

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Kepuasan pasien

a. Pengertian kepuasan

Philip kotler *cit.* Purwoastuti dan Walyani (2015), definisi tentang Kepuasan pelanggan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang.

Kepuasan pengguna layanan kesehatan adalah tanggapan terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan (ekpektasi) pengguna sebelum mereka menerima jasa pelayanan dengan sesudah pelayanan yang diterima (Muninjaya, 2015)

Hermanto *cit.* Wira (2014), kepuasan dapat pasien dinilai berdasarkan interpretasi pasien terhadap pelayanan yang diterima sudah sesuai dengan harapan mereka seperti kelengkapan sarana dan prasarana, keramahan dan kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan serta keterampilan petugas pada saat memberikan pelayanan.

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

Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015), tingkat kepuasan pasien dapat tercapai jika:

- 1) penampilan kurang dari harapan pelanggan tidak dipuaskan.
- 2) penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas.
- 3) penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang.

Kepuasan pelanggan pengguna jasa pelayanan kesehatan (pasien/klien) dipengaruhi oleh beberapa faktor (Purwoastuti dan Walyani (2015) :

- 1) Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peran penting.
- 2) Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh para petugas kesehatan, kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan para pelanggan.
- 3) Biaya (*cost*) tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral hazard pasien dan keluarganya, "yang penting sembuh" sehingga menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan teknologi yang ditawarkan petugas kesehatan. Akibatnya biaya perawatan menjadi mahal.
- 4) Bukti langsung penampilan fisik (*tangibility*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan pegawai dan sarana komunikasi.
- 5) Jaminan keamanan yang ditunjukkan petugas kesehatan (*assurance*) kemampuan kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para

staf, bebas dari bahaya, resiko dan keragu-raguan, ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter dan sebagainya.

- 6) Keandalan (*reliability*) merupakan kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
- 7) Daya tanggap/kecepatan petugas dalam memberi tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsiveness*), keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.

b. Beberapa indikator kepuasan pasien dirumah sakit sebagai indikator mutu pelayanan di rumah sakit (Herlambang, 2016), adalah:

- 1) Pelayanan masuk rumah sakit yaitu :
 - a) Lama waktu pelayanan sebelum dikirim keruangan perawatan.
 - b) Pelayanan petugas yang memproses masuk ke ruang perawatan.
 - c) Kondisi tempat menunggu sebelum dikirim ke ruang perawatan.
 - d) Pelayanan petugas instalasi gawat darurat.
 - e) Lama pelayanan diruang IGD.
 - f) Kelengkapan perawatan diruang IGD.
- 2) Pelayanan dokter
 - a) Sikap dan perilaku dokter saat pemeriksaan rutin.
 - b) Penjelasan dokter terhadap pengobatan yang akan dilakukannya.
 - c) Ketelitian dokter dalam memeriksa pasien.
 - d) Kesungguhan dokter dalam menangani penyakit pasien.
 - e) Penjelasan dokter tentang obat yang harus diminum.
 - f) Penjelasantokter tentang makan yang harus dipantang.

- g) Kemanjuran obat yang diberikan dokter.
 - h) Tanggapan dan jawaban dokter atas keluhan pasien.
 - i) Pengalaman dan senioritas dokter.
- 3) Pelayanan perawat
- a) Keteraturan layanan perawat setiap hari (pemeriksaan nadi, suhu tubuh, dan lainnya).
 - b) Tanggapan perawat terhadap keluhan pasien.
 - c) Kesungguhan perawat melayani kebutuhan pasien.
 - d) Keterampilan perawat dalam melayani (menyuntik, mengukur tensi, dan lain-lain).
 - e) Pertolongan sifatnya pribadi (mandi, menyuapi makanan, dan sebagainya).
 - f) Sikap perawat terhadap keluarga pasien dan pengunjung/tamu pasien.
 - g) Pemberian obat dan penjelasan cara meminumnya.
 - h) Pertolongan perawat untuk duduk, berdiri, dan berjalan.
- 4) Pelayanan makanan pasien
- a) Variasi menu makanan.
 - b) Cara penyajian makanan.
 - c) Ketepatan waktu menghadirkan makan.
 - d) Keadaan tempat makan (piring, sendok).
 - e) Kebersihan makanan yang dihadangkan.
 - f) Sikap dan perilaku petugas yang menghadirkan makanan.

- 5) Sarana medis dan obat-obatan
 - a) Ketersediaan obat-obatan di apotek rumah sakit.
 - b) Pelayanan petugas apotek rumah sakit.
 - c) Kelengkapan peralatan medis sehingga tak perlu dikirim ke rumah sakit lain untuk pemakaian suatu alat.
 - d) Kelengkapan pelayanan laboratorium rumah sakit.
 - e) Sikap dan perilaku petugas pada fasilitas penunjang medis.
 - f) Lama waktu mendapatkan kepastian hasil dari penunjang medis.
- 6) Kondisi fasilitas rumah sakit
 - a) Keterjangkauan letak rumah sakit.
 - b) Keadaan halaman dan lingkungan rumah sakit.
 - c) Kebersihan dan kerapian gedung, koridor, dan bangsal rumah sakit.
 - d) Keamanan pasien dan pengunjung rumah sakit.
 - e) Penerangan lampu pada bangsal dan halaman rumah sakit di waktu malam.
 - f) Tempat parkir kendaraan di rumah sakit.
- 7) Kondisi fasilitas ruang perawatan
 - a) Kebersihan dan kerapian ruang perawatan.
 - b) Penerangan lampu pada ruang perawatan.
 - c) Kelengkapan perabot ruang perawatan.
 - d) Ruang perawatan bebas dari serangga (semut, lalat, nyamuk).

- 8) Pelayanan administrasi keluar rumah sakit
 - a) Pelayanan administrasi tidak berbelit-belit dan menyulitkan.
 - b) Peraturan keuangan sebelum masuk rumah sakit.
 - c) Cara pembayaran biaya perawatan selama dirawat.
 - d) Penyelesaian administrasi menjelang pulang.
 - e) Sikap dan perilaku petugas administrasi menjelang pulang.

2.1.2. Biaya Perawatan

a. Biaya

Biaya merupakan pengorbanan atau pengeluaran yang dilakukan oleh suatu perusahaan atau perorangan yang bertujuan untuk memperoleh manfaat lebih dari aktivitas yang dilakukan tersebut (Raharjaputra *cit.* Riyadi (2015). Dalam istilah biaya, kadang kala cukup merepotkan dalam membedakan antara *costs dan expenses*. Untuk membedakannya dijelaskan sebagai berikut.

Costs adalah biaya dalam arti pengorbanan/pengeluaran yang dilakukan oleh suatu perusahaan atau individu yang berhubungan langsung dengan output/produk yang dihasilkan oleh perusahaan/perorangan tersebut. Misalnya: bahan baku dan pembantu, biaya tenaga kerja langsung, dan biaya umum pabrik (mandor/supervisor pabrik, GM pabrik, BBM, suplai pabrik, listrik pabrik, dan lain-lain). Dalam struktur laporan Rugi/Laba perusahaan biasanya disebut Harga Pokok Produksi.

Expenses adalah biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan atau perorangan yang bersifat sebagai aktivitas pendukung saja, misalnya: biaya umum dan administrasi, dan biaya pemasaran/penjualan, seperti gaji karyawan kantor pusat, biaya telepon/air/gas/AC kantor pusat, biaya penjualan dan pemasaran, dan lain-lain.

b. Biaya Perawatan di RSUD Kuala Pembuang Kalteng

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 13 tahun 2003 tentang “Pola Tarif Badan Layanan Umum” menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Berdasarkan aturan tersebut di atas maka RSUD Kuala Pembuang menentukan besaran tarif pelayanan rawat inap (Anonim, 2016), terdiri dari:

- 1). Akomodasi rawat inap, jenis layanan:
 - a). Kelas I, dengan tarif sebesar Rp. 75.000,00
 - b). Kelas II, dengan tarif sebesar Rp. 45.000,00
 - c). Kelas III, dengan tarif sebesar Rp. 30.000,00
- 2). Tindakan Keperawatan, jenis layanan:
 - a). Perawatan mandiri

Perawatan mandiri adalah pasien yang bisa mandiri atau hampir tidak memerlukan bantuan perawat terdiri dari beberapa tindakan seperti, naik turun tempat tidur, ambulasi dan berjalan, mampu

makan dan minum, mandi, dan menggunakan pakaian (Hastuti, 2012).

b). Perawatan parsial

perawatan parsial adalah pasien memerlukan bantuan perawat sebagian seperti, naik turun tempat tidur, ambulasi atau berjalan, makan disuapi, mulut dibersihkan, dan menggunakan pakaian (Hastuti, 2012).

c). Perawatan total

perawatan total adalah pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawatan yang lebih lama (Hastuti, 2012).

3). Tarif tindakan keperawatan :

- a) Perawatan total, dengan tarif sebesar Rp. 75.000,00
- b) Perawatan mandiri, dengan tarif sebesar Rp. 25.000,00
- c) Perawatan parsial, dengan tarif sebesar Rp. 50.000,00

4). Tindakan Medis, jenis pelayanan:

Tabel 2.1. Tarif Tindakan Medis

No	Tarif	Paket A (Rp)	Paket B (Rp)	Paket C (Rp)	Paket D (Rp)	Paket E (Rp)
1.	Kelas I	60.000	100.000	125.000	200.000	300.000
2.	Kelas II	50.000	75.000	100.000	150.000	200.000
3.	Kelas III	25.000	50.000	75.000	100.000	200.000

Sumber: RSUD Kuala Pembuang (2016)

5). Layanan Tambahan

Tabel 2.2. Tarif Layanan Tambahan

No	Tarif	Nebulizer (Rp)	EKG (Rp)	USG (Rp)	Oksigen/liter (Rp)	Doppler (Rp)
1.	Kelas I	20.000	50.000	75.000	250	12.500
2.	Kelas II	25.000	40.000	60.000	250	10.000
3.	Kelas III	25.000	20.000	30.000	250	5.000

Sumber: RSUD Kuala Pembuang (2016)

c. Jenis Biaya Berdasarkan Tujuan Pengambilan Keputusan

Berdasarkan tujuan pengambilan keputusan manajemen, biaya dapat dikelompokkan ke dalam (Supriyono dalam Riyadi, 2015):

1) Biaya Relevan (*relevant cost*)

Biaya relevan merupakan biaya yang terjadi pada suatu alternatif tindakan tertentu, tetapi tidak terjadi pada alternatif tindakan lain. Biaya relevan akan mempengaruhi pengambilan keputusan, oleh karena itu biaya relevan harus dipertimbangkan dalam pembuatan keputusan.

2) Biaya Tidak Relevan (*irrelevant cost*)

Biaya tidak relevan merupakan biaya yang tidak berbeda diantara alternatif tindakan yang ada. *Irrelevant cost* tidak mempengaruhi pengambilan keputusan dan akan tetap sama jumlahnya tanpa memperhatikan alternative yang dipilih. Oleh karena itu biaya tidak relevan tidak harus dipertimbangkan dalam pembuatan keputusan.

d. Sumber Biaya

Ada empat sumber utama biaya pelayanan kesehatan yaitu dari pemerintah (APBN, APBD prov, kab/kota), Swasta (investasi langsung oleh pihak swasta), masyarakat melalui pembayaran langsung (*Fee for services*) atau yang terhimpun oleh perusahaan asuransi, hibah atau pinjaman luar negeri (Muninjaya, 2012). Mahalnya biaya pelayanan di Indonesia kesehatan di Indonesia karena berbagai faktor (Muninjaya, 2012):

- 1) Pertumbuhan ekonomi nasional mengakibatkan meningkatnya tuntutan (*demand*) masyarakat untuk memperoleh pelayanan yang lebih bermutu.
- 2) Perkembangan teknologi kedokteran dan pertumbuhan industry kedokteran.
- 3) Jumlah subsidi pemerintah untuk pelayanan kesehatan diperkirakan relative menurun, terutama setelah krisis ekonomi tahun 1998.

e. Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Sebagai Komoditi ekonomi

Pandangan terhadap pelayanan kesehatan lebih difokuskan daripada kesehatannya sendiri. Dari sudut pandang ilmu ekonomi, hal ini penting artinya demi mengingat bahwa pokok pembahasan ilmu ekonomi akan selalu mengarah kepada *demand*, *supply* dan *distribusi* komoditi dimana komoditinya adalah pelayanan kesehatan bukan kesehatannya sendiri. Kesehatan sendiri tidak dapat diperjual belikan, dalam pengertian bahwa kesehatan tidak dapat secara lansung dibeli atau dijual di pasar.

Oleh karena itu kesehatan hanya merupakan salah satu ciri komoditi. Kegiatan kesehatan merupakan salah satu karakteristik dari pelayanan kesehatan tapi kesehatan tidak dapat dipertukarkan (Nurlina, 2016).

Menurut *mills cit. Nurlina (2016)*, kesehatan hanya memiliki *value in use* dan bukannya *value in exchange*. Berarti kesehatan bukanlah suatu komoditi sedangkan pelayanan kesehatan adalah suatu komoditi. Dari sudut pandang *supply* produksi yang terpenting dari pelayanan kesehatan adalah kesehatan dan sekaligus akan menghasilkan *output* lainnya. Dari sudut pandang *demand* masyarakat ingin memperbaiki status kesehatannya, sehingga perlu pelayanan kesehatan sebagai salah satu cara untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi karena adanya keinginan untuk dapat menikmati hidup sebaik mungkin dibandingkan bila mengalami gangguan kesehatan.

Hubungan antara keinginan sehat dan permintaan pelayanan kesehatan kelihatannya sederhana tapi sebenarnya sangat kompleks karena adanya persoalan kesenjangan informasi. menurut *Arrow cit. Nurlina (2016)*, sebenarnya para ahli kesehatanlah secara aktif untuk menyebarkan informasi tentang pelayanan kesehatan, lengkap dengan segala kelebihan dan kekurangannya kepada semua lapisan masyarakat sehingga masyarakat terpengaruh untuk melakukan permintaan dan penggunaan (utilisasi) pelayanan kesehatan.

2.1.3. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Mutu

Mutu adalah keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuan dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Mutu dapat berarti suatu cara sederhana untuk meraih tujuan yang diinginkan, dengan cara paling efisien dan efektif, dengan penekanan untuk memuaskan pembeli atau konsumen (Herlambang, 2016). Menurut Winston *Dictionary cit.* Herlambang (2016), mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan suatu yang sedang diamati.

Menurut ISO *cit.* Herlambang (2016), mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri suatu barang atau jasa yang didalamnya terkandung pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna.

Zeithmalh *cit.* Pratidina (2016) 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)

Namun, dalam perkembangan selanjutnya dalam penelitian dirasakan adanya dimensi mutu pelayanan yang saling tumpang tindih satu dengan yang lainnya yang dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Selanjutnya menurut konsep *service quality* yang populer, *ServQual* dinyatakan bahwa kualitas pelayanan memiliki 5 dimensi, yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangible* (Rahmulyono *cit.* Pratidina, 2016).

- 1) Kehandalan (*reliability*). Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat terpercaya, dapat dilihat dari:
 - 2) Proses penerimaan pasien yang cepat dan tepat
 - 3) Pelayanan pemeriksaan, pengobatan yang cepat dan tepat.
 - 4) Jadwal pelayanan dijalankan dengan tepat.
 - 5) Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit.

b. Mutu pelayanan kesehatan

Menurut Azrul Azwar *cit.* Herlambang (2016), mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi.

Murut WHO *cit.* Muninjaya (2015) menjelaskan mutu produk layanan kesehatan “*proper performance (according to standards) of interventions that are known to be safe, that are affordable to the society in question, and that have the ability to produce an impact on mortality, disability, and malnutrition*”. Mutu pelayanan harus sesuai dengan standar intervensi yaitu aman, terjangkau oleh masyarakat yang membutuhkan, dan diproduksi untuk mengurangi kematian, ketidakmampuan, dan gangguan gizi.

2) Mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit dikelompokkan menjadi tiga hal (Herlambang, 2016), yaitu :

- a) struktur (sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan nonkesehatan, serta pasien)
- b) proses (menajemen rumah sakit baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien)
- c) *outcome*

3) Kualitas pelayanan kesehatan

Jasa pelayanan kesehatan akan dirasakan berkualitas oleh para pelanggannya jika hal-hal yang disampaikan kepada para penggunanya melebihi harapan. Penilaian pengguna jasa pelayanan kesehatan akan ditunjukkan kepada substansi pesan yang disampaikan, cara penyampaiannya dan kualitas jasa yang diterima para pemakainya (Muninjaya, 2016).

4) Perilaku dalam pelayanan

Perilaku yang baik dalam memberikan pelayanan menurut De Vriye *cit.* Purwoastuti dan Walyani (2015), yaitu:

- a) *Self esteem*: penghargaan terhadap diri sendiri, dengan pandai menghargai dirinya sendiri, seorang karyawan akan berpikir dan bertindak positif terhadap orang lain, sehingga pandai menghargai pelanggan dengan baik.
- b) *Exceed Expectations* (melampaui harapan): memberikan pelayanan dengan melebihi apa yang diharapkan pelanggan (mematuhi dan melebihi standar) secara konsisten
- c) *Recovery* (pembenahan): adanya keluhan pelanggan jangan dianggap sebagai suatu beban masalah namun suatu peluang untuk memperbaiki atau meningkatkan diri.
- d) *Vision* (visi): pelayanan yang prima berkaitan erat dengan visi organisasi. Dengan budaya kerja atau budaya organisasi (*Corporate Culture*) atau budaya mutu (*Quality Culture*) dalam pelayanan prima, visi, impian akan dapat diwujudkan sepenuhnya seperti harapan.
- e) *Improve* (perbaikan atau peningkatan): peningkatan mutu pelayanan secara terus menerus (*continous improvement*) dalam memberikan kepuasan kepada pelanggan agar tidak ditinggalkan.
- f) *Care* (perhatian): perhatian atau perlakuan terhadap pelanggan dengan baik dan tulus. Memenuhi kebutuhannya,

memperlakukannya dengan baik, menjaga dan mematuhi standar mutu sesuai dengan standar ukuran yang diharapkan.

- g) *Empower* (pemberdayaan): memberdayakan agar karyawan mampu bertanggung jawab dan tanggap terhadap persoalan dan tugasnya dalam upaya meningkatkan pelayanan yang bermutu.

5) Pelayanan keperawatan

a). Kinerja perawat

Pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menjamin keselamatan pasien yang meliputi identitas pasien, komunikasi efektif, kesalahan pemberian obat, risiko jatuh, pengendalian infeksi dan manajemen keamanan di kamar operasi (Menkes RI, 2015).

b). Indikator kinerja:

- (1). Ada kebijakan pimpinan rumah sakit tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- (2). Adanya SPO keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3). Adanya SPO penanganan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
- (4). Adanya SPO penanganan Kejadian Nyaris Cidera (KNC).
- (5). Ada sosialisasi keselamatan pasien pada staf.
- (6). Ada formulir pelaporan keselamatan pasien.
- (7). Adanya formulir time out di kamar operasi.
- (8). Ada formulir pengkajian risiko.

- (9). Tersedianya fasilitas yang mendukung keselamatan pasien.
- (10). Terselenggaranya pemberian identitas pasien secara tepat.
- (11). Adanya peningkatan komunikasi efektif.
- (12). Adanya peningkatan keamanan obat yang perlu di waspadai (*High Alert Medication*).
- (13). Terlaksananya kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.
- (14). Adanya pengurangan infeksi terkait pelayanan kesehatan/keperawatan.
- (15). Adanya pengurangan risiko pasien jatuh.
- (16). Adanya tindak lanjut pelaporan kejadian.
- (17). Ada perawat yang memiliki kompetensi dan kewenangan sesuai dengan area prakteknya.
- (18). Melaksanakan asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip keselamatan pasien.
- (19). Ada dokumentasi penerapan prinsip-prinsip keselamatan dalam asuhan keperawatan.

6) Orientasi pelayanan keperawatan

Pada hakekatnya keperawatan merupakan suatu ilmu dan kiat, profesi yang berorientasi pada pelayanan, memiliki empat tingkatan klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) serta pelayanan yang mencakup seluruh rentang pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Hidayat, 2007)

a) Standar praktek keperawatan

Praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat professional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan kien dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkungan wewenang dan tanggung jawabnya.

Standar praktek keperawatan (Nursalam, 2007):

i. Standar 1

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien/pasien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan.

ii. Standar 2

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan.

iii. Standar 3

Rencana asuhan keperawatan meliputi tujuan yang dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan.

iv. Standar 4

Rencana asuhan keperawatan meliputi prioritas dan pendekatan tindakan keperawatan yang ditetapkan untuk mencapai tujuan yang disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.

v. Standar 5

Tindakan keperawatn memeberi kesempatan klien/pasien untuk berpartisipasi dalam peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan.

vi. Standar 6

Tindakan keperawatan membantu klien/pasien untuk mengoptimalkan kemampuannya untuk hidup sehat

vii. Standar 7

Ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan ditentukan oleh klien/pasien dan perawat.

viii. Standar 8

Ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan member arahan untuk melakukan pengkajian ulang, pengaturan kembali urutan prioritas, penetapan tujuan baru, dan perbaikan rencana asuhan keperawatan.

b) Tujuan standar keperawatan

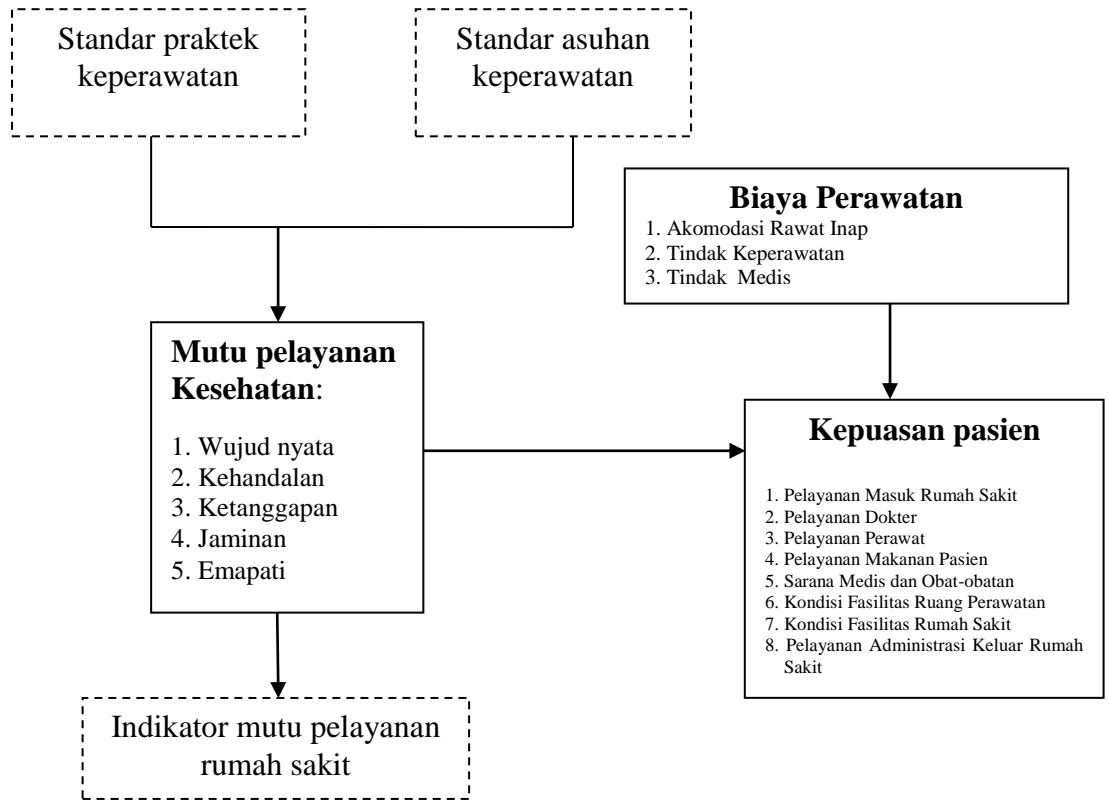
Tujuan standar keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengurangi biaya asuhan keperawatan, dan melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik (Nursalam, 2007).

c) Standar asuhan keperawatan dirumah sakit

Perawat yang bertugas dipelayan (rumah sakit) baik pemerintah maupun negeri, harus melaksanakan standar asuhan keperawatan yang ada dirumah sakit. Hal ini disahkan berdasarkan SK Dirjen Yan Med No.YM.00.03.2.6.7637, disusun sebagai berikut (Nursalam, 2008):

- i. Standar 1 : falsafah keperawatan
- ii. Standar 2 : tujuan asuhan keperawatan
- iii. Standar 3 : pengkajian keperawatan
- iv. Standar 4 : diagnose keperawatan
- v. Standar 5 : perencanaan keperawatan
- vi. Standar 6 : intervensi keperawatan
- vii. Standar 7 : evaluasi keperawatan
- viii. Standar 8 : catatan asuhan keperawatan

2.2. Kerangka Teori



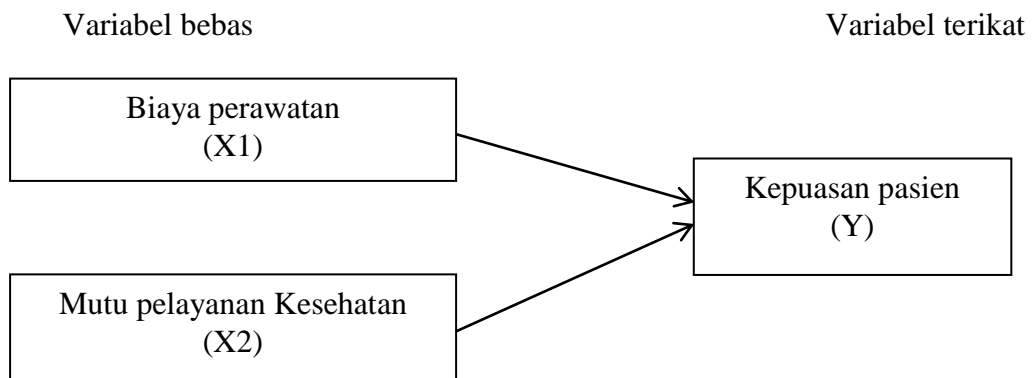
Gambar 2.1. Kerangka Teori

Keterangan;

____ : diteliti

-----: tidak diteliti

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.4. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep tersebut di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Ada Pengaruh Biaya Perawatan terhadap Kepuasan Pasien Di RSUD Kuala Pembuang Kalimantan Tengah.
- b. Ada Pengaruh Mutu Pelayanan Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien Di RSUD Kuala Pembuang Kalimantan Tengah.