

**HUBUNGAN *WAITING TIME TRIAGE* DENGAN KEPUASAN PASIEN DI  
IGD RSUD LUBUK BASUNG KABUPATEN AGAM  
TAHUN 2015**

**SKRIPSI**



**OLEH**

**TIKA PERMATA SARI**

**NIM : 11103084105051**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

**HUBUNGAN *WAITING TIME TRIAGE* DENGAN KEPUASAN PASIEN DI  
IGD RSUD LUBUK BASUNG KABUPATEN AGAM  
TAHUN 2015**

**Penelitian Keperawatan Gawatdarurat**

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai  
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Keperawatan**

**OLEH**

**TIKA PERMATA SARI**

**NIM : 11103084105051**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

**Program Studi Ilmu Keperawatan  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT**

**SKRIPSI, Juli 2015**

**TIKA PERMATA SARI  
NIM : 11103084105051**

**Hubungan *Waiting Time Triage* Dengan Kepuasan Pasien Di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015**

**Viii + 46 Halaman + 5 Tabel + 2 Gambar + 5 Lampiran**

**ABSTRAK**

*Waiting Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan (Suhartati et al. 2011). Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu  $\leq 5$  menit. di California telah menetapkan standar waktu tanggap 12 atau 15 menit sejak panggilan darurat diterima untuk penyedia EMS (*Emergency Medical Service*). Didapatkan data kunjungan pasien ke Unit Gawat Darurat pada tahun 2011 tercatat 4628, tahun 2012 tercatat 4847, tahun 2013 sebanyak 5563, pada tahun 2014 meningkat sebanyak 8783 namun meningkatnya jumlah kunjungan pasien yang tidak diikuti dengan peningkatan sarana prasarana yang dapat mempengaruhi *respons time* sehingga dapat memunculkan ketidakpuasan pelayanan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2015 dengan menggunakan metode penelitian *deskriptif korelasi* dan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *accidental sampling*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 85 orang. Pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan lembar kuesioner dan observasi. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 70,6% pelaksanaan *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung tidak efektif, 76,5 % pasien merasa tidak puas terhadap *waiting time triage* di IGD RSUD LubukBasung. Uji statistic *Chi-Square* diperoleh nilai P 0,000 untuk hubungan antara *Waiting time triage* dengan kepuasan pasien. Dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015. Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan bagi rumah sakit dalam menentukan dan menerapkan terapi dan prosedur tindakan yang diberikan khususnya kepada pasien yang membutuhkan penanganan segera.

**Kata Kunci : *Waiting time triage*, kepuasan pasien**  
**DaftarPustaka : 31 (2001-2014)**

***Degree Of Nursing Study Program***

**PERINTIS SCHOOL OF HEALTH SCIENCE**

**SCRIPTION, July 2015**

**TIKA PERMATA SARI**

**NIM: 11103084105051**

***Relation Waiting Time Triage With Hospital Patient Satisfaction At IGD Lubuk Basung in 2015***

***viii + 46 Page + 5 Table + 2 picture+5 Attachment***

**ABSTRACT**

*Waiting Time is the speed in the handling of patients, counted since the patient came to do handling (Suhartati et al. 2011). Response time is good for the patient is  $\leq 5$  minutes. in California has set the standard response time 12 or 15 minutes of an emergency call is received for providers EMS (Emergency Medical Service). Obtained of patient visits to the Emergency Unit in 2011 recorded 4628, the year 2012 was 4847, the year 2013 as many as 5563, the year 2014 increased by 8783 but the increased number of patient visits that are not followed by an increase in infrastructure that could affect the response time that can bring service dissatisfaction. The purpose of this study was to determine the relation of waiting time triage to patient satisfaction in hospitals Lubuk Basung IGD in 2015. This study was conducted in July 2015 by using research methods descriptive correlation and cross sectional approach. Sampling was done by accidental sampling. Samples numbered 85 people. Collecting data in this study using a questionnaire and observation sheet. The result showed as much as 70.6% implementation of triage in the ER waiting time Lubuk Basung ineffective hospitals, 76.5% of patients feel dissatisfied with waiting time triage in hospital emergency Lubuk Basung. Chi-Square statistical test P value of 0.000 was obtained for the relationship between Waiting time triage to patient satisfaction. It can be concluded that  $H_a$  is accepted that there is a relation waiting time triage the patient satisfaction in hospitals Lubuk Basung IGD in 2015. The results of this study are expected to be input for a hospital in defining and implementing treatment and action procedures given in particular to patients who need immediate treatment.*

***Keywords : Waiting time triage, patient satisfaction***

***Bibliography : 31 (2001-2014)***

## HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Tika Permata Sari  
Nomor Induk Siswa : 11103084105051  
Nama Pembimbing 1 : Ns. Muhammad Arif, S.Kep, M.Kep  
Nama Pembimbing 2 : Ns. Aldo Yuliano, S.kep  
Nama Penguji 1 : Ns. Mera Delima, S.Kep, M.Kep  
Nama Penguji 2 : Ns. Muhammad Arif, S.Kep, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat nanti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, Agustus 2015

**Tika Permata Sari**  
**NIM: 11103084105051**

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **I. Identitas Diri**

Nama : Tika Permata Sari  
Tempat/Tanggal Lahir : Tiku/05 Juni 1993  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Tiku, Sumatera Barat  
Jumlah Saudara : 3 (tiga) orang  
Anak Ke : 1 (pertama)  
Alamat : Translok Jorong Ujung Labung Timur, Tiku  
Limo Jorong

### **II. Identitas Orang Tua**

Nama Ayah : Muhammad Rum  
Nama Ibu : Yulia Murni

### **III. Pekerjaan Orang Tua**

Pekerjaan Ayah : Wiraswasta  
Pekerjaan Ibu : Wiraswasta

### **IV. Riwayat Pendidikan**

1999-2005 : SD Negeri 31 Ujung Labung  
2005-2008 : SMP Negeri 3 Lubuk Basung  
2008-2011 : SMA Negeri 1 Lubuk Basung  
2011-2015 : PSIK STIKes Perintis Sumatera Barat

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada penulis, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul **“Hubungan *Waiting Time Triage* dengan Kepuasan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015 ”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan.

Dalam penulisan Skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik :

1. Bapak Yendrizal Jafri S. Kp M. Biomed selaku Wakil Ketua I Stikes Perintis Sumatra Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina S. Kep M. Kep, Sp. Kom selaku Ka. Prodi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Sumatra Barat.
3. Bapak Ns. Muhammad Arif, S. Kep, M. Kep selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan serta saran kepada peneliti sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
4. Bapak Ns. Aldo Yuliano, S . Kep selaku Pembimbing II yang juga telah meluangkan waktunya untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini.
5. Kepada bapak direktur Dr. H. Bakhrizal, MKM dan seluruh staf RSUD Lubuk Basung yang ikut serta membantu dalam mendapatkan data dan pendataan responden.
6. Dosen dan Staf Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti dalam pendidikan.
7. Teristimewa kepada Papa (M. Rum) dan Mama (Yulia Murni), serta adikku (Putri, Torry) tercinta dan buat sahabat-sahabat ku tersayang (Kudin, Peni, Ka ka, Otong, Amhye, Fahmi) yang selalu memberikan semangat dan untuk yang tersayang (Defitra Akmal, S.Kep) yang telah memberikan semangat kepada peneliti baik moril maupun material secara do'a restu dan kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita-cita,

8. Kepada semua teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbang angkatan 2011 yang telah memberikan banyak masukan dan bantuan berharga dalam menyelesaikan proposal ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan peneliti. Untuk itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Skripsi ini.

Akhir kata kepadanya jualah kita berserah diri, semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Khususnya di Bidang Ilmu Keperawatan dan Kesehatan.

Wassalamu'alikum Wr Wb

Bukittinggi, Agustus 2015

Peneliti

Tika Permata Sari



# DAFTAR ISI

## LEMBAR PENGESAHAN

## ABSTRAK

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
-----------------------------	----------

<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iii</b>
-------------------------	------------

<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vi</b>
---------------------------	-----------

<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>vii</b>
----------------------------	------------

<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>viii</b>
------------------------------	-------------

## BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
----------------------------------	---

1.2 Rumusan Masalah .....	6
---------------------------	---

1.3 Tujuan Penelitian .....	6
-----------------------------	---

1.3.1 Tujuan Umum .....	6
-------------------------	---

1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
---------------------------	---

1.4 Manfaat Penelitian .....	6
------------------------------	---

1.4.1 Peneliti .....	6
----------------------	---

1.4.2 Institusi Pendidikan .....	7
----------------------------------	---

1.4.3 Lahan .....	7
-------------------	---

1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	7
------------------------------------	---

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kepuasan .....	9
---------------------------	---

2.1.1 Defenisi .....	9
----------------------	---

2.1.2 Tingkat Kepuasan .....	9
------------------------------	---

2.1.3 Faktor-faktor Penyebab Timbulnya Rasa Tidak Puas.....	10
-------------------------------------------------------------	----

2.1.4 Aspek-Aspek yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien .....	10
-----------------------------------------------------------	----

2.1.5 Pengukuran Kepuasan.....	12
--------------------------------	----

2.2 Triage .....	13
------------------	----

2.2.1 Defenisi .....	13
----------------------	----

2.2.2 Tujuan Triage .....	13
---------------------------	----

2.2.3 Prinsip Triage .....	14
----------------------------	----

2.2.4 Tipe Triage dirumah Sakit .....	15
---------------------------------------	----

2.2.5	Kategori Pengambilan Keputusan .....	16
2.2.6	Klasifikasi Pasien .....	16
2.2.7	Yang Melakukan Fungsi Triage .....	17
2.2.8	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Waktu Tanggap .....	17
2.2.9	Sistem Penilaian Akuitasi Lima Tingkat .....	17
2.2.10	Alur dalam Proses Triage .....	18
2.3	Mutu Pelayanan .....	19
2.3.1	Defenisi Mutu .....	19
2.3.2	Dimensi Mutu .....	20
2.4	Mutu Pelayanan Kesehatan .....	20
2.4.1	Pengukuran Mutu Pelayanan .....	21
2.4.2	Faktor Menentukan Mutu Pelayanan Kesehatan .....	22
2.4.3	Peningkatan Mutu Pelayanan Trilogi Juran .....	24
2.4.4	Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan .....	25
2.5	Manajemen Mutu .....	25
2.6	Pelayanan UGD .....	25
2.6.1	Faktor-faktor Mempengaruhi Mutu Pelayan UGD .....	25
2.6.2	Indikator Mutu Pelayanan UGD.....	26
2.7	Penelitian Terkait .....	27
2.8	Kerangka teori .....	28

### **BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1	Kerangka Konsep .....	28
3.2	Defenisi Operasional .....	29
3.3	Hipotesis .....	29

### **BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1	Desain Penelitian .....	31
4.2	Tempat dan Waktu Penelitian .....	31
4.2.1	Tempat Penelitian .....	31
4.2.2	Waktu Penelitian .....	31
4.3	Populasi dan Sampel .....	32
4.3.1	Populasi .....	32
4.3.2	Sampel .....	32
4.3.3	Sampling .....	33
4.4	Pengumpulan Data .....	33
4.4.1	Alat Pengumpulan Data .....	33

4.4.2	Prosedur Pengumpulan Data .....	34
4.5	Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	34
4.5.1	Pengolahan data .....	34
4.5.2	Teknik Analisa Data .....	36
4.6	Etika Penelitian .....	37
4.6.1	Informed concent .....	37
4.6.2	Anonimity .....	37
4.6.3	Confidentiality .....	38

## **BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1	Hasil Penelitian .....	39
5.1.1	Pelaksanaan Penelitan .....	39
5.1.2	Gambaran IGD Lubuk Basung .....	39
5.1.3	Hasil Analisa Univariat .....	40
5.2	Pembahasan .....	42
5.2.1	Distribusi Frekuensi <i>Waiting Time Triage</i> di RSUD Lubuk Basung ...	42
5.2.2	Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien di RSUD Lubuk Basung .....	44
5.2.3	Hubungan <i>Waiting Time Triage</i> dengan Keppuasan Pasien di IGD ....	45

## **BAB VI PENUTUP**

6.1	Kesimpulan .....	49
6.2	Saran .....	49

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Sistem Penilaian Akuitasi Lima Tingkat .....	17
Tabel 3.1 Defenisi Operasional .....	29
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi waiting time triage dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015 .....	37
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi kepuasan pasien dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015.....	37
Tabel 5.3 Hubungan waiting time triage dengan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015 .....	38

## DAFTAR GAMBAR

### Halaman

2.1 Kerangka Teori .....	27
3.1 Kerangka Konsep .....	28

## **DAFTAR LAMPIRAN**

### **Nomor Lampiran**

Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Format Persetujuan Responden

Lampiran 3 : Kisi-kisi Daftar Kuesioner

Lampiran 4 : Lembar Observasi

Lampiran 5 : Kuesioner Penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang membutuhkan manajemen yang baik agar bisa memberikan pelayanan yang terbaik terhadap kebutuhan pasien (Salamah, 2009). Rumah Sakit sebagai salah satu institusi yang memberikan pelayanan kesehatan, memiliki tanggung jawab yang sama dengan institusi pelayanan kesehatan lainnya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Peran tersebut saat ini makin menonjol mengingat munculnya perubahan-perubahan pola penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta perubahan sosial ekonomi masyarakat. Kesemua faktor tersebut turut mempengaruhi harapan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas (Aditama, 2002).

Berdasarkan undang-undang No.44 tahun 2009, salah satu komponen pelayanan dirumah sakit adalah pelayanan gawat darurat. Rumah sakit khususnya di Unit Gawat Darurat (UGD) memiliki peran sebagai gerbang utama jalan masuknya penderita gawat darurat. Instalasi gawat darurat adalah suatu instalasi bagian rumah sakit yang melakukan tindakan berdasarkan triage terhadap pasien (Musliha, 2010).

*Triage* adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan

prioritas penanganannya. Standar waktu yang lazim disebutkan adalah kira-kira 2 hingga 5 menit per pasien, Travers mengatakan hanya 22% dari standar waktu tersebut yang dipenuhi (Kathleen, 2008).

Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang diperlukan pasien sampai selesai. Waktu tanggap pelayanan dapat di hitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Moewardi, 2003).

Menurut Yoon *et al.*, (2003), faktor internal dan eksternal yang memengaruhi keterlambatan penanganan kasus gawat darurat antara lain karakter pasien, penempatan staf, ketersediaan *stretcher* dan petugas kesehatan, waktu ketibaan pasien, pelaksanaan manajemen dan, strategi pemeriksaan dan penanganan yang dipilih. Hal ini bisa menjadi pertimbangan dalam menentukan konsep tentang waktu tanggap penanganan kasus di IGD rumah sakit. Sebagai acuan bagi daerah dalam mengembangkan pelayanan gawat darurat khususnya di Instalasi Gawat Darurat RS, menteri kesehatan pada tahun 2009 telah menetapkan salah satu prinsip umumnya tentang penanganan pasien gawat darurat yang harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD (Kepmenkes, 2009). Jumlah dan kasus pasien yang datang ke unit gawat darurat tidak dapat diprediksi karena kejadian kegawatan atau bencana dapat terjadi



kapan saja, dimana saja serta menimpa siapa saja. Karena kondisinya yang tidak terjadwal dan bersifat mendadak serta tuntutan pelayanan yang cepat dan tepat maka diperlukan *triage* sebagai langkah awal penanganan pasien di unit gawat darurat dalam kondisi sehari-hari, kejadian luar biasa maupun bencana.

Meningkatnya jumlah kunjungan pasien yang tidak diikuti dengan peningkatan sarana prasarana dapat mempengaruhi *response time* dimana pasien yang datang akan menunggu untuk mendapatkan tempat tidur atau *stretchert*. Sambil menunggu tempat tidur, beberapa pasien terkadang memilih untuk pergi sebelum diperiksa oleh dokter (Kathleen, 2008).

Wilde (2009) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*response time*) bahkan pada pasien selain penderita jantung. Mekanisme *response time*, disamping menentukan keluasan rusaknya organ-organ dalam. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

Berdasarkan data yang didapat dari situs website komunikasi dokter pasien edisi 13 mei 2009, diketahui sekitar 7200 orang berobat ke IGD RS Singapore. Dari penelitian Wa Ode Nur Isnah tahun 2007 tentang faktor yang berhubungan dengan ketepatan waktu tanggap berdasarkan *response time* di IGD RSUP DR Wahidin Sudirohusodo makassar didapatkan data kunjungan pasien ke IGD seluruh indonesia mencapai 4.402.205, sedangkan dari penelitian yang

dilakukan oleh Elia angraini tahun 2012 didapatkan RSUP M. Jamil Padang menyebutkan kunjungan pasien ke IGD sebanyak 2162 pasien.

RSUD Lubuk Basung didapatkan data kunjungan pasien ke Unit Gawat Darurat pada tahun 2011 tercatat 4628, tahun 2012 tercatat 4847, tahun 2013 sebanyak 5563, pada tahun 2014 meningkat sebanyak 8783, kasus yang tertinggi yaitu kecelakaan dengan jumlah 244 dan febris 188.

Salah satu syarat yang paling penting dalam pelayanan kesehatan adalah pelayanan bermutu. Kualitas pelayanan rumah sakit dapat diketahui dari penampilan profesional personil rumah sakit, efisiensi dan efektifitas pelayanan serta kepuasan pasien. Kepuasan pasien ditentukan oleh keseluruhan pelayanan baik pelayanan admisi, dokter, perawat, obat-obatan, sarana dan prasarana, dan lingkungan fisik rumah sakit serta pelayanan administrasi. Suatu pelayanan dikatakan bermutu apabila memberikan kepuasan kepada pasien (Suryawati, 2006).

Kepuasan Pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagian akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkan (Pohan, 2006).

Kepuasan pasien berhubungan dengan mutu pelayanan rumah sakit dengan mengetahui tingkat kepuasan pasien, manajemen rumah sakit dapat melakukan peningkatan mutu pelayanan (Depkes RI, 2007). Kepuasan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan mencakup beberapa dimensi yaitu sarana, prasarana, kelancaran komunikasi, ketepatan (Resnani dalam Aulia Rika, 2014).

Penelitian Otani dkk tahun 2007 di rumah sakit metropolitan St Louis mid-Missouri di Amerika Serikat tentang kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien didapat hasil 50% pasien tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan di Unit Gawat Darurat. Menurut Stuart (2007) yang dikutip oleh Suryani (2010:2) menjelaskan penelitian di Amerika Serikat tentang kepuasan pelayanan pasien di UGD dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 orang pasien yang berkunjung ke UGD, diketahui enam orang (60%) mengeluhkan tentang pelayanan perawatan yang diberikan tidak sesuai dengan harapan, waktu tunggu yang relatif lama dan fasilitas/alat yang ada serta pegawai yang masih kurang. Sementara empat orang lainnya (4%) mengatakan ketidakpuasannya mengenai obat yang diberikan relatif lama dan memiliki proses yang rumit.

Hasil penelitian dari Mardiana (2012) meneliti tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di RSUD Padang Panjang didapat hasil 39% menyatakan bahwa pasien kurang puas dengan pelayanan keperawatan yang diterima pasien karena merasa kurangnya mendapatkan informasi secara lengkap, perawat kurang tanggap, 61% pasien menyatakan merasa cukup puas terhadap pelayanan keperawatan yang di lakukan oleh perawat.

Dari hasil survey jumlah perawat yang bertugas di IGD RSUD Lubuk Basung sebanyak 13 perawat, setiap shif ada 2 - 3 perawat yang bertugas ditambah satu orang dokter. Di ruang IGD sendiri masih banyak peralatan yang kurang seperti termometer, tensimeter, EKG, bengkok dan sebagainya, keterbatasan jumlah tenaga kerja dan peralatan dapat mempengaruhi ketidak

maksimalan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sehingga dapat mempengaruhi kepuasan pasien dalam menerima layanan kesehatan.

Hasil wawancara peneliti dengan pasien di IGD yang masing-masing ditanyakan ”menurut anda bagaimana pelayanan yang didapatkan di IGD saat ini cepat atau lambat?”. 4 dari pasien menyatakan bahwa saat tiba di IGD tidak langsung dilayani, 3 pasien menyatakan “dibiarkan menunggu” sedangkan 3 pasien lainnya menyatakan mendapatkan pelayanan langsung saat tiba di IGD.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam tahun 2015.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah yang diteliti adalah apakah ada hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Diketahui distribusi frekuensi *waiting time triage* di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015.
- 2) Diketahui distribusi frekuensi kepuasan pasien di Unit Gawat darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015.

- 3) Mengetahui hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015.

## **1.4 Manfaat penelitian**

### 1.4.1 Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti tentang riset keperawatan khususnya tentang *waiting time triage* dengan kepuasan pasien serta mengaplikasikan ilmu yang peneliti dapatkan di bangku kuliah.

### 1.4.2 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan khususnya bagi mahasiswa keperawatan dan pendidik untuk lebih memahami *waiting time triage* di Unit Gawat Darurat,

### 1.4.3 Lahan

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi rumah sakit khususnya perawat yang berada di ruangan Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung untuk memahami tentang *waiting time triage* dan untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan di IGD.

## **1.5 Ruang lingkup penelitian**

Penelitian ini membahas tentang *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam Tahun 2015. Variabel independennya adalah *waiting time triage* yang meliputi waktu tanggap, tepatnya tindakan, sedangkan variabel dependennya adalah kepuasan pasien yang meliputi layanan, kenyamanan. Penelitian ini yang menjadi populasi

adalah seluruh pasien dengan triage kuning dan triage hijau yang datang ke IGD RSUD Lubuk Basung. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat. Sampel yang akan diambil, dengan *accidental sampling*. Instrumen penelitian di gunakan dalam penelitian ini adalah kusioner, wawancara, dan observasi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli tahun 2015 di RSUD Lubuk Basung.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KEPUASAN**

##### **2.1.1 Defenisi Kepuasan**

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. (Nursalam, 2011).

Kepuasan pasien adalah merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Dimana penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis, dan pengaruh lingkungan waktu itu. (Sabarguna, 2004)

Kepuasan pasien di defenisikan sebagai respon terhadap ketidakpuasan atau puasnya pasien terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien. (Rangkuti, 2003).

Kepuasan Pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperoleh nya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkan. (Pohan, 2006).

##### **2.1.2 Tingkat Kepuasan**

Tingkat kepuasan menurut Djoko Wijono (2000):

1. Bila penampilan kurang dari harapan. Pelanggan tidak puas
2. Bila penampilan sebanding dengan harapan. Pelanggan puas
3. Bila penampilan melebihi harapan. Pelanggan sangat puas.

Tingkat kepuasan menurut kebutuhan Abraham Maslow:

1. Sangat puas : 76%-100%
2. Puas : 46%-75%
3. Tidak puas : 40%-45%
4. Sangat tidak puas : < 40%

### **2.1.3 Faktor-faktor yang Menyebabkan Timbulnya Rasa Tidak Puas**

- a. Tidak sesuai harapan dan kenyataan
- b. Layanan selama proses menikmati jasa tidak memuaskan
- c. Perilaku personel kurang memuaskan
- d. Suasana dan kondisi fisik lingkungan yang tidak menunjang
- e. Cost terlalu tinggi, karena jarak terlalu jauh, banyak waktu terbuang dan harga tidak sesuai
- f. Promosi/iklan tidak sesuai dengan kenyataan (Nursalam, 2011)

### **2.1.4 Aspek-Aspek yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien**

Menurut Pohan (2007), ada beberapa aspek - aspek yang mempengaruhi kepuasan pelanggan atau pasien :

- a. Kesembuhan.
- b. Ketersediaan obat Rumah Sakit.
- c. Kebersihan Rumah Sakit.
- d. Mendapat informasi yang menyeluruh.
- e. Mendapat jawaban yang dapat di mengerti terhadap pertanyaan pasien, artinya pasien mengerti jawaban yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap pertanyaan yang diajukannya.
- f. Memberikan kesempatan bertanya artinya apakah petugas memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.



- g. Penggunaan bahasa daerah, apakah petugas menggunakan bahasa daerah dalam melayani pasien.
- h. Kesenambungan petugas kesehatan, apakah setiap kali pasien datang kerumah sakit akan dilayani petugas kesehatan yang sama.
- i. Waktu tunggu yaitu waktu yang diperlukan sebelum kontak dengan petugas kesehatan.
- j. Tersedianya toilet artinya apakah Rumah Sakit terdapat toilet yang dapat digunakan oleh pasien dan airnya tersedia.
- k. Tersedianya tempat duduk untuk pasien pada ruang tunggu.

L Barry dan pasuraman “*Marketing servis competin through quality*” (New york Freepress 1991) yang dikutip Kotler (2000) mengidentifikasi lima kelompok karekteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas jasa layanan antara lain:

- a. *Tangible* (kenyataan), yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan materi komunikasi yang menarik.
- b. Empati, yaitu kesedian karyawan dan pengusaha memberikan perhatian secara pribadi kepada konsumen.
- c. Cepat tanggap, yaitu kemauan dari karyawan dan pengusaha untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan dari konsumen.
- d. Keandalan, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya dan akurat dan konsisten.

- e. Kepastian, yaitu berupa kemampuan karyawan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah dikemukakan kepada konsumen (Nursalam, 2011).

### **2.1.5 Pengukuran Kepuasan**

Menurut (Pohan, 2007) pengumpulan data survey kepuasan pasien dapat dilakukan dengan berbagai cara dan umumnya dilakukan melalui wawancara dan kuesioner.

Menurut Kotler (1994) dalam (Depkes RI 2003) ada beberapa metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan yaitu:

- a. Sistem keluhan dan saran

Memberikan kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan atau saran, misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar dan lain-lain.

- b. *Shopping gost*

Untuk memperoleh gambaran kepuasan pelanggan dengan mempekerjakan beberapa orang untuk berperan sebagai pembeli dan juga dapat mengamati setiap keluhan .

- c. *Lost customer analisis*

Dengan menghubungi kembali pelanggan yang telah berhenti dan memahami kenapa itu terjadi .

- d. Survei kepuasan pelanggan

Dengan melakukan survei kita dapat memperoleh tanggapan langsung dari pelanggan .

## **2.2 TRIAGE**

### **2.2.1 Defenisi *Triage***

*Triage* adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya. (Kathleen dkk, 2008).

*Triage* adalah suatu proses penggolongan pasien berdasarkan tipe dan tingkat kegawatan kondisinya. (Zimmermann dan Herr, 2006).

*Triage* adalah suatu tindakan pengelompokan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan pada airway (A), breathing (B), dan circulation (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. (Kartikawati, 2014)

### **2.2.2 Tujuan *Triage***

- a. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa.
- b. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya.
- c. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
- d. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

### 2.2.3 Prinsip *Triage*

#### a. **Triage harus cepat dan tepat**

Kemampuan untuk merespon secara cepat, terhadap keadaan yang mengancam nyawa merupakan suatu yang sangat penting pada bagian kegawatdaruratan.

#### b. **Pemeriksaan harus adekuat dan akurat**

Akurasi keyakinan dan ketangkasan merupakan suatu element penting pada proses pengkajian.

#### c. **Keputusan yang diambil berdasarkan pemeriksaan**

Keamanan dan keefektifan perawatan pasien hanya dapat direncanakan jika ada informasi yang adekuat dan data yang akurat.

#### d. **Memberikan intervensi berdasarkan keakutan kondisi**

Tanggung jawab utama dari perawat *triage* adalah untuk memeriksa secara akurat pasien, dan memberikan perawatan yang sesuai pada pasien, termasuk intervensi terapeutik, prosedur diagnostic, dan pemeriksaan pada tempat yang tepat untuk perawatan.

#### e. **Kepuasan pasien tercapai**

- 1) Perawat *triage* harus melaksanakan prinsip diatas untuk mencapai kepuasan pasien.
- 2) Perawat *triage* menghindari penundaan perawatan yang mungkin akan membahayakan kesehatan pasien atau pasien yang sedang kritis.

- 3) Perawat *triage* menyampaikan support kepada pasien, keluarga pasien, atau teman. (*Department Emergency Hospital Singapore, 2009*).

#### 2.2.4 Tipe Triage Dirumah Sakit

a. **Tipe1: *Traffic director or non nurse***

Petugas yang melakukan triage bukan staf berlisensi seperti asisten kesehatan. Staf melakukan pengkajian visual secara cepat dan bertanya apa keluhan utama. Hal ini tidak berdasarkan standar dan tidak ada atau sedikit dokumentasi.

b. **Tipe 2: *Spot Check Triage atau Advanced Triage***

Staf yang berlisensi seperti perawat atau dokter melakukan pengkajian cepat termasuk latar belakang dan evaluasi subjektif atau objektif. Biasanya tiga kategori keakutan pasien digunakan. Meskipun penampilan dari tiap profesional pada triage bervariasi bergantung dari pengalaman dan kemampuan.

c. **Tipe 3: *Comprehensive Triage***

Tipe ini merupakan sistem *advanced* dari triage di mana staf mendapat pelatihan dan pengalaman *triage*. Kategori keakutan termasuk 4 atau 5 kategori. Tipe ini juga menulis standar atau protokol untuk proses *triage* termasuk tes diagnostik, penatalaksanaan spesifik, dan evaluasi ulang dari pasien. Dokumentasi juga harus dilakukan. (Kartikawati, 2014)

### 2.2.5 Kategori Pengambil Keputusan

a. Kedaruratan (merah)

Memerlukan resusitasi mayor atau tindakan intervensi segera untuk menghindari kematian atau disabilitas permanen.

b. *Urgen* (kuning)

Memerlukan tindakan yang cepat, tetapi tidak harus segera, kelambatan sampai 2 jam tidak akan menimbulkan kematian ataupun cacat ekstremitas.

c. *Nonurgen* (hijau)

Dapat dengan aman menunggu sampai lebih dari 2 jam tanpa Pasien dapat diklasifikasikan meningkatkan morbiditas atau mortalitas. (Kathleen, 2008)

### 2.2.6 Klasifikasi Pasien

a Korban krisis atau immediate diberi label merah/kegawatan yang mengancam nyawa (prioritas 1). Kriteria pengkajian sebagai berikut:

- 1) Respirasi >30 x menit.
- 2) Tidak ada nadi radialis
- 3) Tidak sadar atau penurunan kesadaran

b Delay atau tertunda diberi label kuning/kegawatan yang tidak mengancam nyawa dalam waktu dekat (prioritas2). Kriteria pengkajian sebagai berikut:

- 1) Respirasi <30 x menit
- 2) Nadi teraba
- 3) Status mental normal

- c Korban terluka yang masih dapat berjalan diberi label hijau/tidak terdapat kegawatan/penanganan dapat ditunda (prioritas 3).
  - d Meninggal diberi label hitam atau tidak memerlukan penanganan.
- (Kartikawati, 20014)

### **2.2.7 Yang Melakukan Fungsi Triage di UGD**

ENA memberikan kualifikasi perawat yang mempunyai kapasitas dan kewenangan untuk melakukan *triage* sebagai berikut:

- a. *Registered Nurse* (RN)/perawat berlisensi dengan pengalaman diruang gawat darurat minimal enam bulan.
  - b. Mengikuti pendidikan formal *triage* dengan supervisi
  - c. Pernah mengikuti kursus *Advance Cardiac Life Support*.
  - d. Pernah mengikuti kursus *emergency pediatric/kegawatdaruratan*.
  - e. Pernah mengikuti kursus *Trauma Nursing Core Courses*.
- ( Kartikawati, 2014)

### **2.2.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Waktu Tanggap**

- a Jumlah tenaga kerja yang bertugas
- b Beban kerja
- c Fasilitas (Watkins, 2013)

### **2.2.9 Sistem Penilaian Akuitas Lima-Tingkat**

Sepuluh persen UGD menggunakan sistem akuitasi lima-tingkat yang kini juga digunakan di Australia, Kanada, dan Inggris:

**Tabel 1.1 Triage Australia dan Skala Akuitasnya**

Tingkat	Waktu perawatan
Sangat mengancam hidup.	Langsung
Sedikit mengancam hidup	10 menit
Berisiko mengancam hidup	30 menit
Darurat	60 menit
Biasa	120 menit

**Tabel 1.2 Triage Kanada dan Skala Akuitasnya**

Tingkat	Waktu untuk perawat	Waktu untuk dokter
Resusitasi	Langsung	Langsung
Gawat darurat	Langsung	<15 menit
Darurat	<30 menit	<30 menit
Biasa	<60 menit	<60 menit
Tidak gawat	<120 menit	<120 menit

**Tabel 1.3 Triage Inggris dan Skala Akuitasnya**

Tingkat	Warna	Waktu
Langsung	Merah	0 menit
Gawat darurat	Orange	10 menit
Darurat	Kuning	60 menit
Standar	Hijau	120 menit
Biasa	Biru	240 menit

(Kartikawati., 2014)

#### **2.2.10 Alur dalam Proses Triage**

- a. Pasien datang diterima petugas atau paramedis UGD.
- b. Diruang *triage* dilakukan anamnese dan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatannya oleh perawat.



- c. Bila jumlah penderita atau korban yang ada lebih dari 50 orang, maka *triage* dapat dilakukan di luar ruang triage (di depan gedung IGD ).
- d. Penderita dibedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna:
  - 1) Korban kategori *triage* merah dapat langsung diberikan pengobatan diruang tindakan UGD.
  - 2) Korban dengan *triage* kuning yang memerlukan tindakan medis lanjut dapat dipindahkan keruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori triage merah selesai ditangani.
  - 3) Korban dengan kategori *triage* hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka korban dapat diperbolehkan untuk pulang.
  - 4) Korban kategori *triage* hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. (Rowles, 2007).

## **2.3 Mutu Pelayanan**

### **2.3.1 Defenisi Mutu**

Mutu adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur, dan pemeliharaan di mana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan (Dr. Armand V. Feigenbaum)

Mutu adalah gambaran total sifat dari suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (*American Society for Quality Control*).

Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements*-Philip B. Crosby, 2000).

### **2.3.2 Dimensi Mutu**

Zeithmalh, dkk (1999) menyatakan bahwa dalam menilai kualitas jasa/pelayanan, terdapat sepuluh ukuran kualitas jasa/pelayanan, yaitu :

- 1) *Tangible* (nyata/berwujud)
- 2) *Reliability* (keandalan)
- 3) *Responsiveness* (Cepat tanggap)
- 4) *Competence* (kompetensi)
- 5) *Access* (kemudahan)
- 6) *Courtesy* (keramahan)
- 7) *Communication* (komunikasi)
- 8) *Credibility* (kepercayaan)
- 9) *Security* (keamanan)
- 10) *Understanding the Customer* (Pemahaman pelanggan)

### **2.4 Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu Pelayanan Kesehatan adalah penampilan yang pantas dan sesuai (yang berhubungan dengan standar-standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk

menghasilkan dampak pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan dan kekurangan gizi (Milton I Roemer dan CMontoya Aguilar, WHO, 1988).

Arti Mutu Pelayanan Kesehatan dari beberapa sudut pandang yaitu:

1. Pasien, Petugas Kesehatan dan Manajer

Mutu merupakan fokus sentral dari tiap upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan.

2. Pasien dan Masyarakat

Mutu pelayanan berarti suatu empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan mereka diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung.

3. Petugas Kesehatan

Mutu pelayanan berarti bebas melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik.

4. Kepuasan Praktisioner

Suatu ketetapan “kebagusan” terhadap penyediaan dan keadaan dari pekerja praktisioner, untuk pelayanan oleh kolega-kolega atau dirinya sendiri.

#### **2.4.1 Pengukuran Mutu Pelayanan**

Menurut Donabedian, mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel, yaitu:

1. Input adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi, dan informasi.

2. Proses adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat).

Interaksi profesional selalu memperhatikan asas etika terhadap pasien, yaitu:

- a. Berbuat hal-hal yang baik (*beneficence*) terhadap manusia khususnya pasien, staf klinis dan nonklinis, masyarakat dan pelanggan secara umum.
  - b. Tidak menimbulkan kerugian (*nonmaleficence*) terhadap manusia.
  - c. Menghormati manusia (*respect for person*) menghormati hak anatomi, martabat, kerahasiaan, berlaku jujur, terbuka, empati.
  - d. Berlaku adil (*justice*) dalam memberikan layanan.
3. *Output/outcome* adalah hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan, yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen termasuk kepuasan dari konsumen. Tanpa mengukur hasil kinerja rumah sakit/keperawatan tidak dapat diketahui apakah input dan proses yang baik telah menghasilkan output yang baik pula.  
(Nursalam, 2012)

#### **2.4.2 Faktor-Faktor yang Menentukan Mutu Pelayanan Kesehatan:**

- 1) Kelayakan adalah tingkat dimana perawatan atau tindakan yang dilakukan relevan terhadap kebutuhan klinis pasien dan memperoleh pengetahuan yang berhubungan dengan keadaannya.
- 2) Kesiapan adalah tingkat dimana kesiapan perawatan atau tindakan yang layak dapat memenuhi kebutuhan pasien sesuai keperluannya.

- 3) Kesenambungan adalah tingkat dimana perawatan atau tindakan bagi pasien terkoordinasi dengan baik setiap saat, diantara tim kesehatan dalam organisasi
- 4) Efektifitas adalah tingkat dimana perawatan atau tindakan terhadap pasien dilakukan dengan benar, serta mendapat penjelasan dan pengetahuan sesuai dengan keadaannya, dalam rangka memenuhi harapan pasien.
- 5) Kemanjuran adalah tingkat dimana perawatan atau tindakan yang diterima pasien dapat diwujudkan atau ditunjukkan untuk menyempurnakan hasil sesuai harapan pasien.
- 6) Efisiensi adalah ratio hasil pelayanan atau tindakan bagi pasien terhadap sumber-sumber yang dipergunakan dalam memberikan layanan bagi pasien.
- 7) Penghormatan dan perhatian adalah tingkat dimana pasien dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan dirinya. Berkaitan dengan hal tersebut perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan pasien serta harapan-harapannya dihargai.
- 8) Keamanan adalah tingkat dimana bahaya lingkungan perawatan diminimalisasi untuk melindungi pasien dan orang lain, termasuk petugas kesehatan.
- 9) Ketepatan waktu adalah tingkat dimana perawatan atau tindakan diberikan kepada pasien tepat waktu sangat penting dan bermanfaat.

### 2.4.3 Peningkatan Mutu Pelayanan Menurut Trilogi Juran

Mekanisme peningkatan mutu pelayanan menurut Trilogi Juran adalah sebagai berikut:

1. *Quality Planning*, meliputi:

- b. Menentukan pelanggan.
- c. Menentukan kebutuhan pelanggan.
- d. Mengembangkan gambaran produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan.
- e. Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan produk sesuai dengan gambaran produk.
- f. Mentrasfer rencana menjadi kebutuhan pelaksanaan.

2. *Quality Control*, meliputi:

- a. Mengevaluasi kinerja produk saat ini.
- b. Membandingkan kinerja sesungguhnya dengan tujuan produk
- c. Melaksanakan atau memperbaiki perbedaan.

3. *Quality Improvement*, meliputi:

- a. Mengembangkan infrastruktur.
- b. Mengidentifikasi proyek peningkatan mutu.
- c. Membentuk tim mutu.
- d. Menyiapkan tim dengan sumber daya dan pelatihan serta motivasi untuk mendiagnosis penyebab, menstimulasi perbaikan, dan mengembangkan pengawasan untuk mempertahankan peningkatan.

#### **2.4.4 Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan**

Pada umumnya untuk meningkatkan mutu pelayanan ada dua cara:

1. Meningkatkan mutu dan kualitas sumber daya, tenaga, biaya, peralatan, perlengkapan dan material
2. Memperbaiki metode atau penerapan teknologi yang dipergunakan dalam kegiatan pelayanan.

#### **2.5 Manajemen Mutu**

Menurut, Philip B. Crosby, ada “empat hal yang mutlak (absolut)” menjadi bagian integral dari manajemen mutu, yaitu bahwa :

1. Definisi mutu adalah kesesuaian terhadap persyaratan (*The definition of Quality is conformance to requirements*)
2. Sistem mutu adalah pencegahan (*The system of quality is prevention*)
3. Standar penampilan adalah tanpa cacat (*The performance standard is Zero Defects*)
4. Ukuran mutu adalah harga ketidaksesuaian (*The measurement of quality is the price of nonconformance*)

#### **2.6 Pelayanan Unit Gawat Darurat**

##### **2.6.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan UGD**

- 1) Ketersediaan sumber daya manusia
- 2) Ketersediaan fasilitas dan peralatan
- 3) Ketersediaan sarana pendukung
- 4) Ketersediaan sistem kendali mutu
- 5) Ketersediaan fasilitas pendidikan dan pelatihan Pelayanan Unit  
Pelayanan Gawat Darurat ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan.

### **2.6.2 Indikator Mutu Pelayanan IGD**

Untuk mengendalikan mutu pelayanan Unit Gawat Darurat, maka perlu dilakukan upaya secara terus menerus menilai kemampuan dan hasil pelayanan instalasi / unit gawat darurat. Dengan kriteria :

- 1) Ada data dan informasi mengenai :
  - a. jumlah kunjungan
  - b. kecepatan pelayanan ( *respon time* )
- 2) instalasi/Unit Gawat Darurat harus menyelenggarakan evaluasi terhadap pelayanan kasus gawat darurat sedikitnya satu kali dalam setahun.
- 3) Instalasi/Unit Gawat Darurat harus menyelenggarakan evaluasi terhadap kasus – kasus tertentu sedikitnya satu kali dalam setahun.

### **2.7 Penelitian Terkait**

Penelitian Otani dkk tahun 2007 di rumah sakit metropolitan St Louis mid-Missouri di Amerika Serikat tentang kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien didapat hasil 50% pasien tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan di Unit Gawat Darurat. Menurut Stuart (2007) yang dikutip oleh Suryani (2010) menjelaskan penelitian di Amerika Serikat tentang kepuasan pelayanan pasien di UGD dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 orang pasien yang berkunjung ke UGD, diketahui enam orang (60%) mengeluhkan tentang pelayanan perawatan yang diberikan tidak sesuai dengan harapan, waktu tunggu yang relatif lama dan fasilitas/alat yang ada serta pegawai yang masih kurang. Sementara empat orang lainnya (4%) mengatakan ketidakpuasannya



mengenai obat yang diberikan relatif lama dan memiliki proses yang rumit.

Penelitian yang dilakukan oleh Krisnanda tahun 2001 di RSUD Palembang dengan judul dimensi pelayanan gawat darurat dengan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat, didapatkan hasil 53,8% pasien mengatakan kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan, dimana perawat kurang sopan dalam memberikan pelayanan dan kurangnya *respon time*.

Penelitian yang dilakukan oleh Elia anggraini tahun 2011 di RSUP M.Djamil Padang dengan judul hubungan faktor-faktor kepuasan pasien dengan kualitas pelayanan keperawatan di ruangan *triage* IGD, diperoleh hasil sebanyak 50% pasien tidak puas dengan pelayanan yang diberikan perawat.

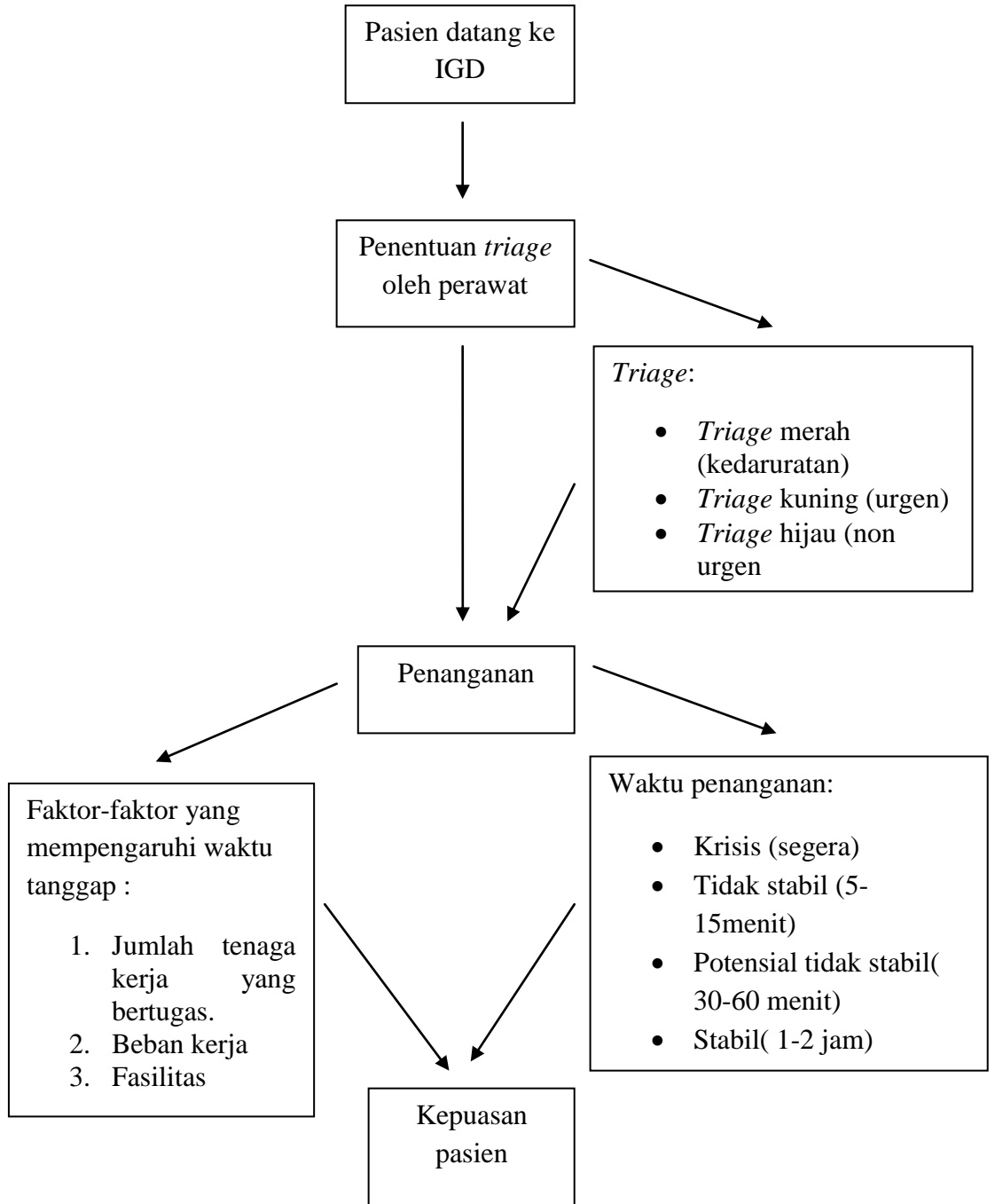
Hasil penelitian dari Mardiana (2012) meneliti tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan di RSUD Padang Panjang didapat hasil 39% menyatakan bahwa pasien kurang puas dengan pelayanan keperawatan yang diterima pasien karena merasa kurangnya mendapatkan informasi secara lengkap, perawat kurang tanggap, 61% pasien menyatakan merasa cukup puas terhadap pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

Berdasarkan hasil penelitian dari Rika aulia (2014) tentang hubungan keperawatan gawat darurat dengan tingkat kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSSN Bukittinggi di dapatkan hasil 70% menyatakan pelayanan keperawatan gawat darurat baik dan 30% menyatakan kurang baik.

## 2.8 Kerangka Teori

Skema 2.1

### Kerangka Teori



Inklusi teori: Kathleen S.Oman(2008), Dewi kartikawati N(2014).

## BAB III

### KERANGKA KONSEP

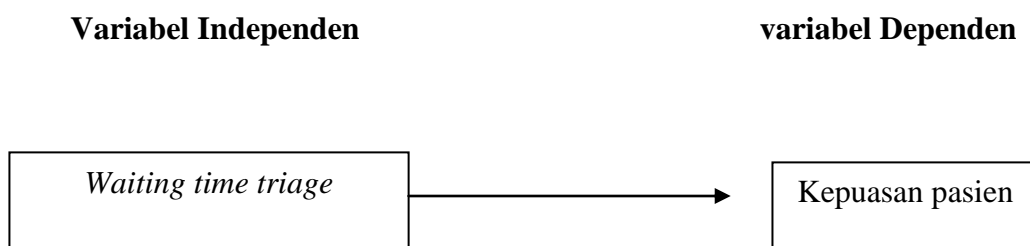
#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan formulasi dari teori-teori yang mendukung penelitian, yang terangkum dalam variabel independent dan variabel dependent. Variabel independent adalah variabel bebas, sedangkan variabel dependent adalah variabel terikat yang dapat dingaruhi oleh variabel independent (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini yang menjadi variabel independent yaitu *waiting time triage*, dan yang menjadi variabel dependent adalah kepuasan pasien di unit gawat darurat.

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini tergambar pada skema berikut:

#### Skema 3.1

#### Kerangka Konsep



### 3.2 Defenisi Operasional

Tabel 3.1

Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	<u><i>Independen</i></u> <i>Waiting time triage</i>	Waktu tunggu pasien untuk di tangani oleh perawat di ruang Unit Gawat Darurat	Lembaran observasi	Observasi	1= Tidak efektif Skor < 5,34  2= Efektif Skor ≥ 5,34	Ordinal
2	<u><i>Dependen</i></u> Kepuasan pasien	Pernyataan puas dan tidak puas pasien terhadap waktu tunggu yang panjang untuk ditangani oleh perawat di Unit Gawat Darurat	Pedoman Wawancara	Wawancara	1= Tidak puas Skor < 29,16  2= Puas Skor ≥ 29,16	Ordinal

### 3.3 Hipotesis

Ha: Adanya hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di Unit

Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung Kab. Agam tahun 2015

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif kolerasi* yaitu penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Hidayat, 2008). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersamaan (Notoatmojo, 2002). Penelitian dilakukan terhadap variabel yang diduga berhubungan, yaitu *waiting time triage* dengan kepuasan pasien, dimana pengumpulan data dilakukan sekaligus pada waktu yang sama.

#### **4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

##### **4.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Lubuk Basung karena letak RSUD Lubuk Basung dipusat kota, hanya terdapat 1 RSUD dikota Lubuk Basung, dari point di atas dapat diambil kesimpulan bahwa RSUD Lubuk Basung menjadi tujuan utama pelayanan kesehatan di kota Lubuk Basung, dan masih banyaknya keluhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit di Lubuk Basung.

##### **4.2.2 Waktu Penelitian**

Tahap persiapan dilakukan mulai pada bulan Mei-Juni 2015. Pada tahap persiapan ini peneliti melakukan penyusunan skripsi dengan melakukan studi awal dan studi kepustakaan. Tahap pelaksanaan penelitian yang dilakukan

pada bulan Juli 2015. Pada tahap ini peneliti mengumpulkan data penelitian melalui penyebaran kuesioner. Selanjutnya setelah proses pengumpulan data penelitian selesai, maka dilanjutkan tahap penyusunan laporan sesuai dengan kalender pendidikan yang telah ditentukan.

### **4.3 Populasi dan Sampel**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi merupakan keseluruhan objek yang menjadikan pusat perhatian penelitian dan tempat untuk menggeneralisasi temuan penelitian. (B.Sandjaja, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang datang ke IGD RSUD Lubuk Basung, dengan rerata pasien sebanyak 8783 pertahun dan 566 perbulan tahun 2014.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

n : Besar sampel

N : Besar populasi

d : Tingkat kepercayaan / derajat ketepatan yang diinginkan 0,1

(Notoatmodjo 2005, p. 92)

Jumlah sampel pada penelitian ini dapat dihitung sebagai berikut :

$$n = \frac{566}{1 + 566 (0.1^2)}$$

n= 84,9 digenapkan menjadi 85 orang

Adapun kriteria inklusi adalah:

- a. Pasien yang datang ke IGD RSUD Lubuk Basung dengan *triage* kuning dan hijau.
- b. Bisa berkomunikasi secara lisan dan tulisan.
- c. Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah:

- a. Pasien dengan *triage* merah
- b. Tidak bisa berkomunikasi secara lisan dan tulisan

### **4.3.3 Sampling**

Sampel pada penelitian ini diambil secara *accidental sampling*, yaitu sampel yang ada pada saat penelitian dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

## **4.4 Pengumpulan Data**

### **4.4.1 Alat Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan alat ukur pengumpulan data melalui wawancara terpimpin dengan panduan kuesioner dan lembaran observasi. Lembaran kuesioner merupakan alat ukur yang berisikan daftar pertanyaan yang diberikan kepada pasien yang berkaitan dengan *waiting time triage* dan kepuasan pasien di IGD RSUD Lubuk Basung Tahun 2015.

#### **4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data**

- a. Peneliti melakukan observasi pada pasien yang datang, sesuai dengan kriteria inklusi
- b. Peneliti memperhatikan pelayanan yang diberikan oleh perawat dan mengisi lembar observasi.
- c. Setelah tindakan selesai peneliti mendatangi responden tersebut.
- d. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan untuk dapat bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- e. Jika pasien setuju dijadikan sample dalam penelitian ini, peneliti mengajukan lembaran persetujuan (informed consent) untuk ditandatangani.
- f. Peneliti melakukan wawancara terpimpin dengan panduan kuisoner terkait dengan pelayanan di IGD Lubuk Basung.
- g. Lembaran kuesioner diisi dan diperiksa selengkapnya.
- h. Peneliti akan mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih pada responden atas kerjasamanya.

#### **4.5 Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

##### **4.5.1 Pengolahan Data**

- a. Mengedit (*Editing*)

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir/ kuesioner, apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah :

- a) Lengkap yaitu semua pernyataan sudah terisi jawabannya.
- b) Jelas yaitu jawaban pernyataan tulisannya sudah cukup jelas terbaca.
- c) Relevan yaitu jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pernyataan.



d) Konsisten yaitu antara beberapa pernyataan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

b. Mengkode data (*coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul pada setiap pernyataan dalam kuesioner untuk memudahkan pengolahan data. *Coding* bertujuan untuk mempermudah pada saat analisis dan mempercepat pemasukan data yaitu pemberi kode. Pada penelitian untuk variabel waiting time triage, maka pengkodean yang sesuai pada kategorinya “tidak efektif” = 1 dan “efektif”= 2. Variabel kepuasan, maka pengkodean “tidak puas”= 1 dan “Puas”= 2.

c. Memasukkan data (*entry*)

Setelah kuesioner terisi penuh dan benar, dan telah melewati pengkodean, kemudian data dianalisa. Data diproses dengan cara memasukan data dari kuesioner ke paket program komputer yaitu dengan program windows.

d. Pembersihan data (*cleaning*)

Membersihkan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut mungkin terjadi pada saat kita mengentry data ke komputer. Cara yang dapat dilakukan dalam pembersihan data yaitu mengetahui missing data dengan melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel penelitian ini. Mengetahui variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel pada penelitian ini dan mengetahui konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010).

e. Proses (*Prosesing*)

Pada tahap ini pengolahan data dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan program komputerisasi.

f. Pengolahan data (*Tabulating*)

Hasil pengolahan data dimasukkan kedalam tabel.

(Notoatmodjo, 2010)

#### 4.5.2 Teknik Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan menggunakan analisis distribusi frekuensi dan statistik deskriptif untuk melihat dari variabel independen yaitu *waiting time triage* dan variabel dependennya kepuasan pasien. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran tentang sebaran (distribusi frekuensi), tendensi sentral (mean) dari masing-masing variabel. Variabel tersebut menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P : Nilai responden

F : Frekuensi atau jumlah yang benar

N : Jumlah responden

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang ditunjukkan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan uji statistik *Ch-Square test*.

Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batasan kemaknaan 0,05 sehingga jika  $p \leq 0,05$  maka hasil hitungan tersebut “bermakna” dan jika  $p > 0,05$  maka secara statistik disebut “tidak bermakna”. Pengolahan data dilakukan dengan sistem komputerisasi.

## **4.6 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut (Hidayat, 2009) masalah etika dalam penelitian ini meliputi:

### **4.6.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)**

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian. Jika responden menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

### **4.6.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)**

Merupakan masalah etika dalam penelitian dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi inisial tertentu.

#### **4.6.3 Confidentiality (Kerahasiaan)**

Merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian yang berjudul “Hubungan *Waiting Time Triage* dengan Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015” ini dilaksanakan pada tanggal 20 Juli 2015.

Adapun responden dalam penelitian ini sebanyak 85 orang pasien yang datang ke IGD RSUD Lubuk Basung. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan angket dan wawancara. Hasil penelitian ini dianalisis dengan analisa univariat dan analisa bivariante. Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi *Waiting Time Triage* dan Kepuasan Pasien. Sedangkan analisa bivariante untuk melihat hubungan *waiting time triage* dengan kepuasan pasien. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dengan menggunakan sistem komputerisasi.

##### **5.1.2 Gambaran IGD Lubuk Basung**

Diruang IGD Rumah Sakit IGD Lubuk Basung terdapat perawat yang berjumlah 13 orang, dalam satu shift yang bertugas sebanyak 2-3 orang perawat, 1 orang standby dan satu dokter jaga. Hal ini tidak sebanding dengan jumlah pasien yang datang di IGD Lubuk Basung.

Di ruang IGD Lubuk Basung terdapat sarana dan prasarana seperti 1 ruang tunggu, nurse station, 2 ruang penanganan (tidak ada ruang khusus

triage), 5 buah bed, 2 brankar, 2 termometer, 2 tensi meter, 3 bengkok, 2 bak instrumen, 2 stetoskop, dll.

### 5.1.3 Hasil Analisa Univariat

5.1.3.1 Distribusi Frekuensi *Waiting Time Triage* di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Frekuensi *Waiting Time Triage* di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015**

<i>Waiting Time Triage</i>	F	%
Tidak efektif	60	70,6
Efektif	25	29,4
Total	85	100

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa sebagian besar atau sebanyak 70,6% pelaksanaan *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung tidak efektif.

5.1.3.2 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015**

Kepuasan	F	%
Tidak Puas	65	76,5
Puas	20	23,5
Total	85	100

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa sebagian besar atau sebanyak 76,5 % pasien merasa tidak puas terhadap *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung.

5.1.3.3 Hubungan *Waiting Time Triage* dengan Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015

**Tabel 5.4**  
**Hubungan *Waiting Time Triage* dengan Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015**

<i>Waiting Time Triage</i>	Kepuasan Pasien				Total		P	OR
	Tidak puas		Puas					
	F	%	F	%	f	%		
Tidak efektif	53	88,3	7	11,7	60	100	0,00	8,202
Efektif	12	48	13	52	25	100		
Total	65	76,5	50	23,5	65	100		

Berdasarkan tabel 5.4 ditunjukkan bahwa pelaksanaan *waiting time triage* yang tidak efektif yaitu sebanyak 60 responden, 88,3% responden yang pelaksanaan *waiting time triage*nya tidak efektif mengatakan tidak puas, dan 11,7 % mengatakan puas. Pada pelaksanaan *waiting time triage* yang efektif sebanyak 52% mengatakan puas terhadap pelayanan *waiting time triage* dan 48% mengatakan tidak puas dengan pelayanan *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,00$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di IGD. Nilai OR didapatkan 8,202 maknanya *waiting time triage* yang efektif mempunyai peluang 8,202 kali terhadap kepuasan pasien.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Distribusi Frekuensi *Waiting Time Triage* di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa sebagian besar atau sebanyak 70,6% pelaksanaan *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung tidak efektif.

Menurut Moewardi (2003) Waktu tanggap pelayanan merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba didepan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan atau respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan yaitu waktu yang di perlukan pasien sampai selesai.

Salah satu indikator keberhasilan penanggulangan medik penderita gawat darurat adalah kecepatan memberikan pertolongan yang memadai kepada penderita gawat darurat baik pada keadaan rutin sehari-hari atau sewaktu bencana. Keberhasilan waktu tanggap atau *response time* sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit (Haryatun dan Sudaryanto, 2008).

*Waiting Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan (Suhartati et al. 2011). Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu  $\leq 5$  menit. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009). Berbeda dengan di Amerika di mana tidak ada undang-undang federal mengenai waktu tanggap. Waktu tanggap hanya diatur melalui kesepakatan kontrak antara penyedia *Emergency Medical Service (EMS)* dengan subdivisi politik yang menetapkan waktu



tanggap kemudian di tetapkan menjadi peraturan. Misalnya di California yang telah menetapkan standar waktu tanggap 12 atau 15 menit sejak panggilan darurat diterima untuk penyedia EMS swasta (Ludwig, 2004).

Hal ini sejalan dengan penelitian Lathia (2014) yang menyatakan waktu tanggap pelayanan dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti layanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu tunggu pelayanan dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Haryatun dan Sudaryanto, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Krisnanda tahun 2001 di RSUD Palembang dengan judul dimensi pelayanan gawat darurat dengan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat, didapatkan hasil 53,8% pasien mengatakan kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan, dimana perawat kurang sopan dalam memberikan pelayanan dan kurangnya *respon time*.

Menurut asumsi peneliti, intervensi keperawatan yang diberikan di ruang IGD dalam menyelamatkan jiwa dilakukan ketika keadaan fisiologis pasien terancam, tindakan seperti ini termasuk memberikan medikasi darurat, melakukan resusitasi kardiopulmonal. Suatu tindakan medis menyelamatkan jiwa dapat mendatangkan kecemasan, karena terdapat ancaman integritas tubuh (de Araujo, 2014).

### **5.2.2 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015**

Berdasarkan tabel 5.1 ditunjukkan bahwa sebagian besar atau sebanyak 76,5 % pasien merasa tidak puas terhadap *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung.

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. (Nursalam, 2011). Kepuasan pasien adalah merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Dimana penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis, dan pengaruh lingkungan waktu itu. (Sabarguna, 2004).

Kepuasan pasien di defenisikan sebagai respon terhadap ketidakpuasan atau puasnya pasien terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien. (Rangkuti, 2003). Kepuasan Pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperoleh nya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkan. (Pohan, 2006).

Berdasarkan penelitian sebelumnya (Rugun Sinaga) dengan judul persepsi pasien tentang mutu pelayanan dengan kepuasan pasien di rawat jalan RS Pelni dengan metode deskriptif dengan analisis assosiatif dengan hasil penelitian 62% mempunyai hubungan yang kuat terhadap kepuasan pasien. diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat mengangkat tema yang serupa sehingga dapat mengangkat nilai kepuasan pasien.

Penelitian Otani dkk tahun 2007 di rumah sakit metropolitan St Louis mid-Missouri di Amerika Serikat tentang kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien didapat hasil 50% pasien tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan di Unit Gawat Darurat.

Menurut Stuart (2007) yang dikutip oleh Suryani (2010) menjelaskan penelitian di Amerika Serikat tentang kepuasan pelayanan pasien di UGD dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 10 orang pasien yang berkunjung ke UGD, diketahui enam orang (60%) mengeluhkan tentang pelayanan perawatan yang diberikan tidak sesuai dengan harapan, waktu tunggu yang relatif lama dan fasilitas/alat yang ada serta pegawai yang masih kurang. Sementara empat orang lainnya (40%) mengatakan ketidakpuasannya mengenai obat yang diberikan relatif lama dan memiliki proses yang rumit.

Penelitian yang dilakukan oleh Elia anggraini tahun 2011 di RSUP M.Djamil Padang dengan judul hubungan faktor-faktor kepuasan pasien dengan kualitas pelayanan keperawatan di ruangan *triage* IGD, diperoleh hasil sebanyak 50% pasien tidak puas dengan pelayanan yang diberikan perawat.

### **5.2.3 Hubungan *Waiting Time Triage* Dengan Kepuasan Pasien di IGD RSUD Lubuk Basung, Agam Tahun 2015**

Berdasarkan tabel 5.4 ditunjukkan bahwa pelaksanaan *waiting time triage* yang tidak efektif yaitu sebanyak 60 responden, 88,3% responden yang pelaksanaan *waiting time triage*nya tidak efektif mengatakan tidak puas, dan 11,7 % mengatakan puas. Pada pelaksanaan *waiting time triage* yang efektif sebanyak 52% mengatakan puas terhadap pelayanan *waiting time triage* dan 48% mengatakan tidak puas dengan pelayanan *waiting time triage* di IGD

RSUD Lubuk Basung. Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,00$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di IGD. Nilai OR didapatkan 8,202 maknanya *waiting time triage* yang efektif mempunyai peluang 8,202 kali terhadap kepuasan pasien.

Diruang IGD Rumah Sakit Lubuk Basung terdapat perawat yang berjumlah 13 orang, dalam satu shift yang bertugas sebanyak 2-3 orang perawat, 1 orang standby dan satu dokter jaga. Hal ini tidak sebanding dengan jumlah pasien yang datang di IGD Lubuk Basung, seperti pasien datang 5 orang sedangkan perawat yang bertugas hanya 3 perawat sehingga yang dapat ditangani perawat segera hanya 3 pasien dan 2 pasien lainnya diminta menunggu. Untuk sarana dan prasarana masih kurang memadai karena banyak alat yang rusak atau kurang seperti EKG, seringkali meminjam keruangan lain, termometer banyak yang pecah dan harus diperbaharui, ketersediaan bingkai yang kurang, tidak adanya ruangan *trriage* khusus, dari 5 buah bed hanya 3 bed yang memiliki oksigen. Dari hal-hal tersebut dapat mempengaruhi pelayanan kegawatdaruratan serta mempengaruhi kepuasan pasien.

IGD merupakan suatu unit pelayanan yang cepat dan tepat agar tujuan dari pelayanan gawat darurat dapat tercapai dan sekaligus memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarga. IGD membutuhkan suatu *system triage* yang dapat menjamin pasien gawat akan ditangani segera, namun pasien yang lain dapat menunggu dengan aman di ruang tunggu pemeriksaan.

*Triage* merupakan suatu proses memilih pasien menurut tingkat kegawatan. Penentuan prioritas penanganan akan dipengaruhi oleh tingkat kegawatan pasien, jumlah pasien yang datang, kemampuan staf IGD, ketersediaan alat pendukung serta ruangan. Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu (*Waiting Time*). *Waiting Time* adalah waktu dari pasien daftar sampai dengan di periksa oleh dokter. *Waiting Time* yang lama beresiko menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan.

Dalam penelitian ini *Waiting Time* sangat mutlak dalam mewujudkan kepuasan pasien. Hal ini didukung bahwa setiap pasien yang periksa ke IGD selalu beranggapan bahwa mereka akan segera ditangani dan pelayanannya lebih cepat, yang mempunyai dampak kepuasan pada pasien. Menurut Al Hartini (2010) waktu tunggu identik dengan kebosanan, kecemasan dan waktu tunggu yang lama beresiko menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan. Didukung oleh pendapat Nursalam (2014) bahwa kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh pelayanan, pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Institusi pelayanan kesehatan dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien, kepuasan pasien muncul dari kesan pertama pasien masuk terhadap pelayanan yang diberikan.

Kepuasan pasien dan keluarga tergantung pada kualitas pelayanan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien maupun keluarga ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien dengan menggunakan persepsi tentang pelayanan yang diterima memuaskan atau mengecewakan juga termasuk lamanya waktu

pelayanan (Adhytyo dan Mulyaningsih 2013). Kepuasan dimulai dari penerimaan pasien dari pertama kali datang sampai mendapatkan pelayanan, pelayanan dibentuk berdasarkan 5 prinsip *service quality* yaitu kecepatan, ketepatan, keamanan, keramahan dan kenyamanan layanan (Anjaryani 2009 dalam Adhytyo dan Mulyaningsih 2013). Menurut Pasuraman dalam Syofyanti 2014 dalam memberikan pelayanan agar bisa memberikan kepuasan pasien khususnya pelayanan gawat darurat dapat dinilai dari kemampuan perawat dalam hal *responsiveness* (cepat tanggap), *reliability* (pelayanan tepat waktu), *assurance* (sikap dalam memberikan pelayanan), *emphaty* (kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan) dan *tangible* ( mutu jasa pelayanan ).

Menurut asumsi peneliti, *Waiting time* sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori *triage* merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ – organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan dan *response time* yang cepat dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan yang dirasakan oleh keluarga pasien ditunjang juga dengan sikap peduli atau *emphaty* dan keramahan juga komunikasi yang baik antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan khususnya perawat.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah:

- 6.1.1 Sebagian besar atau sebanyak 70,6% pelaksanaan *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung tidak efektif.
- 6.1.2 Sebagian besar atau sebanyak 76,5 % pasien merasa tidak puas terhadap *waiting time triage* di IGD RSUD Lubuk Basung.
- 6.1.3 Dari hasil analisis diperoleh nilai  $p=0,00$  ( $p<0,05$ ) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *waiting time triage* dengan kepuasan pasien di IGD.

#### **6.2 Saran**

##### **6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan dalam pengembangan ilmu keperawatan. Dan diharapkan hasil penelitian ini bisa dijadikan salah satu masukan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan dan memperhatikan *response time*.

##### **6.2.2 Bagi Lahan**

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan bagi rumah sakit dalam menentukan dan menerapkan terapi dan prosedur tindakan yang diberikan khususnya kepada pasien yang membutuhkan penanganan segera.

##### **6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan pengembangan penelitian untuk kajian yang lebih dalam dan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga keakuratan hasil penelitian lebih terjamin.

## DAFTAR PUSATAKA

- Aditama. (2002). *Kepuasan Pasien*. Online available .  
[http://apotekputer.com/ma/index.php?com\\_content&task=view&id=140&Itemid=63](http://apotekputer.com/ma/index.php?com_content&task=view&id=140&Itemid=63). Diakses 2 februari 2013.
- Anggriani. (2011). *Kepuasan pasien*. Online available:  
<http://repository.unand.ac.id/18028/>.
- Aulia rika. (2014). *Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat dengan Tingkat Kepuasan Pasien*. <http://jurnal.umsb.ac.id/wpcontent/uploads/2014/09/jurnal-richa-pdf>.
- Choi. (2006). *Triage assesment by doctor improves waiting time and processing time of the emergency department*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2579496/> diakses 2006 Apr; 23.
- Depkes RI. (2007). *Menteri Kesehatan*. Jakarta.
- Fatih. (2011). *Efficacy of triage by paramedics-jurnal of emergency nursing*.  
[http://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(11\)00118-8/abstract](http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(11)00118-8/abstract) (journal of emergenci nursing) Published Online: June 24, 2011.
- Hidayat, A. (2008). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Julie. (2011). *The comparability of emergency departement waiting time perfomed data* <https://www.mja.com.au/journal/2012/197/6/comparability-emergency-department-waiting-time-performance-data> Received 28 Sep 2011, accepted 8 Jul 2012.
- Isnah Wa Ode. (2007). *Faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Waktu Tanggap Berdasarkan Respon Time di Instalasi Gawat Darurat RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar*. *Jurnal Kesehatan*. Diakses tanggal 21 April 2014.
- Kartikawati Dewi. (2012). *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: salemba medika
- Kartikawati Dewi. (2014). *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: salemba medika
- KepMenKes RI Nomor 856. (2009). *Standar IGD Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan. Jakarta.
- Mardiana. (2012). *Hubungan mutu pelayanan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien dalam pelayanan perawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Padang Panjang*. Skripsi strata satu, Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat. Bukittinggi



- Musliha S,kep. Ns, (2010). *Keperawatan Gawat Daerurat*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika. Jakarta
- Nursalam. (2012).*Manajemen Keperawatan:aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*.Jakarta: Salemba Medika.
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoadmojo Soekidjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Renika Cipta. Jakarta.
- Oman, Kathleen. (2008). *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta : EGC
- Otani dkk. (2007). *Kualitas Pelayanan Keperawatan dengan Kepuasan Pasien*.Jurnal Kesehatan. Diakses tanggal 10 April 2014.
- Perry.potter. . *Fundemental keperawatan* . medika salemba
- Potter and Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan;Konsep, proses dan Praktek*. EGC. Jakarta
- Pohan, Imbalo. (2006). *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Pohan, Imbalo. (2007). *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Rangkuti. (2008). *Measuring Customer Satiscaftion*. Jakarta: Gramedia.
- Rkhankeh. (2013). *Triage effect on wait time of receiving treatment service and patient satisfaction in the amergency department*. . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748560/diakses>2013 Jan-Feb>
- Salamah. (2009). *Manajemen Rumah Sakit*. Jurnal Kesehatan. Diakses tanggal 10 April 2014.
- TiraYudhi. *Triage Keperawatan Gawat Darurat*.<http://www.academia.edu/42936>.  
Johnson and C. Winkelman.*Advanced Emergency Nursing Journal*.
- Zimmerman dan heer. (2001). *Jurnal Kesehatan*. Diakses tanggal 10 April 2014.

Lampiran 1

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Responden penelitian

Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis SumBar:

Nama : Tika Permata Sari

Nim : 11108410305051

Akan mengadakan penelitian dengan judul “ **Hubungan waktu tunggu tindakan dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung, Kab. Agam Tahun 2015**”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) dan melakukan tindakan yang saya berikan.

Demikian atas perhatiannya dan kesediaan saudara sebagai responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Tika Permata Sari

Lampiran 2

**FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN**

*(informed consent)*

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah dijelaskan maksud dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh saudari Tika Permata Sari Mahasiswi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Perintis Sumbar yang akan mengadakan penelitian dengan judul “**Hubungan waktu tunggu tindakan dengan kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Lubuk Basung, Kab. Agam Tahun 2015**”.

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela tanpa paksaan siapapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, Juli 2015

Responden

( )

Lampiran 3

**KISI-KISI DAFTAR KUISONER**

No	Variabel	Aspek yang diteliti	No .item	Jumlah item
1	Waiting time triage	Waiting time triage	1,2	2 item
2	Kepuasan pasien di Unit Gawat Darurat	Kepuasan pasien	Tangible :5 Empati :3 Cepat Tanggap :4 Keandalan :5 Kepastian :2	19 item

Lampiran 4

*Lembaran Observasi*

*Waiting time triage*

(di isi oleh peneliti)

1. Kelengkapan Fasilitas

Lengkap

Kurang lengkap

2. Jumlah Tenaga Perawat yang Bertugas

Cukup

Kurang

3. Penanganan Pasien dengan Triage Kuning (Fraktur tertutup, otitis media, Luka bakar derajat 1 dan 2)

< 30 menit

> 30 menit

4. Penanganan Pasien dengan Triage Hijau (flu, batuk, demam, penyakit kulit)

< 60 menit

> 60 menit

## KUESIONER PENELITIAN

### HUBUNGAN *WAITING TIME TRIAGE* dengan **KEPUASAN PASIEN** di IGD RSUD LUBUK BASUNG, AGAM. TAHUN 2015

**Petunjuk pengisian:**

1. Bacalah setiap pernyataan dan alternative jawaban dengan seksama, apabila ada keraguan tanyakan pada peneliti.
2. Jawablah pertanyaan yang dianggap benar sesuai
3. Berilah tanda cek list (√) pada kolom yang disediakan atau tanda silang (X)
4. Diharapkan mengisi seluruh kolom dari pertanyaan yang telah di sediakan dilembar ini.
5. Kuesioner yang telah diisi lengkap mohon dikembalikan kepada peneliti.
6. Terimakasih dan selamat mengisi

**I. Data Responden**

Inisial :

No. Responden :

Alamat :

**II. Kepuasan pasien**

No	Pernyataan kepuasan pasien	Ya	Tidak
1	Saya merasa nyaman di ruang IGD		
2	Penataan interior ruangan IGD sudah sesuai		
3	Kelengkapan, kebersihan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai sesuai		
4	IGD tidak memiliki fasilitas bed yang cukup		
5	Adakah IGD memiliki ruang tunggu yang cukup nyaman		
6	Prosedur penerimaan pasien yang cepatdantepat		
7	Pelayanan keperawatan, pemeriksaan, pengobatan cepat dan tepat.		
8	Petugas memberikan tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan		
9	Kemampuan perawat dan tim lain cepat dan tanggap untuk menyelesaikan keluhan pasien		
10	Pelayanan keperawatan di IGD berjalan baik,cepat dan tepat		
11	Prosedur pelayanan keperawatan di IGD berbelit-		

	belit		
12	Tenaga medis menerangkan tindakan yang akan dilakukan		
13	Tenaga medis memberikan informasi kepada pasien sebelum memberikan pelayanan		
14	Tenaga medis tidak memberikan pelayanan tepat waktu sesuai yang dijanjikan		
15	Tenaga medis tidak melakukan tindakan sesuai prosedur		
16	Dokter mengabaikan keluhan tentang penyakit yang diderita pasien		
17	Pelayanan perawat yang sopan dan ramah kepada pasien		
18	Perawat menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan		
19	perawat care dengan pasien dan tidak cuek		

```

FREQUENCIES VARIABLES=waitingtime
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM
  /PIECHART FREQ

  /ORDER=ANALYSIS.

```

## Frequencies

[DataSet1] G:\ \proposal\_tika\_permata\_sari\data tika.sav

### Statistics

Waiting time di igd

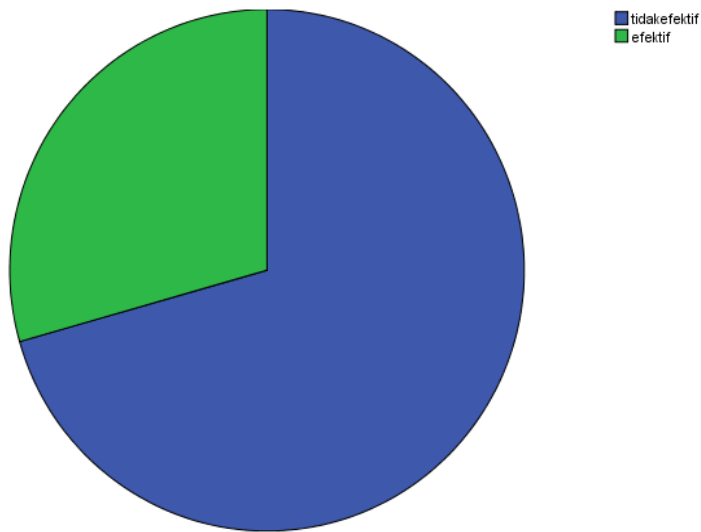
N	Valid	85
	Missing	0
Mean		1.29
Std. Error of Mean		.050
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.458
Variance		.210
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		110

### Waiting time di igd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak efektif	60	70.6	70.6	70.6
	efektif	25	29.4	29.4	100.0
	Total	85	100.0	100.0	



Waiting time di igd



```

FREQUENCIES VARIABLES=kepuasaan
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN MODE
SUM
  /PIECHART FREQ

  /ORDER=ANALYSIS.
    
```

## Frequencies

[DataSet1] G:\ \proposai\_tika\_permata\_sari\data tika.sav

### Statistics

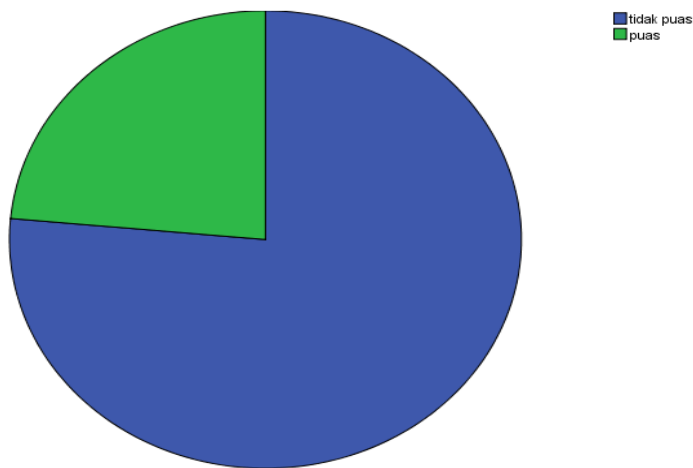
Kepuasan pasien

N	Valid	85
	Missing	0
Mean		1.24
Std. Error of Mean		.046
Median		1.00
Mode		1
Std. Deviation		.427
Variance		.182
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Sum		105

**Kepuasan pasien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak puas	65	76.5	76.5	76.5
puas	20	23.5	23.5	100.0
Total	85	100.0	100.0	

**Kepuasan pasien**



```

CROSSTABS
  /TABLES=waitingtime BY kepuasan
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ RISK
  /CELLS=COUNT ROW TOTAL

  /COUNT ROUND CELL.
  
```

**Crosstabs**

[DataSet1] G:\ \proposal\_tika\_permata\_sari\data tika.sav

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Waiting time di igd * Kepuasan pasien	85	100.0%	0	.0%	85	100.0%

**Waiting time di igd \* Kepuasan pasien Crosstabulation**

			Kepuasan pasien		Total
			tidak puas	puas	
Waiting time di igd	tidakefektif	Count	53	7	60
		% within Waiting time di igd	88.3%	11.7%	100.0%
		% of Total	62.4%	8.2%	70.6%
	efektif	Count	12	13	25
		% within Waiting time di igd	48.0%	52.0%	100.0%
		% of Total	14.1%	15.3%	29.4%
Total	Count	65	20	85	
	% within Waiting time di igd	76.5%	23.5%	100.0%	
	% of Total	76.5%	23.5%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.955 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	13.792	1	.000		
Likelihood Ratio	14.906	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.767	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	85				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,88.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Waiting time di igd (tidak efektif / efektif)	8.202	2.697	24.943
For cohort Kepuasan pasien = tidak puas	1.840	1.211	2.796
For cohort Kepuasan pasien = puas	.224	.102	.495
N of Valid Cases	85		