	45
4.3.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	45
4.3.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	46
4.3.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	46
4.3.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	47
4.3.5 Gambaran Waktu Tanggap Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	48
4.3.6 Gambaran Umum Kepuasan Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	49
4.3.7 Gambaran Kepuasan Berdasarkan Dimensi Kepuasan Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	52
4.3.8 Analisis Bivariat	62
4.3.9 Keterbatasan Penelitian.....	63
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	64
5.1 Simpulan.....	65
5.2 Saran	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Definisi Lima Dimensi Kepuasan	20
Tabel 3.1 Definisi Operasional	27
Tabel 3.2 Norma Kategorisasi	30
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (n=107)	39
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Waktu Tanggap Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (n = 107)	40
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Secara Umum di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (n = 107)	40
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan (<i>Responsiveness, Assurance, Tangible, Emphaty, Reability</i>) di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (n = 107)	41
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan <i>Responsiveness</i> Pada Butir Pernyataan Kuesioner (n = 107)	42
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan <i>Assurance</i> Pada Butir Pernyataan Kuesioner (n = 107)	42
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan <i>Tangible</i> Pada Butir Pernyataan Kuesioner (n = 107)	43
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan <i>Emphaty</i> Pada Butir Pernyataan Kuesioner (n = 107)	44
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Triase Kuning Berdasarkan Dimensi Kepuasan <i>Realibility</i> Pada Butir Pernyataan Kuesioner (n = 107)	44
Tabel 4.10 Hubungan Waktu Tanggap dengan Kepuasan Pasien Triase Kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (n = 107)	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	22
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	23

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden	81
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden	82
Lampiran 3 Lembar Kuesioner	83
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian	87
Lampiran 5 Etik Penelitian	88
Lampiran 6 Dokumentasi Pengisian Kuesioner Penelitian.....	89
Lampiran 7 Output Analisis Univariat.....	90
Lampiran 8 Analisis Univariat Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Kepuasan	91
Lampiran 9 Analisis Univariat Kepuasan Pasien Berdasarkan Butir Pertanyaan	92
Lampiran 10 Output Analisis Bivariat	94

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama mutu rumah sakit yang dapat diukur melalui kepuasan pasien. Kepuasan pasien didefinisikan sebagai tingkat kesesuaian antara harapan pasien terhadap layanan ideal dan persepsi mereka terhadap layanan yang diterima (Rao et al., 2025). Semakin tinggi kepuasan, semakin optimal pula kualitas pelayanan yang diberikan (Alibrandi et al., 2023). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh kesenjangan antara harapan dan karakteristik layanan yang mereka rasakan (Christoph et al., 2022). Kepuasan yang tinggi mencerminkan pelayanan yang responsif, sedangkan kepuasan yang rendah dapat menurunkan kepercayaan pasien terhadap kualitas layanan dan mengurangi kepatuhan mereka terhadap pengobatan (Virgo, 2018).

Data global yang dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) menunjukkan adanya kesenjangan signifikan antarnegara. Swedia (92,37%), Finlandia (91,92%), dan Norwegia (90,75%) mencatat kepuasan tertinggi, sedangkan Kenya (40,4%) dan India (34,4%) berada jauh di bawah standar (WHO, 2021). Survei yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2025 pada beberapa rumah sakit di Pulau Jawa menunjukkan bahwa kepuasan pasien berada di kisaran 70-85% (Kementerian Kesehatan, 2025). Penelitian di beberapa rumah sakit Provinsi Lampung bahkan melaporkan angka lebih rendah, tepatnya di RSUD Pringsewu yang memiliki kepuasan pasien sebesar 37,7% dan RS Bintang Amin yang memiliki kepuasan pasien sebesar 60,8% (Prihantini et al., 2024; Purwaningrum, 2020). Hal ini membuktikan kepuasan pasien di beberapa rumah sakit Provinsi Lampung belum memenuhi capaian berdasarkan target pencapaian kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan di Indonesia yang ditetapkan menurut Peraturan Kementerian Kesehatan

Republik Indonesia No. 6 tahun 2024 sebesar $\geq 90\%$ (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Kepuasan pasien memiliki dampak luas terhadap keberhasilan pelayanan kesehatan. Studi prospektif dan tinjauan sistematis menunjukkan bahwa pasien yang merasa puas memiliki peluang dua kali lebih besar untuk mengalami peningkatan kualitas hidup, serta berhubungan positif dengan keselamatan pasien, efektivitas klinis, dan kepatuhan terhadap perawatan (Adhikari et al., 2021). Pengalaman pribadi pasien juga menjadi faktor utama dalam menentukan kepuasan, sehingga rumah sakit perlu melibatkan pasien secara aktif dalam pengelolaan masalah kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan (Asamrew, Endris, and Tadesse 2020; Christoph Pryss et al. 2022). (Woo & Choi, 2021) Penelitian yang dilakukan di Korea Selatan juga menunjukkan bahwa kualitas pelayanan medis memiliki hubungan erat dengan kepuasan pasien serta niat pasien untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit. Kepuasan yang tinggi tidak hanya mencerminkan keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang sesuai harapan, tetapi juga menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kepercayaan serta kecenderungan pasien untuk melakukan kunjungan ulang (Woo & Choi, 2021).

Salah satu faktor lain yang memengaruhi kepuasan pasien adalah waktu tanggap (Nyce et al., 2021). Kementerian kesehatan menetapkan durasi waktu tanggap ≤ 5 menit sebagai tolak ukur mutu pelayanan dalam standar instalasi gawat darurat di rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Berdasarkan hal tersebut, waktu tanggap menjadi indikator penting keberhasilan pelayanan, baik dalam kondisi rutin maupun gawat darurat. Lebih dari sekadar memengaruhi persepsi, waktu tanggap terbukti memengaruhi hasil klinis pasien (Damdin et al., 2025). Penelitian menunjukkan bahwa waktu tanggap yang cepat berhubungan positif dengan kepuasan pasien dan keluarga, sedangkan keterlambatan dapat meningkatkan angka kematian dan menurunkan peluang kesembuhan (Chen et al. 2022; Huabbangyang et al. 2022; Ramdani, Kosasih, and Emaliyawati 2025).

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek adalah rumah sakit tipe A yang terletak di Bandar Lampung dan menjadi rumah sakit rujukan tertinggi untuk 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung. Rumah sakit ini memiliki peran strategis sebagai pusat pelayanan kesehatan utama di Provinsi Lampung dengan kapasitas yang semakin berkembang dan telah mengalami pergantian direktur sebanyak 17 kali hingga saat ini. Rumah sakit ini juga berstatus sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sejak tahun 2000, yang memberi fleksibilitas dalam pengelolaan pelayanan dan keuangan (RSUDAM, 2018).

Krismantoro & Siagian, 2023). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada bulan September 2025, menurut data rekam medis, jumlah kunjungan pasien IGD periode Januari-Agustus tahun 2025 mencapai 15.552 pasien. Tingginya angka kunjungan tersebut menjadikan sistem triase sebagai upaya dalam optimalisasi sistem pelayanan gawat darurat khususnya di IGD. Sistem ini menjadi strategi efektif untuk mempercepat penanganan, mengingat waktu tanggap memiliki dampak langsung terhadap kondisi pasien (Ishikawa et al., 2024). Sebagai unit pelayanan pertama di rumah sakit, IGD bertugas memberikan perawatan segera pada pasien dengan kondisi gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan (Kementerian Kesehatan, 2016; Krismantoro & Siagian, 2023).

Pemilihan kategori triase kuning sebagai fokus penelitian ini tidak hanya dimaksudkan untuk melihat secara lebih spesifik salah satu kelompok triase, tetapi juga didasarkan pada karakteristik yang khas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (de Jesus et al., 2021) mengenai penerapan *Manchester Triage System* (MTS) di ruang gawat darurat menunjukkan bahwa sistem triase ini berhasil mengatur distribusi waktu tanggap sesuai dengan tingkat urgensi pasien. Khusus untuk kategori triase kuning, penelitian tersebut menemukan bahwa sebagian besar pasien menerima penanganan dalam batas waktu maksimal 60 menit, yang menjadi standar waktu tanggap yang

direkomendasikan. Hal ini sangat relevan dengan praktik triase di Indonesia, yaitu standar waktu tanggap untuk pasien triase kuning di IGD juga diatur dalam waktu hitungan jam sesuai dengan Peraturan Kementerian Kesehatan nomor 47 tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2018).

Pasien triase kuning juga tercatat sebagai kelompok terbesar dalam sistem triase IGD dengan proporsi 39,7-47% dari keseluruhan pasien (Henricson et al., 2022). Namun, sebagian besar studi sebelumnya lebih banyak meneliti seluruh pasien IGD tanpa melakukan pemisahan berdasarkan kategori triase tertentu (Mutiarasari, Miranti, and Puspasari 2019; Kumaladewi, Prasetyo, and Aziz 2021; Andriani, Safariyah, and Basri 2023). Rentang waktu tanggap pasien triase kuning juga cukup luas, sehingga membuka peluang terjadinya variasi waktu penanganan yang relevan untuk diteliti hubungannya dengan kepuasan pasien (Banoet, 2019).

Berdasarkan uraian di atas, kualitas pelayanan yang baik tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien, tetapi juga mendorong loyalitas pasien untuk kembali menggunakan layanan rumah sakit. Dengan demikian, penelitian lebih lanjut mengenai hubungan waktu tanggap terhadap kepuasan pasien triase kuning dibutuhkan agar dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas keselamatan dan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah:

Apakah terdapat hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk:

1. Mengetahui gambaran karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pendidikan di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2. Mengetahui gambaran waktu tanggap pada pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
3. Mengetahui gambaran umum kepuasan pasien pada pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Mengetahui gambaran kepuasan pasien berdasarkan dimensi kepuasan pada pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai hubungan waktu tanggap dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

1.4.2 Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur untuk melihat kepuasan pasien yang berkaitan dengan hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

1.4.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan baru dalam bidang ilmu pengetahuan, khususnya mengenai waktu tanggap. Selain itu, hasil

penelitian ini juga dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan topik serupa.

1.4.4 Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan, sehingga mampu memberikan pelayanan yang optimal, serta meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan.

1.4.5 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat dengan memastikan waktu tanggap yang cepat dan sesuai dengan standar kompetensi. Penelitian ini juga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan komplikasi, serta meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut (WHO, 2025), rumah sakit merupakan institusi vital dalam sistem kesehatan yang menyediakan layanan berkelanjutan untuk menangani kondisi akut dan kompleks. Sebagai pusat rujukan yang terorganisasi, rumah sakit mengonsentrasikan sumber daya terbatas untuk merespons kebutuhan kesehatan masyarakat secara efisien. Sementara itu, berdasarkan Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan, rumah sakit diartikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang memberikan layanan secara menyeluruh kepada individu, mencakup pelayanan rawat inap, rawat jalan, serta pelayanan kegawatdaruratan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mengemukakan bahwa klasifikasi rumah sakit merupakan pengelompokan kelas rumah sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan. Berdasarkan pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Klasifikasi rumah sakit umum terdiri dari:

- a. Rumah sakit umum kelas A, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.
- b. Rumah sakit umum kelas B, merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
- c. Rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- d. Rumah sakit umum kelas D, rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.

Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri dari:

- a. Rumah sakit khusus kelas A, merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
- b. Rumah sakit khusus kelas B, merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 (tujuh puluh lima) buah.
- c. Rumah sakit khusus kelas C, rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 (dua puluh lima) buah.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki peran dan fungsi yang sangat krusial dalam mendukung pencapaian cakupan kesehatan universal atau *Universal Health Coverage* (UHC) dan tujuan pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDG), serta mendorong pengembangan sistem kesehatan melalui dukungan terhadap penyedia layanan lain, pelayanan berbasis rumah, dan penjangkauan masyarakat. Selain itu, rumah sakit juga menjadi pusat pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian klinis, serta memainkan peran kunci dalam integrasi dan koordinasi pelayanan kesehatan, menjadikannya titik sentral yang berpengaruh dalam kehidupan masyarakat (WHO, 2025).

Rumah sakit juga berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan perseorangan yang bersifat spesialisik dan/atau subspesialisik. Selain itu, rumah sakit juga dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar sebagai bagian dari pelayanannya. Di samping peran pelayanan, rumah sakit dapat menjalankan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. Untuk mendukung kualitas layanan, setiap rumah sakit wajib menerapkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (Undang-Undang Republik Indonesia, 2023).

2.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

2.2.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 47 tahun 2018, Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit pelayanan yang terdapat di rumah sakit yang bertugas memberikan penanganan awal bagi pasien yang datang secara langsung ke rumah sakit, maupun penanganan lanjutan bagi pasien yang dirujuk dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Unit ini melayani pasien yang mengalami sakit atau cedera yang berpotensi membahayakan kelangsungan hidupnya dan memerlukan penanganan medis segera (Kementerian Kesehatan, 2018).

IGD juga merupakan salah satu unit pelayanan yang ada di rumah sakit dan berfungsi sebagai tempat pemberian pertolongan pertama, serta sebagai jalur utama masuknya pasien yang berada dalam kondisi gawat darurat (Nurlina et al., 2019). IGD memiliki karakteristik yang khusus dan kompleks, sehingga harus mampu menyediakan pelayanan selama dua puluh empat jam setiap hari. Layanan yang diberikan oleh IGD disiapkan untuk menangani kasus-kasus kegawatdaruratan secara menyeluruh bagi seluruh masyarakat (Listyani & Oktamianti, 2023).

2.2.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pelayanan Gawat Darurat merupakan bentuk penanganan medis yang harus diberikan secepat mungkin kepada korban atau pasien dengan kondisi kegawatdaruratan, dengan tujuan utama untuk menyelamatkan nyawa serta mencegah terjadinya kecacatan permanen (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Seperti yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 47 tahun 2018 bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyediakan layanan kegawatdaruratan dengan kemampuan minimal sebagai berikut:

- a. Rumah sakit harus memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam setiap hari, termasuk hari libur.
- b. Puskesmas, klinik, dan praktik mandiri dokter, dokter gigi, serta tenaga kesehatan lainnya harus menyediakan pelayanan sesuai jam operasional masing-masing.
- c. Pasien yang datang harus segera ditangani begitu tiba di fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Pelayanan gawat darurat harus disesuaikan dengan kapasitas pelayanan yang tersedia, mencakup tenaga medis, sarana, prasarana, obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
- e. Proses triase wajib dilakukan untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratan, sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh organisasi profesi kedokteran atau pimpinan fasilitas.
- f. Alur masuk bagi pasien dengan penyakit infeksi menular khusus atau yang terpapar bahan berbahaya harus dipisahkan dari pasien lain. Bila tidak tersedia ruang isolasi atau fasilitas dekontaminasi, pasien harus segera dirujuk ke fasilitas yang memiliki sarana tersebut.

2.2.3 Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 47 tahun 2018, klasifikasi pelayanan IGD dibagi menjadi beberapa tingkatan, yaitu:

- a. Pelayanan IGD Tingkat IV ditetapkan sebagai standar minimum bagi rumah sakit kelas A. IGD Tingkat IV menyediakan layanan sebagai

- berikut: melakukan diagnosis dan penanganan terhadap gangguan pada jalur napas (*airway problem*), pernapasan (*breathing problem*), dan sirkulasi darah (*circulation problem*) dengan dukungan peralatan medis yang lebih lengkap, termasuk penggunaan ventilator; mampu melakukan evaluasi gangguan neurologis (*disability*), pemberian obat, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), serta prosedur defibrilasi; menyediakan ruang observasi yang setara dengan *High Care Unit* (HCU) atau ruang resusitasi yang terintegrasi dengan *Intensive Care Unit* (ICU); serta mampu melakukan tindakan bedah darurat (*cito*).
- b. Pelayanan IGD Tingkat III ditetapkan sebagai standar minimum bagi rumah sakit kelas B. IGD Tingkat III menyediakan layanan sebagai berikut: menangani kasus gangguan pada jalan napas (*airway problem*), pernapasan (*breathing problem*), dan sirkulasi (*circulation problem*) dengan bantuan alat medis lengkap termasuk ventilator; melakukan penilaian status neurologis, pemberian obat, EKG, serta tindakan defibrilasi, memiliki fasilitas observasi seperti HCU atau ruang resusitasi; serta menyediakan layanan bedah darurat (*cito*).
- c. Pelayanan IGD Tingkat II ditetapkan sebagai standar minimum bagi rumah sakit kelas C. IGD Tingkat II menyediakan layanan sebagai berikut: melakukan diagnosis dan penanganan terhadap masalah pada jalan napas (*airway problem*), sistem pernapasan (*breathing problem*), serta sirkulasi darah (*circulation problem*); melaksanakan penilaian gangguan neurologis (*disability*), pemberian obat, pemeriksaan EKG, serta prosedur defibrilasi, dengan fasilitas observasi setingkat HCU; serta menyediakan tindakan bedah darurat (*cito*).
- d. Pelayanan IGD Tingkat I ditetapkan sebagai standar minimum bagi rumah sakit kelas D. IGD Tingkat I menyediakan layanan sebagai berikut: melakukan identifikasi dan penanganan awal terhadap masalah pada jalan napas (*airway problem*), sistem pernapasan (*breathing problem*), serta sirkulasi darah (*circulation problem*); serta melaksanakan tindakan stabilisasi kondisi pasien dan memfasilitasi proses evakuasi ke fasilitas yang lebih lengkap apabila dibutuhkan.

2.3 Triase

2.3.1 Definisi Triase

Triase dapat didefinisikan sebagai pemilahan kondisi pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya guna menentukan prioritas pelayanan medis yang sesuai. Proses ini dilakukan dengan mengacu pada prinsip ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment*) untuk memastikan penanganan dilakukan secara cepat dan tepat (Kementerian Kesehatan RI, 2018). (Botrill, *et al.*) dalam (Hamzah et al., 2019) juga mengungkapkan bahwa istilah triase berasal dari bahasa Prancis *trier* yang berarti menyortir atau mengelompokkan. Awalnya, istilah ini digunakan dalam konteks pertanian untuk memilah hasil panen seperti biji kopi atau anggur. Kemudian, konsep ini diadopsi dalam bidang medis, khususnya oleh militer Prancis pada abad ke-18, untuk menentukan prioritas penanganan korban luka di medan perang (Mailita & Rasyid, 2022). Triase merupakan proses untuk menentukan kondisi pasien yang memiliki risiko kematian, kemungkinan mengalami kecacatan, serta potensi memburuknya keadaan klinis pasien (Nggosual et al., 2024).

2.3.2 Tujuan Triase

Gregory dalam (Bazyar et al., 2019) mengungkapkan bahwa sistem triase digunakan oleh individu untuk menentukan kelompok pasien mana yang harus menerima perawatan dan layanan perawatan berdasarkan status klinis mereka, prognosis penyakit, dan sumber daya yang tersedia. Triase juga digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang masih dapat menunggu dengan aman dan mereka yang memerlukan penanganan segera (Hamzah et al. 2019). Triase memungkinkan profesional kesehatan untuk memprioritaskan pasien yang membutuhkan perhatian segera, sehingga meningkatkan kemungkinan hasil klinis yang lebih baik (Liu et al., 2022). Selain itu, tujuan triase dalam konteks bencana adalah untuk memaksimalkan jumlah penyintas dengan mengidentifikasi korban yang memiliki

peluang bertahan hidup lebih besar dan mengoptimalkan sumber daya kesehatan yang terbatas dengan tepat (Purwadi et al., 2021).

2.3.3 Prinsip Triase

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 47 tahun 2018, prinsip dari triase sendiri adalah penerapan sistem prioritas melalui proses penentuan atau penyaringan pasien yang perlu mendapatkan penanganan terlebih dahulu, berdasarkan tingkat ancaman terhadap keselamatan jiwa, yang meliputi:

- a. Ancaman terhadap jiwa yang dapat menyebabkan kematian dalam hitungan menit,
- b. Ancaman jiwa yang berisiko menyebabkan kematian dalam hitungan jam,
- c. Cedera atau trauma ringan,
- d. Pasien yang telah meninggal dunia.

2.3.4 Jenis Triase

Terdapat berbagai jenis sistem triase yang digunakan secara internasional. Menurut (Habib et al., 2016) dalam (Ariyani & Rosidawati, 2020), sistem triase yang paling banyak dikaji antara lain adalah *Australia Triage System* (ATS) yang berasal dari Australia, *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS) yang berasal dari Kanada, *Emergency Severity Index* (ESI) yang berasal dari Amerika Serikat, dan *Manchester Triage Scale* (MTS) yang dikembangkan di Inggris serta banyak diterapkan oleh sebagian besar negara di kawasan Eropa.

Belum ada kesepakatan resmi berkaitan dengan metode triase yang digunakan pada setiap rumah sakit di Indonesia. Akan tetapi, model triase *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) sebagian besar telah diadopsi di rumah sakit dengan mengkategorikan status pasien menurut kegawatdaruratannya (Patimah, 2022). Teknik skrining START melibatkan evaluasi parameter, respirasi, laju pernapasan, perfusi, dan status mental. Korban atau pasien kemudian diberi 1 hingga 4 kategori: 1) Prioritas langsung (merah), yaitu penyakit atau cedera

yang mengancam jiwa; 2) Prioritas tertunda (kuning), penyakit serius tetapi tidak mengancam jiwa; 3) Prioritas lebih rendah (hijau), sedikit yang terluka dan bisa berjalan; 4) Prioritas rendah, meninggal atau terluka parah. Protokol model triase START memungkinkan penolong atau petugas kesehatan menentukan tingkat perawatan dengan cepat untuk memfokuskan sumber daya pada pasien yang butuh intervensi segera (Montagner et al., 2022).

2.3.5 Metode Triase

Pasien yang datang ke fasilitas pelayanan gawat darurat memiliki tingkat kegawatdaruratan yang beragam, yaitu prioritas 1 untuk kondisi yang benar-benar gawat darurat (*true emergency*), prioritas 2 untuk kondisi yang serius namun tidak mengancam jiwa secara langsung (*urgent*), dan prioritas 3 untuk kasus yang tidak tergolong gawat maupun darurat (*false emergency*). Pasien dengan prioritas 1 memerlukan penanganan segera tanpa penundaan, atau yang dikenal dengan *zero minute response* (Kementerian Kesehatan, 2018).

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan nomor 47 tahun 2018, tingkat kegawatdaruratan atau triase ini dikategorikan ke dalam sistem warna berdasarkan prioritas atau penyebab ancaman hidup. Kategori tersebut antara lain:

- a. Kategori merah menunjukkan prioritas tertinggi, yaitu pasien dengan cedera berat yang mengancam nyawa dan memiliki peluang hidup besar jika segera ditangani;
- b. Kategori kuning adalah prioritas kedua, ditujukan untuk pasien yang membutuhkan penanganan medis segera, namun tidak dalam kondisi yang mengancam jiwa secara langsung;
- c. Kategori hijau mencakup pasien dengan cedera ringan yang masih mampu berjalan, membantu dirinya sendiri, atau mencari bantuan;
- d. Kategori hitam digunakan untuk pasien yang telah meninggal atau mengalami cedera parah yang tidak dapat diselamatkan melalui tindakan resusitasi.

Menurut (Wang et al., 2022), prosedur dalam metode START sendiri terdiri dari lima langkah utama, yaitu:

a. Kemampuan Berjalan

Pasien diminta berjalan menjauh ke lokasi tertentu. Pasien yang dapat berjalan ini diberi label *minor* dengan warna hijau dan pasien akan diperiksa ulang setelah perawatan segera setelah pasien yang mengalami luka hingga mengancam nyawa.

b. Bernapas Spontan

Dilakukan pemeriksaan terhadap pernapasan spontan. Apabila pasien tidak memiliki pernapasan spontan setelah jalan napas dibuka atau diposisikan dengan benar, maka pasien tersebut diberi prioritas rendah atau dilabeli dengan warna hitam dan dianggap tidak dapat diselamatkan.

c. Laju Pernapasan

Bila pasien memiliki pernapasan spontan, baik dengan atau tanpa intervensi jalan napas, maka proses triase dilanjutkan dengan pemeriksaan laju pernapasan atau *respiration rate* (RR). Jika RR >30 kali/menit, maka pasien dikategorikan sebagai *immediate* dengan warna merah atau butuh tindakan segera.

d. Perfusi

Bila RR <30 kali/menit, langkah berikutnya adalah menilai perfusi, yaitu dengan memeriksa nadi radial atau menghitung waktu pengisian kapiler (*capillary refill*). Apabila nadi radial tidak teraba atau waktu pengisian kapiler >2 detik, maka pasien dianggap *immediate* dengan warna merah karena menunjukkan tanda sirkulasi yang tidak adekuat.

e. Status Mental

Jika hasil pemeriksaan perfusi normal, maka dilakukan penilaian terhadap status mental sebagai langkah akhir. Pasien yang tidak mampu mengikuti perintah sederhana membutuhkan penanganan segera dan dikategorikan sebagai *immediate* dengan warna merah.

Sedangkan, pasien yang masih mampu mengikuti perintah dianggap memiliki kondisi *delayed* dan diberi label warna kuning.

2.4 Waktu tanggap

2.4.1 Definisi Waktu Tanggap

Waktu tanggap merupakan salah satu indikator mutu pelayanan di IGD (Kementerian Kesehatan, 2018). Definisi dari waktu tanggap sendiri adalah waktu rata-rata sejak pasien tiba di area perawatan setelah proses triase hingga menerima tindakan atau intervensi awal (Ramdani et al., 2025). Pasien dalam kondisi gawat darurat harus ditangani sesegera mungkin (*zero minute response*) setelah tiba di IGD. Berdasarkan hal tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan durasi waktu tanggap ≤ 5 menit sebagai tolak ukur mutu pelayanan dalam standar IGD rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Penanganan yang cepat merupakan bagian dari standar pelayanan umum di IGD rumah sakit (Kementerian Kesehatan, 2018).

2.4.2 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Waktu Tanggap

Menurut (Hidayat et al., 2020), waktu tanggap di IGD dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti:

- a. Keterbatasan jumlah tenaga medis;
- b. Kondisi lingkungan rumah sakit yang kurang mendukung;
- c. Beban kerja yang tinggi menyebabkan terjadinya kelelahan pada tenaga kesehatan, sehingga memperlambat respons terhadap pasien;
- d. Kurangnya pelatihan triase;
- e. Terbatasnya akses terhadap teknologi informasi yang mengakibatkan terhambatnya kecepatan pelayanan.

Waktu tanggap memengaruhi kepuasan pasien (Huabbangyang et al., 2022), sehingga tingginya jumlah kunjungan tahunan rumah sakit dan pola penempatan dokter di area triase yang terbatas pada waktu-waktu tertentu juga menjadi indikator yang berkaitan erat dengan rendahnya persepsi terhadap waktu tanggap dan mutu pelayanan (Reznek et al., 2021).

2.5 Kepuasan Pasien

2.5.1 Definisi Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2022). Dalam hal ini, kepuasan pasien dipandang sebagai penilaian setelah menerima perawatan dan dapat digambarkan sebagai kondisi terkini dari hubungan antara penyedia layanan dan penerima layanan kesehatan (Goodrich & Lazenby, 2023). Kepuasan pasien juga merupakan indikator penting kualitas perawatan kesehatan, memberikan wawasan tentang seberapa baik penyedia layanan kesehatan memenuhi harapan yang paling penting bagi pasien mereka. Secara khusus, bukti empiris menunjukkan hubungan positif antara kepuasan pasien dan kinerja perawatan klinis, seperti lama rawat inap yang lebih pendek, tingkat rawat inap kembali yang lebih rendah, dan kematian yang lebih rendah (Cui et al., 2025).

2.5.2 Hak Pasien

Hak pasien merupakan cakupan aspek hukum dan etika dalam hubungan dokter dan pasien. Kesadaran pasien terhadap hak-hak ini membawa berbagai manfaat, dan dapat memperkuat martabat pasien dengan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan medis (Aljeezan et al., 2022). Berdasarkan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2023) tentang Kesehatan, secara khusus diatur dalam pasal 276, setiap pasien memiliki hak untuk:

- a. Mendapatkan informasi mengenai kesehatan dirinya;
- b. Mendapatkan penjelasan yang memadai mengenai pelayanan kesehatan yang diterimanya;
- c. Mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, standar profesi, dan pelayanan yang bermutu;
- d. Menolak atau menyetujui tindakan medis, kecuali untuk tindakan medis yang diperlukan dalam rangka pencegahan penyakit menular dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah;

- e. Mendapatkan akses terhadap informasi yang terdapat di dalam rekam medis;
- f. Meminta pendapat tenaga medis atau tenaga Kesehatan lain; dan
- g. Mendapatkan hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Hak pasien juga tertuang di dalam (Kementerian Kesehatan, 2018) Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, meliputi:

- a. Mendapatkan informasi yang jelas mengenai tata tertib serta peraturan yang berlaku di rumah sakit;
- b. Mengetahui secara lengkap hak dan kewajiban yang dimilikinya sebagai pasien;
- c. Menerima pelayanan yang manusiawi, adil, jujur, dan bebas dari diskriminasi;
- d. Mendapatkan layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional yang berlaku;
- e. Mendapatkan layanan yang efektif dan efisien agar terhindar dari risiko kerugian fisik maupun materiil;
- f. Mengajukan pengaduan apabila merasa tidak puas dengan kualitas pelayanan yang diterima;
- g. Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai preferensi pribadi dan ketentuan rumah sakit;
- h. Meminta pendapat atau konsultasi dari dokter lain yang memiliki izin praktik, baik dari dalam maupun luar rumah sakit;
- i. Menjamin privasi dan kerahasiaan terhadap penyakit yang diderita, termasuk data medis pasien;
- j. Mendapat informasi yang lengkap mengenai diagnosis, prosedur tindakan medis, tujuan tindakan, alternatif pilihan, potensi risiko dan komplikasi, prognosis, serta estimasi biaya pengobatan;
- k. Memberikan persetujuan atau menolak tindakan medis yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap dirinya;
- l. Didampingi oleh keluarga dalam kondisi kritis;

- m. Menjalankan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing selama tidak mengganggu pasien lain;
- n. Mendapat perlindungan atas keselamatan dan keamanan selama dalam masa perawatan;
- o. Menyampaikan usulan, saran, atau permintaan perbaikan terkait perlakuan rumah sakit terhadap dirinya;
- p. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sejalan dengan agama atau keyakinan yang dianut;
- q. Menggugat atau menuntut pihak rumah sakit secara hukum (perdata maupun pidana) apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar; dan
- r. Menyampaikan keluhan terhadap layanan yang tidak sesuai standar melalui media cetak atau elektronik, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.5.3 Pengukuran Kepuasan Pasien

Pengukuran kepuasan pasien berfungsi sebagai indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan, karena mencerminkan pengalaman nyata pasien terhadap layanan yang diberikan (Cui et al., 2025). *Service Performances* (SERVPERF) adalah metode penyempurnaan dari *service quality* (SERVQUAL). Metode ini tidak membandingkan harapan dan kenyataan, tetapi untuk mengukur persepsi pelanggan terhadap kinerja pelayanan yang diterima (Cronin & Taylor, 1992). Metode ini mencakup lima dimensi yang dikemukakan oleh (Parasuraman et al., 1985) dalam (Izzudin et al., 2021) yaitu, bukti fisik (*tangibles*), keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), empati (*emphaty*), dan jaminan (*assurance*). Metode ini secara efisien memiliki hubungan positif dalam mengukur kebutuhan dan persepsi pelayanan kesehatan pada pasien (Geoffrey et al., 2020). Definisi lebih lanjut dari lima dimensi ini dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Definisi Lima Dimensi Kepuasan

Dimensi	Definisi
<i>Tangibles</i>	Penampilan fisik, peralatan, dan sarana komunikasi
<i>Reability</i>	Kemampuan untuk melakukan pelayanan kesehatan dengan andal dan akurat
<i>Responsiveness</i>	Kesediaan untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat
<i>Assurance</i>	Pengetahuan, keterampilan, dan kesopanan tenaga kesehatan, serta kemampuan untuk meningkatkan kepercayaan pasien
<i>Emphaty</i>	Perhatian individual yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasien

Sumber: Definisi dari lima dimensi pelayanan kesehatan (Cai et al., 2025)

2.5.4 Dampak Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien memainkan peran penting dalam meningkatkan perilaku pasien dari perawatan dan mengurangi biaya perawatan kesehatan. Adapun dampak-dampak dari kepuasan pasien adalah sebagai berikut:

a. Meningkatkan Popularitas/Visibilitas Rumah Sakit Melalui *Word of Mouth* (WOM)

Pasien yang puas dengan layanan kesehatan akan berbagi pengalaman mereka dengan keluarga atau teman. Hal ini secara tidak langsung merupakan bentuk pemasaran bagi rumah sakit yang tidak dikontrol oleh rumah sakit. Informasi yang diperoleh dari mulut ke mulut cenderung lebih efektif dalam menarik minat seseorang untuk mengunjungi tempat layanan (Fannya et al., 2022).

b. Meningkatkan Loyalitas Pasien

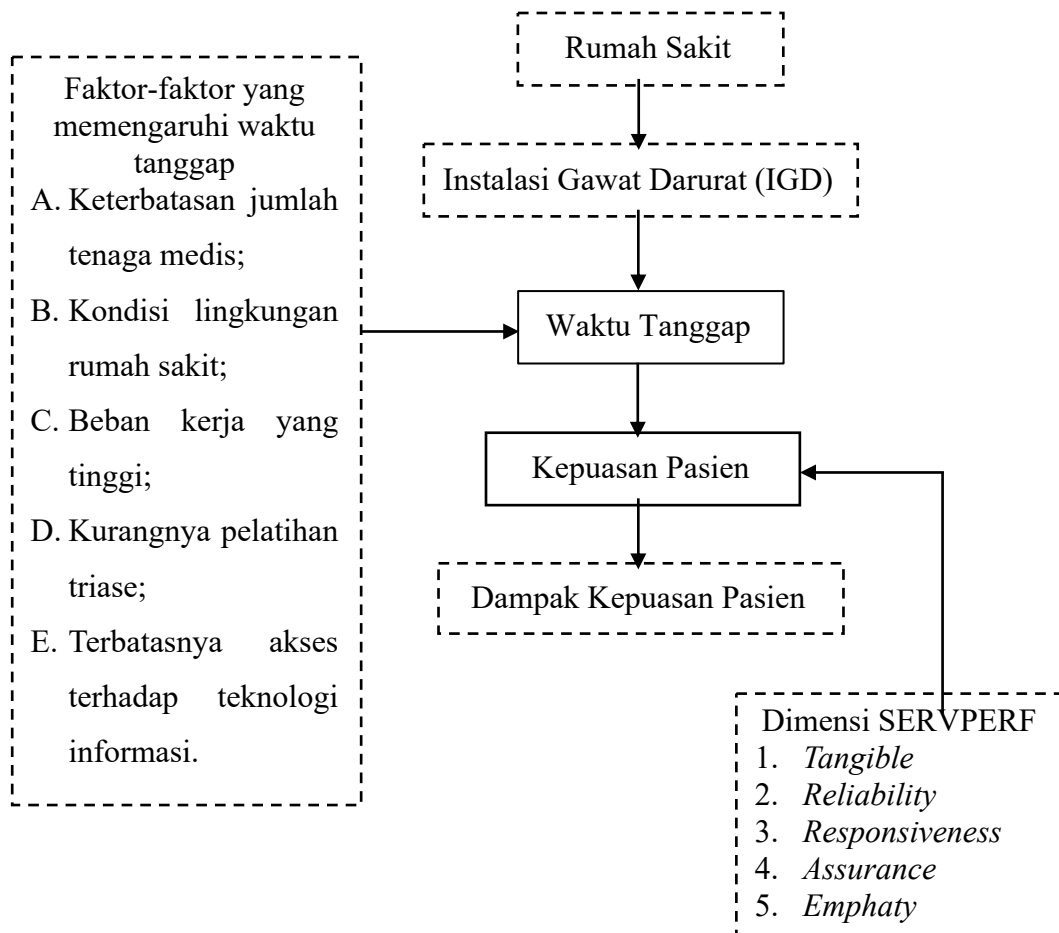
Kepuasan pasien berperan penting dalam membentuk loyalitas, namun hubungan tersebut tidak selalu terjadi secara langsung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan pasien terlebih dahulu meningkatkan rasa percaya terhadap rumah sakit atau tenaga kesehatan, dan kepercayaan inilah yang kemudian memediasi terbentuknya loyalitas jangka panjang. Dengan kata lain, ketika pasien merasa puas dengan layanan yang diterima, mulai dari kualitas pelayanan medis, komunikasi, hingga perhatian terhadap kebutuhan pasien. Pasien akan

memiliki kepercayaan lebih tinggi, yang pada akhirnya mendorong mereka untuk tetap memilih rumah sakit tersebut, merekomendasikannya kepada orang lain, dan tidak mudah berpindah ke penyedia layanan kesehatan lain (Liu et al., 2021).

c. Beperan Dalam Hasil Klinis pasien

Kepuasan yang tinggi juga dapat mengurangi kecemasan pasien, meningkatkan rasa percaya terhadap tenaga medis, serta mendorong kepatuhan terhadap pengobatan. Dengan demikian, hubungan yang baik antara dokter dan pasien yang terbangun melalui interaksi yang positif dapat meningkatkan hasil klinis dalam jangka panjang (Asif et al., 2023).

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: (Cai et al., 2025; Hidayat et al., 2020; Izzudin et al., 2021)

Keterangan:

- > : Berhubungan
 [Dashed Box] : Tidak diteliti
 [Solid Box] : Diteliti

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.8 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

H₀: Tidak terdapat hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

H_a: Terdapat hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian observasional analitik menggunakan pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antara dua variabel atau lebih dengan hanya mengamati tanpa melakukan intervensi pada subjek penelitian (Wang & Cheng, 2020). Setiap subjek penelitian hanya diamati satu kali dan pengukuran variabel dilakukan pada saat pengamatan (Zuleika & Legiran, 2022).

3.2 Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah waktu tanggap sebagai variabel bebas (independen) dan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung sebagai variabel terikat (dependen).

3.3 Lokasi dan Waktu

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November-Desember 2025.

3.4 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi didefinisikan sebagai keseluruhan individu atau objek yang memiliki karakteristik yang sama dan menjadi fokus dalam suatu penelitian tertentu untuk dipelajari dan diambil kesimpulannya (Sharma Raj, 2024). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang masuk

melalui IGD dengan triase kuning pada periode penelitian di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan sebagian dari anggota populasi yang dipilih melalui metode tertentu dengan teknik pengambilan sampel. Sampel harus mampu merepresentasikan kondisi populasi secara keseluruhan, sehingga hasil penelitian yang diperoleh dari sampel dapat dijadikan dasar untuk menarik kesimpulan yang berlaku bagi seluruh populasi (Faiqatul et al., 2025).

Untuk menentukan jumlah sampel yang diambil, maka digunakan rumus *Lemeshow*, yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel

Z : Nilai standar untuk tingkat kepercayaan 95% = 1,96

P : Maksimal estimasi = 0,5

d^2 : *Margin of Error* (10%)

Perhitungan jumlah sampel:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 (1 - 0,5)}{(0,1)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,25}{0,01}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,01}$$

$$n = 96,04 \approx 96$$

(Lwanga & Lemeshow, 1991) Penelitian ini menggunakan rumus dari *Lemeshow* karena populasi yang jumlahnya tidak diketahui dengan pasti

dan dapat berubah-ubah. Selanjutnya, penulis melakukan penambahan sampel sebanyak 10% dari total sampel yang dihitung untuk mengantisipasi *drop out* (Lwanga & Lemeshow, 1991). Jumlah sampel ditambah 10% dengan rumus:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan:

n' : Jumlah sampel setelah ditambah *drop out*

n : Jumlah sampel minimal

f : Perkiraan proporsi *drop out* (10%)

Perhitungan proporsi *drop out*:

$$n' = \frac{96}{1 - 0,10}$$

$$n' = \frac{96}{0,90}$$

$$n' = 106,67 \approx 107$$

Berdasarkan perhitungan di atas, dapat diperoleh sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 96 responden. Kemudian, untuk mengantisipasi kemungkinan *drop out* sebesar 10%, maka jumlah sampel yang digunakan adalah 107 responden.

3.4.3 Kriteria Sampel

Kriteria sampel juga diperlukan di dalam penelitian, kriteria tersebut mencakup kriteria inklusi dan eksklusi.

A. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah syarat-syarat dasar yang harus dipenuhi oleh calon responden agar dapat dimasukkan sebagai subjek dalam suatu penelitian (Pradono et al., 2018). Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Pasien usia dewasa
- b. Pasien IGD dengan triase kuning
- c. Pasien rawat inap yang masuk melalui IGD dengan triase kuning

d. Pasien memiliki kesadaran *Compos Mentis*

B. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dikenal juga sebagai kriteria penolakan, merupakan kondisi tertentu yang membuat subjek yang sebenarnya memenuhi kriteria inklusi tidak dapat dilibatkan dalam penelitian (Pradono et al., 2018). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Pasien yang mengalami perburukan klinis
- b. Pasien/keluarga pasien yang tidak bersedia menjadi responden

3.4.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non-probability sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberikan kesempatan yang setara bagi setiap anggota populasi untuk dipilih sebagai sampel (Makwana et al., 2023). Metode yang digunakan adalah *consecutive sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan cara memilih sampel yang memenuhi kriteria inklusi sampai kurun waktu tertentu hingga jumlah sampel terpenuhi (Kamper, 2020).

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen: Kepuasan Pasien Secara Umum	Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2024).	Kuesioner	0 = Puas (skor $\leq$ median) 1 = Kurang puas (skor $>$ median)	Ordinal
Dimensi Kepuasan: <i>Responsiveness</i>	Daya tanggap tenaga kesehatan	Kuesioner	0 = Puas (skor $\geq$ median) 1 = Kurang puas (skor $<$ median)	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi Operasional (Lanjutan)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<i>Assurance</i>	untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan yang cepat (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025).	Kuesioner	1 = Kurang puas (skor < <i>median</i>)	Ordinal
	Rasa aman dan kepercayaan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan medis (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025)		0 = Puas (skor $\geq$ <i>median</i>) 1 = Kurang puas (skor < <i>median</i>)	
<i>Tangible</i>	Fasilitas fisik, perlengkapan, kebersihan, serta tampilan tenaga kesehatan (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025)	Kuesioner	0 = Puas (skor $\geq$ <i>median</i>) 1 = Kurang puas (skor < <i>median</i>)	Ordinal
<i>Emphaty</i>	Kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan perhatian pribadi, memahami kebutuhan, dan menunjukkan sikap peduli kepada pasien (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025).	Kuesioner	0 = Puas (skor $\geq$ <i>median</i>) 1 = Kurang puas (skor < <i>median</i>)	Ordinal
<i>Reliability</i>	Kemampuan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara akurat dan andal (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025).	Kuesioner	0 = Puas (skor $\geq$ <i>median</i>) 1 = Kurang puas (skor < <i>median</i>)	Ordinal
Independen: Waktu tanggap	Waktu sejak pasien tiba di area perawatan setelah proses triase hingga	Kuesioner	0 = $\leq$ 5 menit 1 = > 5 menit	Ordinal

Tabel 3.3 Definisi Operasional (Lanjutan)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Usia	menerima tindakan atau intervensi awal (Ramdani <i>et al.</i> , 2025). Usia pasien pada saat penelitian	Kuesioner	0 = Dewasa awal (18-40 tahun) 1 = Dewasa madya (41-60 tahun) 2 = Lansia (>60 tahun) (Hurlock, 1993)	Ordinal
Jenis Kelamin	Status gender pasien	Kuesioner	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Pendidikan terakhir pasien	Kuesioner	0 = Tidak Sekolah 1 = SD 2 = SMP 3 = SMA 4 = S1 5 = S2	Ordinal

3.6 Intrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah 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). Peneliti menggunakan kuesioner dalam proses pengumpulan data, yaitu:

3.6.1 Waktu tanggap

Waktu tanggap diukur berdasarkan persepsi pasien dengan instrumen yang berisi satu pertanyaan, dikembangkan dan digunakan oleh (Sriyono, 2024) untuk mengukur waktu tanggap pelayanan di IGD, sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

3.6.2 Kepuasan Pasien

Untuk mengetahui kepuasan pasien, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Kuesioner ini berisi 21 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert*, yaitu alat ukur yang digunakan secara luas dalam penelitian untuk mengukur opini

dan perilaku responden (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga batas data dilaporkan menggunakan *median* (Habibzadeh, 2024). Hal ini didasarkan pada kategorisasi data yang disajikan dalam tabel 3.2.

Tabel 3.4 Kategorisasi

Kategorisasi	Label Kategorisasi
Skor $\geq$ <i>median</i>	Puas
Skor $<$ <i>median</i>	Kurang puas

3.6.3 Dimensi Kepuasan

3.6.3.1 *Responsiveness*

Dimensi *responsiveness* dapat diartikan sebagai daya tanggap petugas atas kesiapan dan kemauan untuk membantu pasien dalam memberikan pelayanan yang cepat (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025). Untuk mengetahui kepuasan pasien pada dimensi ini, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Pada dimensi *responsiveness* terdapat 5 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert* (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji

Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga menurut (Habibzadeh, 2024) batas skor data dilaporkan menggunakan *median*.

3.6.3.2 Assurance

Dimensi *assurance* merepresentasikan rasa aman dan kepercayaan pasien terhadap kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan medis. Hal ini mencakup keahlian profesional, sikap sopan, serta pengetahuan tenaga kesehatan dalam menjelaskan kondisi yang dialami pasien (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025). Untuk mengetahui kepuasan pasien pada dimensi ini, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Pada dimensi *assurance* terdapat 4 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert* (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga menurut (Habibzadeh, 2024) batas skor data dilaporkan menggunakan *median*.

3.6.3.3 Tangible

Dimensi *tangible* merujuk pada penilaian terhadap fasilitas fisik, perlengkapan, kebersihan, serta penampilan tenaga kesehatan (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025). Untuk mengetahui kepuasan pasien pada dimensi ini, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang

kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Pada dimensi *tangible* terdapat 5 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert* (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga menurut (Habibzadeh, 2024) batas skor data dilaporkan menggunakan *median*.

3.6.3.4 *Emphaty*

Dimensi *emphaty* menggambarkan kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan perhatian kepada pasien, memahami kebutuhan, dan menunjukkan sikap peduli selama proses pelayanan berlangsung (Cai et al., 2025; Saragih et al., 2025). Untuk mengetahui kepuasan pasien pada dimensi ini, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Pada dimensi *emphaty* terdapat 5 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert* (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga menurut (Habibzadeh, 2024) batas skor data dilaporkan menggunakan *median*.

3.6.3.5 Reliability

Dimensi *reliability* merupakan kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan layanan yang dijanjikan secara akurat dan andal (Saragih et al., 2025). Untuk mengetahui kepuasan pasien pada dimensi ini, peneliti menggunakan instrumen kepuasan berdasarkan metode *Service Performance* (SERVPERF) yang diadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh (Role, 2024) tentang kepuasan pasien di IGD RS Suaka Insan. Pada dimensi *reliability* terdapat 2 butir pertanyaan dan dijawab dengan menggunakan skala *Likert* (Rokeman, 2024). Setiap butir diberi skor sebagai berikut:

- a. 1 = Sangat Tidak Setuju (STS)
- b. 2 = Tidak Setuju (TS)
- c. 3 = Setuju (S)
- d. 4 = Sangat Setuju (SS)

Pada skala pengukuran kepuasan, penentuan batas skor disesuaikan dengan karakteristik distribusi data. Setelah dilakukan uji Kolmogorov-Smirnov, didapatkan hasil data yang tidak terdistribusi normal, sehingga menurut (Habibzadeh, 2024) batas skor data dilaporkan menggunakan *median*.

3.7 Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner kepuasan berdasarkan SERVPERF milik (Role, 2024) yang terdiri dari 21 pertanyaan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji validitas dari 21 pernyataan dinyatakan valid seluruhnya, nilai r hitung paling tinggi yaitu 0,821 dan nilai r hitung terendah yaitu 0,628. Artinya nilai r hitung $> r$ tabel 0,304. Uji Reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Cronbach's Alpha*. Berdasarkan hasil perhitungan, didapatkan nilai *Cronbach Alpha* sebesar $0,952 > 0,60$ sehingga instrumen yang digunakan dikatakan reliabel. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini telah memenuhi syarat validitas dan reliabilitas yang memadai, serta layak digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit.

3.8 Prosedur Pengumpulan Data

Hal-hal yang harus dipersiapkan dalam tahap ini, antara lain:

- a. Peneliti menentukan sampel dengan jumlah 107 responden. Jumlah ini didapatkan melalui perhitungan menggunakan rumus *Lemeshow* karena jumlah populasi penelitian tidak diketahui dengan pasti.
- b. Pada saat pengumpulan data, peneliti datang ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung untuk menemui calon responden berdasarkan kriteria responden yang telah ditentukan.
- c. Peneliti menjelaskan manfaat dan tujuan penelitian kepada calon responden.
- d. Apabila bersedia menjadi responden, calon responden wajib menandatangani *informed consent*.
- e. Setelah *informed consent* ditandatangani, peneliti melakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan kuesioner.
- f. Jika dalam proses pengisian kuesioner responden merasa kurang jelas dengan pernyataan atau pertanyaan yang terdapat pada kuesioner, responden dipersilahkan untuk bertanya kepada peneliti.
- g. Setelah semua pertanyaan terjawab, lembar kuesioner dikumpulkan dan dilakukan pengecekan kembali oleh peneliti.
- h. Jika terdapat kuesioner yang belum terjawab dengan lengkap, maka peneliti menyerahkan kembali kuesioner kepada responden dan dilakukan pengecekan kembali sampai kuesioner terisi lengkap.
- i. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden karena telah meluangkan waktu mengisi kuesioner dan bersedia menjadi responden.
- j. Setelah selesai melakukan pengumpulan data, peneliti mengatakan kepada pihak RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung bahwa pengumpulan data sudah selesai dilakukan dan mengucapkan terima kasih.
- k. Setelah data terkumpul, selanjutnya peneliti akan melakukan pengolahan dan analisis data.

3.9 Pengolahan dan Penyajian Data

Pengolahan data hasil penelitian ini dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

3.9.1 Penyuntingan Data

Proses penyuntingan data dilakukan dengan memeriksa setiap kuesioner yang telah diisi untuk memastikan bahwa semua data telah lengkap, relevan, dan dapat dibaca dengan jelas. Tujuan dari proses ini adalah untuk menjamin bahwa informasi yang dikumpulkan melalui kuesioner memenuhi standar kualitas yang diperlukan untuk analisis lebih lanjut (Hassenstein & Vanella, 2022).

3.9.2 Proses Pengkodean Data

Coding dalam pengolahan data kuesioner melibatkan pemberian simbol atau kode tertentu yang mewakili komponen data pada setiap jawaban responden (Hassenstein & Vanella, 2022). Tujuan dari langkah ini adalah untuk mempermudah proses analisis data, baik secara manual maupun menggunakan perangkat lunak statistik. Dengan mengonversi data kualitatif menjadi bentuk numerik atau kategorikal, peneliti dapat mengorganisir informasi secara sistematis, mengidentifikasi pola, serta memfasilitasi interpretasi yang lebih efisien (Prihapsari & Indah, 2021). Pemberian kode pada penelitian ini, yaitu:

- A. Waktu tanggap yang terdiri dari:
 - a. Kode 0 : ≤ 5 menit
 - b. Kode 1 : > 5 menit
- B. Kepuasan pasien yang terdiri dari:
 - a. Kode 0 : puas (skor $\geq median$)
 - b. Kode 1 : kurang puas (skor $< median$)

3.9.3 Tabulasi

Tabulasi merupakan proses pengorganisasian data ke dalam bentuk tabel yang sistematis, dengan tujuan untuk mempermudah proses pengolahan dan analisis data. Penyajian ini mencerminkan karakteristik data yang relevan sesuai dengan fokus atau tujuan dari penelitian yang dilakukan (Zhang & Balog, 2020).

3.9.4 Pemrosesan Data

Setelah seluruh isian kuesioner telah dilengkapi dengan benar, tahap berikutnya adalah melakukan pemrosesan data agar dapat dianalisis. Proses ini dilakukan dengan menginput data dari kuesioner ke dalam komputer menggunakan perangkat lunak yang tersedia (Nur & Saihu, 2024).

3.9.5 Pembersihan Data

Pembersihan data merupakan langkah penting dalam analisis dan pengelolaan data yang bertujuan meningkatkan kualitas data dengan mendeteksi dan memperbaiki kesalahan serta ketidakkonsistenan. Proses ini mencakup identifikasi anomali, diagnosis kesalahan, dan penerapan tindakan korektif sebelum dilakukan analisis statistik, sehingga hasil penelitian menjadi lebih akurat dan andal (Sharifnia et al., 2025).

3.10 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan aplikasi analisis data statistik yang dilakukan sebagai berikut:

3.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2018). Analisis univariat dalam penelitian ini memiliki tujuan untuk memberikan deskripsi atau gambaran mengenai karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Dhanam et al., 2021).

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoadmojo, 2018). Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini untuk menguji hipotesis dua kelompok data dengan

skala berbentuk kategori ordinal adalah uji statistik *chi-square* pada tingkat signifikansi 5% ($\alpha = 0,05$). Jika uji *chi-square* tidak memenuhi syarat, maka uji alternatif yang digunakan adalah *fisher exact test* (Setyawan, 2022).

Penentuan hasil analisis dilakukan dengan membandingkan nilai p dengan nilai α sebagai berikut:

- a. Jika nilai yang dihasilkan adalah $p \leq 0,05$, maka kesimpulannya adalah terdapat hubungan signifikan antara variabel independen dan dependen. Dengan kata lain, H_0 ditolak dan H_a akan diterima.
- b. Jika nilai $p > 0,05$, maka kesimpulannya adalah tidak terdapat hubungan signifikan antara variabel independen dan dependen. Dengan kata lain, H_0 diterima dan H_a akan ditolak.

3.11 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian sangat penting untuk memastikan bahwa penelitian ini dilakukan dengan tidak mengabaikan prinsip *autonomy* (menghormati hak dan martabat pasien/responden), *beneficence* (memberikan manfaat), *non-maleficence* (tidak menimbulkan bahaya), dan *justice* (keadilan). Penelitian ini memperoleh persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan nomor surat *ethical clearence* 636/KEPK-RSUDAM/X/2025.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung mengenai hubungan waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD dapat disimpulkan:

1. Karakteristik responden pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menunjukkan 56,1% pasien berjenis kelamin perempuan, 52,3% pasien berada pada kelompok usia dewasa awal (18-40) tahun, 42,2% pasien memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA, dan 47,7% pasien merupakan ibu rumah tangga atau tidak bekerja.
2. Waktu tanggap pelayanan pada pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menunjukkan bahwa 83,2% pasien memperoleh waktu tanggap pelayanan ≤ 5 menit.
3. Dimensi *assurance* menunjukkan tingkat kepuasan sebesar 89,7% dan dalam aspek pengukuran kepuasan pasien, dimensi ini merupakan dimensi dengan kepuasan tertinggi pada pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung yang diukur melalui kuesioner menunjukkan bahwa 71% responden merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan. Meskipun, hasil tersebut masih belum memenuhi standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Terdapat hubungan antara waktu tanggap dengan kepuasan pasien triase kuning di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penelitian Selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan agar dilakukan pada lebih dari satu rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dengan karakteristik yang berbeda, sehingga hasil penelitian yang diperoleh dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif. Perbandingan antar fasilitas juga dapat dilakukan untuk mengidentifikasi praktik terbaik dalam pengelolaan waktu tanggap dan kepuasan pasien.

Peneliti juga disarankan untuk melakukan pengukuran waktu tanggap secara objektif melalui pencatatan waktu berbasis sistem informasi rumah sakit. Pendekatan ini diharapkan dapat melengkapi pengukuran berbasis persepsi pasien yang telah digunakan dalam penelitian ini, sehingga hasil yang diperoleh menjadi lebih akurat. Selain itu, peneliti juga disarankan untuk menggunakan instrumen yang lebih sederhana atau metode pengumpulan data tambahan guna memperkuat objektivitas hasil.

5.2.2 Bagi Pasien

Pasien disarankan untuk berperan aktif dalam menyampaikan pengalaman dan penilaian terhadap pelayanan yang diterima, baik melalui kuesioner penelitian maupun mekanisme pengaduan yang disediakan rumah sakit. Partisipasi aktif pasien dalam memberikan umpan balik sangat penting sebagai sumber informasi langsung bagi rumah sakit untuk menilai kualitas pelayanan dari perspektif pengguna layanan.

Selain itu, keterlibatan pasien dalam menyampaikan pengalaman pelayanan juga dapat mendorong terciptanya hubungan yang lebih terbuka dan kolaboratif antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan. Dengan adanya umpan balik, rumah sakit dapat

melakukan evaluasi dan perbaikan pelayanan secara berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

5.2.3 Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Tenaga medis dan tenaga kesehatan diharapkan dapat mempertahankan capaian positif yang telah diperoleh, terutama pada dimensi *assurance* yang menunjukkan tingkat kepuasan tertinggi. Kompetensi klinis, sikap profesional, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam menumbuhkan rasa aman dan kepercayaan pasien perlu terus dijaga sebagai kekuatan utama pelayanan gawat darurat.

Selain itu, peningkatan kualitas pelayanan juga perlu difokuskan pada *responsiveness tangible, empathy*, dan *reliability*. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui peningkatan komunikasi empatik, konsistensi tindakan pelayanan sesuai standar, serta perhatian terhadap kenyamanan dan kebersihan lingkungan pelayanan. Penguatan aspek komunikasi interpersonal juga diharapkan mampu meningkatkan persepsi positif pasien terhadap pelayanan.

5.2.4 Bagi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Rumah sakit disarankan untuk mengembangkan dan mengoptimalkan sistem informasi IGD yang terintegrasi, khususnya dalam pencatatan waktu tanggap pelayanan pada waktu nyata secara akurat. Sistem ini tidak hanya berfungsi sebagai alat pemantauan kinerja pelayanan, tetapi juga sebagai sarana evaluasi mutu yang mendukung transparansi dan akuntabilitas pelayanan gawat darurat.

Selain itu, rumah sakit juga diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan capaian waktu tanggap pelayanan di IGD melalui optimalisasi sistem triase, penyesuaian distribusi tenaga kesehatan sesuai beban kunjungan, serta pemenuhan sarana dan prasarana pendukung pelayanan di IGD. Upaya perbaikan yang berkelanjutan

diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan secara menyeluruh, sehingga kepuasan pasien dapat terus ditingkatkan dan selaras dengan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, U., Dhivagaran, T., Butt, F. R., Wang, C., Cuvalo, A., Dhivagaran, V., & Hatam, E. (2025). Sociodemographic Variables Associated with Self-Reported Emergency Department Utilization: A Cross-Sectional, Population-Based Analysis. *The Journal of Emergency Medicine*, 75, 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2025.05.028>
- Abdullah, A., Deasy Siregar, S., Susanto, C., Dona Siregar, F., Lestari, V., Bella Azzanjani, A., & Sinamo, S. (2023). Healthcare service quality and inpatient satisfaction among participants of the National Health Insurance-Contribution Assistance Recipients (JKN-PBI) programme. *Buletin Kedokteran & Kesehatan Prima*, 4(1). <https://doi.org/10.34012/bkkp.v4i1.6701>
- Abidova, A., Silva, P. A. da, & Moreira, S. (2025). The role of confidence/trust in the emergency department. *BMC Research Notes*, 18(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07266-4>
- Ackley, A., Olanrewaju, O. I., Oyefusi, O. N., Enegbuma, W. I., Olaoye, T. S., Ehimatie, A. E., Ukpong, E., & Akpan-Idiok, P. (2024). Indoor environmental quality (IEQ) in healthcare facilities: A systematic literature review and gap analysis. *Journal of Building Engineering*, 86, 108787. <https://doi.org/10.1016/j.jobbe.2024.108787>
- Adhikari, M., Paudel, N. R., Mishra, S. R., Shrestha, A., & Upadhyaya, D. P. (2021). Patient satisfaction and its socio-demographic correlates in a tertiary public hospital in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06155-3>
- Alibrandi, A., Gitto, L., Limosani, M., & Mustica, P. F. (2023). Patient satisfaction and quality of hospital care. *Evaluation and Program Planning*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102251>
- Aljeezan, M. K., Altaher, Y. Y., Boushal, T. A., Alsultan, A. M., & Khan, A. S. (2022). Patients' Awareness of Their Rights and Responsibilities: A Cross-Sectional Study From Al-Ahsa. *Cureus*, 14(12), 1–10. <https://doi.org/10.7759/cureus.32854>
- Almahroos, M. W. M., Saeed, S. H. M. A., Alagili Ali Hassan A, Albasha, F. A. I., Almerza, M. M. K., Bazron, H. S. A., Hashem, N. S. H. Al, Abudeeb, A. A. Al, Aljaroudy, H. A. S., & Almurwhen, A. F. A. (2025). Response Time

- Optimization and Its Effect on Patient Outcomes in Prehospital Emergency Services. *International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering*, 11(4). <https://doi.org/10.22399/ijcesen.4129>
- Arifin, N. A. P., Anggraini, R. N., Ardhana, A. P., & Djunawan, A. (2025). Adakah Pengaruh Penanganan Komplain Terhadap Kunjungan Ulang di Rumah Sakit? (Narrative Literature Review). *Jurnal Multidisiplin West Science*, 4(07), 928–937. <https://doi.org/10.58812/jmws.v4i07.2447>
- Ariyani, H., & Rosidawati, I. (2020). *Literature Review: Penggunaan Triase Emergency Severity Index (ESI) di Instalasi Gawat Darurat (IGD)*.
- Asamrew, N., Endris, A. A., & Tadesse, M. (2020). Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. In *Journal of Environmental and Public Health* (Vol. 2020). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2020/2473469>
- Asif, M., Amarat, M., Hussain, A., Wang, P., Wang, Y., & Liu, C. (2023). *Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103819>
- Asiri, M., AlMohimeed, A. S., & Almoneef, M. (2025). Factors Affecting Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Systematic Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.99509>
- Banoet, S. N. (2019). *Efektifitas Penggunaan ATS (Australasian Triage Scale) Modifikasi Terhadap Response Time Perawat di Instalasi Gawat Darurat*.
- Baptiste, D.-L., Turkson-Ocran, R.-A., Han, H.-R., Himmelfarb, C. D., & Commodore-Mensah, Y. (2021). Social Determinants of Emergency Department Visits among Persons Diagnosed with Coronary Heart Disease and Stroke. *Ethnicity & Disease*, 31(1), 41–46. <https://doi.org/10.18865/ed.31.1.41>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: A review study with a worldwide approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>
- Berlyand, Y., Copenhaver, M., White, B., Dutta, S., Baugh, J., Wilcox, S., Yun, B., Raja, A., & Sonis, J. (2022). Impact of Emergency Department Crowding on Discharged Patient Experience. *Western Journal of Emergency Medicine*, 24(2), 185–192. <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.10.58045>
- Cai, Y., Liu, Y., Liu, S., Wang, C., & Jiang, Y. (2025). A cross-sectional study on the relationship between length of stay and patient satisfaction based on the SERVQUAL model. *Scientific Reports*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90176-z>

- Chen, H. A., Hsu, S. T., Hsieh, M. J., Sim, S. S., Chu, S. E., Yang, W. S., Chien, Y. C., Wang, Y. C., Lee, B. C., Huang, E. P. C., Lin, H. Y., Ma, M. H. M., Chiang, W. C., & Sun, J. T. (2022). Influence of advanced life support response time on out-of-hospital cardiac arrest patient outcomes in Taipei. *PLoS ONE*, 17(4 April). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266969>
- Christoph, P. R., Maximilian, J., Reese, J.-P., Winter, M., Kalaja, R., & Krasniqi, M. (2022). *Patient satisfaction with quality of care in public hospitals in Albania*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.925681>
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55. <https://doi.org/10.2307/1252296>
- Cui, J., Du, J., Zhang, N., & Liang, Z. (2025). National Patient Satisfaction Survey as a Predictor for Quality of Care and Quality Improvement – Experience and Practice. *Patient Preference and Adherence*, 19, 193–206. <https://doi.org/10.2147/PPA.S496684>
- Damdin, S., Trakulsrichai, S., Yuksen, C., Sricharoen, P., Suttapanit, K., Tienpratarn, W., Liengswangwong, W., & Seesuklom, S. (2025). Effects of Emergency Medical Service Response Time on Survival Rate of Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients: a 5-Year Retrospective Study. *Arch Acad Emerg Med*, 13(1), 36. <https://doi.org/10.22037/aaemj.v13i1.2596>
- de Jesus, A. P. S., Batista, R. E. A., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., & Okuno, M. F. P. (2021). Evaluation of the Manchester Triage System quality indicator: service time. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>
- Dwairi, T. A. T., Hassan, E. A., Beshay, B. N., & Attia, A. K. N. (2025). Actual versus perceived noise levels among critical care nurses and their related adverse effects: A cross-sectional study. *Nursing in Critical Care*, 30(2). <https://doi.org/10.1111/nicc.13095>
- Faiqatul, M., Halimatus Sa'diyah, Iik Timamah, & Faridatul Jannah. (2025). Essential Components of Quantitative Research: A Guide for Beginner Researchers. *Interdisiplin: Journal of Qualitative and Quantitative Research*, 2(1), 53–62. <https://doi.org/10.61166/interdisiplin.v2i1.63>
- Fannya, P., Putra, D. H., & Dewi, D. R. (2022). The relationship of patient satisfaction level with word of mouth on health services: systematic review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(8), 3293. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20221827>
- Fatonah, S., & Palupi, H. (2020). The Effect of Handling Complaint and Hospital Service Quality on Patient Satisfaction and Loyalty Siti Fatonah, Heny Palupi. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit)*, 9(3). <https://doi.org/10.18196/jmmr.93138>

- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare*, 11(5), 639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
- Fidela, A. N., & Roesardhyati, R. (2026). *Relationship Between Health Care Service Response Time and The Level of Patient Family Satisfaction in The Emergency Center of Bhayangkara Hospital, Class III, Banjarmasin*. <https://banuainstitute.org/JOHE/article/view/172>
- Geoffrey, B.-M., Ma, Zhiqiang, Wang, Atuahene, S. A., Bondzie-Micah, & Victor. (2020). Perceived Service Quality, a Key to Improved Patient Satisfaction and Loyalty in Healthcare Delivery: The Servqual Dimension Approach. *Journal of Health and Medical Sciences*, 3(2), 185–195. <https://doi.org/10.31014/aior.1994.03.02.114>
- Goodrich, G. W., & Lazenby, J. M. (2023). Elements of patient satisfaction: An integrative review. In *Nursing Open* (Vol. 10, Number 3, pp. 1258–1269). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/nop2.1437>
- Habib, H., Sulistio, S., Mukyana, R. M., & Albar, I. A. (2016). *Triase Modern Rumah Sakit dan Aplikasinya di Indonesia*. <https://www.researchgate.net/publication/311715654>
- Habibzadeh, F. (2024). Data Distribution: Normal or Abnormal? *Journal of Korean Medical Science*, 39(3). <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e35>
- Hamzah, A. K., Hussein, W. N., Hussain, H. N., Momani, F., Zghoul, O., Meri, A., Abdulwahhab, Z. T., Jassim, M. H., & Shuwandy, M. L. (2019). A Review on Triaging For Patients in the Emergency Department: Overview, Aims, Guideline, and Challenges. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(14). <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v9-i14/6499>
- Hassenstein, M. J., & Vanella, P. (2022). Data Quality—Concepts and Problems. *Encyclopedia*, 2(1), 498–510. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia2010032>
- Haug, M., Dahm, M., Gewald, H., & Georgiou, A. (2022). *Just Talk to Me – A Qualitative Study of Patient Satisfaction in Emergency Departments* (Vol. 6, pp. 385–389). <https://doi.org/10.3233/SHTI220102>
- Henricson, J., Ekelund, U., Hartman, J., Ziegler, B., Kurland, L., & Björk Wilhelms, D. (2022). Pathways to the emergency department - a national, cross-sectional study in Sweden. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00619-3>
- Hidayat, N., Ahsan, A., Rahayu, M., & Lestari, R. (2020). Response time, waiting time and service quality in emergency department. *International Journal of*

Public Health Science, 9(3), 199–204.
<https://doi.org/10.11591/ijphs.v9i3.20435>

- Huabbangyang, T., Sangketchon, C., Piewthamai, K., Saengmanee, K., Ruangchai, K., Bunkhamsaen, N., Keawjanrit, P., & Tonsawan, R. (2022). Perception and Satisfaction of Patients' Relatives Regarding Emergency Medical Service Response Times: A Cross-Sectional Study. *Open Access Emergency Medicine*, 14, 155–163. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S360114>
- Idahor, C., Ben-Igwenyi, B. E., Okonkwo, U., Femi-Oyewole, O., & Ogbeide, O. A. (2025). Patients' Satisfaction in the Emergency Department: Measurement, Indicators, Factors Influencing Satisfaction, Impact, and Solution. *Cureus*, 17(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.82392>
- Ishikawa, N., Tomita, K., Shimazui, T., Tochigi, Y., & Nakada, T. (2024). Increased number of dispatches in emergency medical services correlates to response time extension. *Acute Medicine & Surgery*, 11(1). <https://doi.org/10.1002/ams2.70017>
- Izzudin, A., Rahim, A., Ibrahim, M. I., Musa, K. I., Chua, S.-L., Yaacob, N. M., & Rahman, M. (2021). *Patient Satisfaction and Hospital Quality of Care Evaluation in Malaysia Using SERVQUAL and Facebook*. 9, 1–18. <https://doi.org/10.3390/healthcare>
- Janerka, C., Leslie, G. D., & Gill, F. J. (2024). Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *International Emergency Nursing*, 74, 101456. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101456>
- Kamper, S. J. (2020). Sampling: Linking evidence to practice. In *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* (Vol. 50, Number 12, pp. 725–726). Movement Science Media. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0704>
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun 2018*.
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022*. www.peraturan.go.id
- Kementerian Kesehatan. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024*.
- Kementerian Kesehatan, R. M. (2025). *Laporan Pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Triwulan I Tahun 2025*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009*.

- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 6 Tahun 2024*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2025). *Kategori Usia*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia>
- Krismantoro, Y., & Siagian, E. (2023). Emergency Response Time Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Berhubungan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Gawat Darurat*, 5, 35–42. <https://doi.org/https://doi.org/10.32583/jgd.v5i1.1226>
- Kulińska, J., Rypicz, Ł., & Zatońska, K. (2022). The Impact of Effective Communication on Perceptions of Patient Safety—A Prospective Study in Selected Polish Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9174. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159174>
- Li, K., Lorgelly, P., Jasim, S., Morris, T., & Gomes, M. (2023). Does a working day keep the doctor away? A critical review of the impact of unemployment and job insecurity on health and social care utilisation. *The European Journal of Health Economics*, 24(2), 179–186. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01468-4>
- Limiri, D. M. (2025). The Impact of Long Wait Times on Patient Health Outcomes: The Growing NHS Crisis. *Premier Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.70389/PJPH.100020>
- Listyani, R., & Oktamianti, P. (2023). *Tren Penelitian Manajemen Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit di Indonesia*. 4(2).
- Liu, N., Xie, F., Siddiqui, F. J., Wah Ho, A. F., Chakraborty, B., Nadarajan, G. D., Kiat Tan, K. B., & Hock Ong, M. E. (2022). Leveraging Large-Scale Electronic Health Records and Interpretable Machine Learning for Clinical Decision Making at the Emergency Department: Protocol for System Development and Validation. *JMIR Research Protocols*, 11(3). <https://doi.org/10.2196/34201>
- Liu, S., Li, G., Liu, N., & Hongwei, W. (2021). The Impact of Patient Satisfaction on Patient Loyalty with the Mediating Effect of Patient Trust. *Inquiry (United States)*, 58. <https://doi.org/10.1177/00469580211007221>

- Long, J., Knowles, E., Bishop-Edwards, L., & O’Cathain, A. (2021). Understanding young adults’ reasons for seeking ‘clinically unnecessary’ urgent and emergency care: A qualitative interview study. *Health Expectations*, 24(4), 1535–1544. <https://doi.org/10.1111/hex.13301>
- Lorenzo, R. Di, Incerti, M., Bandiera, G., Biral, C., Cavana, S., Santo, L. Di, Mele, G., Vanni, C., Rovesti, S., & Ferri, P. (2025). Quality of Professional Life and Empathy of Healthcare Workers in an Emergency Department of General Hospital: A Cross-Sectional Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 18, 3853–3873. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S534164>
- Loving, B. A., Hazy, A. J., Salari, K. F., Ye, H., Sivapalan, S., Oyeniyi, J. F., Rutka, E., & Robertson, J. M. (2024). Socioeconomic disadvantage and its impact on patient satisfaction at a multi-site radiation oncology center. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*, 32, 100276. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2024.100276>
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies : a practical manual*. World Health Organisation.
- Mailita, W., & Rasyid, W. (2022). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Triage di IGD Rumah Sakit Semen Padang Hospital*. 2, 200–216.
- Makwana, D., Engineer, P., Dabhi, A., & Chudasama, H. (2023). *Sampling Methods in Research: A Review*. <https://www.researchgate.net/publication/371985656>
- Malenfant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliative Care*, 21(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>
- Mohan, D. S. R., Jawahir, S., Manual, A., Mutalib, N. E. A., Noh, S. N. M., Rahim, I. A., Hamid, J. A., & Nordin, A. A. (2025). Gender differences in health-seeking behaviour: insights from the National Health and Morbidity Survey 2019. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13020-0>
- Mokhwelepa, L. W., & Sumbane, G. O. (2025). Men’s Mental Health Matters: The Impact of Traditional Masculinity Norms on Men’s Willingness to Seek Mental Health Support; a Systematic Review of Literature. In *American Journal of Men’s Health* (Vol. 19, Number 3). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/15579883251321670>
- Montagner, G., Sousa, K. K. I. de, & Santos, M. V. F. dos. (2022). Acurácia do algoritmo Simple Triage and Rapid Treatment (START) na triagem de acidentes e desastres: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(15), e314111537234. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37234>

- Mosleh, S. M., Alsereidi, A. R., Aldhanhani, A. A., Alnaqbi, H. M., Alhouti, R. S., & Alshehhi, S. S. (2025). A descriptive study on patient satisfaction with waiting time in emergency departments: Insights from hospitals in the Northern Emirates. *International Emergency Nursing*, 78, 101564. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101564>
- Moss, C., Munford, L. A., & Sutton, M. (2022). Associations between inflexible job conditions, health and healthcare utilisation in England: retrospective cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(12), e062942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062942>
- Mutiarasari, D., Miranti, & Puspasari, I. (2019). Response Times and Patient Satisfaction in Emergency Room at Anutapura General Hospital, City of Palu. *Journal of Current Medical Research and Opinion*, 02(05). <https://doi.org/10.15520/jcmro.v2i05.165>
- Nggosual, N., Rante, A., Rasyid, D., & Pratiwi, C. (2024). Analysis of the Application of Emergency Severity Index Toward Patient Triage Response Time In the Emergency Department: Literature Review. In *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia* (Vol. 7, Number 11, pp. 2624–2630). Muhammadiyah Palu University. <https://doi.org/10.56338/mppki.v7i11.6287>
- Noviyani, A., & Viwattanakulvanid, P. (2024). Exploring patients' perspectives on healthcare service quality in outpatient settings at a public hospital in Palembang, Indonesia: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, 10(6), 703–711. <https://doi.org/10.33546/bnj.3594>
- Nur, M. A., & Saihu, M. (2024). Pengolahan Data. In *Jurnal Ilmiah Sain dan Teknologi* (Vol. 2, Number 11).
- Nurlina, D., Rifai, A., & Jamaluddin, J. (2019). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TNI AD Tk Iv 02.07.04 Bandar Lampung Tahun 2017. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(03), 78–88. <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i03.299>
- Nyce, A., Gandhi, S., Freeze, B., Bosire, J., Ricca, T., Kupersmith, E., Mazzarelli, A., & Rachoin, J. S. (2021). Association of Emergency Department Waiting Times With Patient Experience in Admitted and Discharged Patients. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1177/23743735211011404>
- Ohaiba, M. M., Anamazobi, E. G., Okobi, O. E., Aguda, K., & Chukwu, V. U. (2024). Trends and Patterns in Emergency Department Visits: A Comprehensive Analysis of Adult Data From the National Center for Health Statistics (NCHS) Database. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.66059>
- Özdemir, S., Akça, H. Ş., Algin, A., & Kokulu, K. (2020). Health Literacy in The Emergency Department: A Cross-sectional Descriptive Study. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 94–97. <https://doi.org/10.4274/eajem.galenos.2019.38268>

- Pak, A., & Gannon, B. (2021). Do access, quality and cost of general practice affect emergency department use? *National Center for Biotechnology Information*, 4, 504–511. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.003>.
- Patimah, S. (2022). The Efeccectiveness Of Australian Triage Scale System And Start Triage On Light Of Stay (LOS) In Hospital's Emergency Room. In *Healthy Papua, Oktober* (Vol. 2022, Number 2).
- Paul, J. (2024). Healthcare Leadership: How Do We Maximize Patient Satisfaction and Loyalty in Healthcare Facilities? *Medical Research Archives*, 13(1). <https://doi.org/10.18103/mra.v13i1.6256>
- Powers, D., Robinson, S., Berchick, E., Branham, A., Dalzell, L., Dennis, L., Eckerson, K., Gottschalck, A., Motro, J., Posey, J., Verdon, A., & Udalova, V. (2021). *Evaluating the Utility of Emergency Department Encounter Data and Examining Social Determinants of Emergency Department Utilization in Utah*.
- Pradono, J., Hapsari, D., Supardi, S., & Budiarto, W. (2018). Panduan manajemen Penelitian Kuantitatif. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*.
- Prihantini, I. S., Eko, I. S., Rahayu, D., Budiati, E., & Karyus, A. (2024). Analisis Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Jalan RSUD Pringsewu Tahun 2024. *R2J*, 6(5). <https://doi.org/10.38035/rrj.v6i5>
- Prihapsari, D., & Indah, R. (2021). Coding Untuk Menganalisis Data Pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 21(2), 130–135. <https://doi.org/10.24815/jks.v21i2.20552>
- Purwadi, H., Breaden, K., McCloud, C., & Pranata, S. (2021). The SALT and START Triage Systems for Classifying Patient Acuity Level: A Systematic Review. In *Nurse Media Journal of Nursing* (Vol. 11, Number 3, pp. 413–427). Diponegoro University- Department of Nursing, Faculty of Medicine. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i3.37008>
- Purwaningrum, R. (2020). Analisis Mutu Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 7(1).
- Rahayuningsih, L. A. S., & Cahyaningrum, N. (2023). Pengaruh Sikap Empati Tenaga Kesehatan Terhadap Kepuasn Pasien: Meta Analisis. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 13(2), 122–127. <https://doi.org/10.47701/infokes.v13i2.3130>
- Ramdani, D., Kosasih, C. E., & Emaliyawati, E. (2025). Response Time and Influencing Factors Among Emergency Nurses in Indonesian Hospital: A Scoping Review of Current Evidence. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (Vol. 18, pp. 133–145). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S498227>

- Rao, X., Luo, L., Xiang, J., & Wang, X. (2025). The impact of perceived value, customer expectations, and patient experience on the satisfaction of contracted patients in hospitals. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12118-1>
- Rawat, R., Arora, S., Sharma, S. K., & Godiyal, J. (2025). Patient Satisfaction with the Empathic Communication Skills of Nurses at a Tertiary Care Hospital, Uttarakhand. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 21(1), 33–41. <https://doi.org/10.1177/0974150X241299921>
- Reznek, M. A., Larkin, C. M., Scheulen, J. J., Harbertson, C. A., & Michael, S. S. (2021). Operational factors associated with emergency department patient satisfaction: Analysis of the Academy of Administrators of Emergency Medicine/Association of Academic Chairs of Emergency Medicine national survey. *Academic Emergency Medicine*, 28(7), 753–760. <https://doi.org/10.1111/acem.14278>
- Rokeman, N. R. M. (2024). Likert Measurement Scale in Education and Social Sciences: Explored and Explained. *Educatum Journal of Social Sciences*, 10(10), 77–88. <https://doi.org/10.37134/ejoss.vol10.1.7.2024>
- Role, P. Y. (2024). *Gambaran Kepuasan Pasien terhadap Layanan IGD di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Suaka Insan.
- RSUDAM. (2018). *Sejarah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek*. <https://rsudam.lampungprov.go.id/pages/sejarah>
- Saini, R., & Mishra, G. (2024). The Impact of Staff Empathy and Emotional Intelligence on Patient Satisfaction: A Study of Healthcare Quality in Rural Rajasthan. *Journal of Information Systems Engineering and Management*, 9(4), 542–551.
- Saragih, A. Y., Suharyanto, A., & Nasution, C. (2025). Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kecamatan Pagar Merbau Kabupaten Deli Serdang. *Journal of Education, Humaniora and Social Sciences (JEHSS)*, 7(4), 1390–1397. <https://doi.org/10.34007/jehss.v7i4.2661>
- Setyawan, D. A. (2022). *Buku Ajar Statistika Kesehatan Analisis Bivariat Pada Hipotesis Penelitian*.
- Sharifnia, A. M., Kpormegbey, D. E., Thapa, D. K., & Cleary, M. (2025). A Primer of Data Cleaning in Quantitative Research: Handling Missing Values and Outliers. *Journal of Advanced Nursing*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/jan.16908>
- Sharma Raj, L. (2024). Determining an Applicable Sample Size in Research Studies. *International Reasearch Journal of MMC*, 5(5), 29–40. <https://doi.org/https://doi.org/10.3126/irjmmc.v5i4.70641>

- Sriyono. (2024). *Hubungan Antara Response Time Dengan Kepuasan Keluarga di Unit Pelaksana Teknis (UPT) Public Safety Center (PSC) 119 Kota Magelang*.
- Tian, Y. (2023). A review on factors related to patient comfort experience in hospitals. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 42(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00465-4>
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023*.
- Virgo, G. (2018). *Hubungan Response Time Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Bangkinang Tahun 2018*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/jn.v2i1.712>
- Wang, J., Lu, W., Hu, J., Xi, W., Xu, J., Wang, Z., & Zhang, Y. (2022). The Usage of Triage Systems in Mass Casualty Incident of Developed Countries. *Open Journal of Emergency Medicine*, 10(02), 124–137. <https://doi.org/10.4236/ojem.2022.102011>
- Wang, W., Liu, X., Shen, X., Zhang, J., Zhang, F., Liao, L., He, X., & Liu, Y. (2024). Emergency patients' satisfaction with humanistic caring and its associated factors in Chinese hospitals: a multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1414032>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. In *Chest* (Vol. 158, Number 1, pp. S65–S71). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Winnita, V., Winoto, H., Kristen Krida Wacana Jl Tanjung Duren Raya No, U., & Barat, J. (2024). *The Influence Of Patient Trust And Experience On Willingness To Recommend Mediated By Satisfaction*.
- Woo, S., & Choi, M. (2021). Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. *PLoS ONE*, 16(6 June 2021). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252241>
- Zhang, H., Ma, W., Zhou, S., Zhu, J., Wang, L., & Gong, K. (2023). Effect of waiting time on patient satisfaction in outpatient: An empirical investigation. *Medicine*, 102(40), e35184. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035184>
- Zhang, S., & Balog, K. (2020). *Web Table Extraction, Retrieval and Augmentation: A Survey*. 1–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.48550/arXiv.2002.00207>
- Zuleika, P., & Legiran. (2022). Cross-Sectional Study as Research Design in Medicine. *Archives of The Medicine and Case Reports*, 3(2), 256–259. <https://doi.org/10.37275/amcr.v3i2.193>