

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tingkat Kepuasan Pasien

a. Pengertian Kepuasan

Satisfaction adalah kata dari bahasa Latin yaitu *satis* yang berarti *enough* atau cukup dan *facere* yang berarti *to do* atau melakukan. Jadi produk atau jasa yang bisa memuaskan adalah produk dan jasa yang sanggup memberikan sesuatu yang dicari oleh konsumen sampai pada tingkat cukup (Irawan, 2007).

Kepuasan atau ketidakpuasan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk atau jasa yang dirasakan setelah pemakaiannya (Tjiptono, 2008). Kotler (2009) menandakan bahwa kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja/ hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan yang diharapkan.

b. Penilaian tingkat kepuasan

Penilaian terhadap kepuasan dapat dilakukan dengan menggunakan skala 1 – 10. Dengan skala ini tidak diberikan nama pada setiap skala tetapi hanya kedua ujungnya saja yaitu skor 1 adalah sangat tidak puas dan skor 10 adalah sangat puas. Kelebihan dari skala ini adalah tingkat sensitivitas yang tinggi. Kelemahannya, responden membutuhkan waktu yang lebih lama dan lebih sulit memilih. Oleh karena itu, disarankan menggunakan skala 1 – 5 (Irawan, 2007). Skala dengan 5 poin biasanya menggunakan pilihan : sangat tidak memuaskan, tidak memuaskan, netral, memuaskan, dan sangat memuaskan atau alternatif lain adalah jelek, kurang bagus, cukup bagus, bagus, dan bagus sekali (Tim Marknesis, 2009). Skala ini seringkali disebut dengan Skala Likert.

Bentuk kongret untuk mengukur kepuasan pasien rumah sakit, dalam seminar survai kepuasan pasien di Rumah Sakit, Kuntoro (2010) mengemukakan ada empat aspek yang dapat diukur yaitu:

- 1) Kenyamanan, aspek ini dijabarkan dalam pertanyaan tentang hal yang menyenangkan dalam semua kondisi, lokasi rumah sakit, kebersihan, kenyamanan ruangan, makanan dan minuman, peralatan ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan WC/kamar mandi, pembuangan sampah, kesegaran ruangan, dan lain sebagainya
- 2) Hubungan pasien dengan petugas Rumah Sakit, dapat dijabarkan dengan pertanyaan petugas yang mempunyai kepribadian baik yang

mendukung jalannya pelayanan prima terjadi yang menyangkut keramahan, informasi yang diberikan, sejauh mana tingkat komunikasi, dukungan, tanggapan dokter/perawat di ruangan IGD, rawat jalan, rawat inap, farmasi, kemudahan dokter/perawat dihubungi, keteraturan pemberian makanan, obat, pengukuran suhu dan lain sebagainya.

- 3) Kompetensi teknis petugas, dapat dijabarkan dalam pertanyaan mengenai ketrampilan, pengetahuan dan kualifikasi petugas yang baik seperti kecepatan pelayanan pendaftaran, ketrampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar medis yang dimiliki, terkenal, keberanian mengambil tindakan, dan sebagainya.
- 4) Biaya, dapat dijabarkan dalam pertanyaan berkaitan dengan jumlah yang harus diberikan atas pelayanan yang telah didapatkan, seperti kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, ada tidaknya keringanan bagi masyarakat miskin. Tentu saja faktor diatas bisa dikembangkan dan disesuaikan dengan kondisi rumah sakit sepanjang itu dapat didefinisikan dan diukur. Kepuasan pasien memang merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan, oleh karenanya subyektifitas pasien dipengaruhi oleh pengalaman pasien di masa lalu, pendidikan, situasi psikhis saat itu, dan pengaruh keluarga dan lingkungan.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan

Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan menurut Irawan (2007) adalah :

1) Kualitas Produk

Seseorang akan merasa puas kalau setelah membeli dan menggunakan sebuah produk jika kualitas produknya baik. Dalam konteks pelayanan kesehatan produk yang dimaksud dapat berupa jenis obat yang diberikan kepada pasien.

2) Harga/ Biaya

Untuk seseorang yang sensitif, biasanya harga murah adalah sumber kepuasan yang penting karena mereka akan mendapatkan *value for money* yang tinggi. Dalam hal pelayanan kesehatan, harga yang dimaksud dapat berupa biaya yang dibutuhkan untuk menerima fasilitas kesehatan.

3) *Service quality* atau kualitas pelayanan

Service quality bergantung pada tiga hal, yaitu sistem, teknologi, dan manusia. Faktor manusia ini memegang kontribusi sekitar 70%. Tidak mengherankan, kepuasan terhadap kualitas pelayanan biasanya sulit ditiru. *Service quality* mempunyai lima dimensi yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empathy*, dan *tangible*.

4) *Emotional factor* atau faktor emosional

Faktor emosional ini erat berkaitan dengan gaya hidup, rasa bangga, rasa percaya diri, dan lain sebagainya yang terkait sisi emosional

seseorang. Misalnya, adanya kebanggaan jika dihargai sebagai seorang pasien yang mendapatkan perhatian dari tenaga medis.

5) Kemudahan

Seseorang akan semakin puas apabila relatif mudah, nyaman, efisien dalam mendapatkan pelayanan. Sebagai contoh, ketika seorang pasien memeriksakan dirinya ke Puskesmas tidak perlu antri lama di bagian pendaftaran karena adanya dokumentasi rekam medis yang lengkap.

2. Pelayanan Keperawatan

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolok ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit di mata masyarakat. Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlahnya yang dominan juga pelayanannya menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui proses keperawatan (Depkes RI, 2005).

Asuhan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio – psiko – sosial – spiritual yang komprehensif ditunjukkan kepada individu, keluarga, masyarakat baik sakit

maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Setyowati, 2008).

Menurut Depkes RI (2005) perawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat perawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan. Pelayanan perawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik, mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Kegiatan dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan, serta pemeliharaan kesehatan, dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama *Primary Health Care* (PHC) sesuai dengan wewenang, tanggung jawab, dan etika perawatan.

Asuhan keperawatan meliputi (a) pelayanan keperawatan (*Nursing Service*) adalah seluruh fungsi, tugas, kegiatan dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh seorang perawat dalam praktek profesinya; (b) asuhan keperawatan (*Nursing Care*) adalah suatu pelayanan keperawatan langsung berupa bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawalan atau perlindungan yang diberikan oleh seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Lingkup asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian data keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, intervensi keperawatan, evaluasi serta asuhan keperawatan (Depkes, 2008).

Kualitas merupakan prinsip utama sistem pelayanan kesehatan. Dalam visi “Indonesia Sehat” disebutkan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan. Pelayanan kesehatan bermutu adalah pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan. Mutu pelayanan kesehatan harus dipelihara dan ditingkatkan melalui peningkatan kualitas tenaga kesehatan, ketersediaan obat, serta peningkatan dan pemeliharaan sarana dan peralatan kesehatan (Depkes RI, 2012).

Menurut Djuhaeni (2009) pendekatan dalam penilaian mutu pelayanan kesehatan adalah:

a. Pendekatan kesehatan masyarakat

Pendekatan ini menyangkut seluruh sistem pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat suatu negara atau bagian-bagiannya dimana hasilnya menyangkut masyarakat keseluruhan dalam suatu wilayah atau daerah. Sebagai contoh mutu pelayanan kesehatan diungkapkan dengan kelangsungan hidup, angka morbiditas, angka kecacatan, angka kematian dan lain-lain.

b. Pendekatan institusional atau individual

Pendekatan ini menyangkut mutu pelayanan kesehatan terhadap perorangan oleh suatu institusi atau fasilitas seperti Puskesmas atau Rumah Sakit. Mutu di sini adalah salah satu aspek atau produk dari sumber daya dan kegiatan fasilitas tersebut. Mutu pelayanan fasilitas itu

adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai komponen atau aspek fasilitas tersebut sebagai suatu sistem.

Menurut Djuhaeni (2009) aspek-aspek tersebut digolongkan dalam komponen struktur, proses dan outcome.

- a. Struktur adalah masukan atau *input* dari sistem yang dapat diukur dari tingkat kewajaran, kuatitas, biaya (efisiensi) dan mutu komponen.
- b. Proses adalah sarana kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya dalam interaksi profesional dengan pasien. Tolok ukur yang dapat digunakan: relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektif atau tidak, dan mutu proses itu sendiri.
- c. Outcome adalah hasil akhir kegiatan tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya di dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasan. Outcome jangka pendek adalah hasil akhir suatu prosedur atau tindakan tertentu, sedangkan outcome jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

Menurut Djuhaeni (2009) mutu berada mulai dari input, proses maupun output, demikian juga pada bidang jasa. Kriteria mutu pada bidang jasa khususnya jasa pelayanan kesehatan, sangat beragam sesuai dengan *emosional needs* pelanggan dan yang harus menjadi fokus perhatian kita bahwa mutu yang kurang baik pada bidang jasa ini, tidak bisa ditarik atau dibatalkan. Selain itu ditinjau dari waktu, mutu bidang jasa mempunyai ciri; proses produksi dan pengkonsumsian terjadi pada saat yang sama dan hasilnya baru dapat diukur setelah dikonsumsi sehingga dapat dikatakan

bahwa mutu produk jasa hanya berada pada proses transformasi produk. Oleh karena itu peranan pengendali mutu menjadi sangat penting. Seorang pengendali mutu haruslah mempunyai ketrampilan dan wawasan yang luas mengenai produk jasa yang dihasilkan, sebaiknya purna waktu dan bukan merupakan tugas sampingan.

Secara istilah, sebagaimana diungkapkan Kotler (2009) kualitas adalah totalitas fitur dan karakteristik jasa yang bergantung untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan. Kualitas adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang diamati. Kualitas adalah totalitas dari wujud serta ciri atau dari suatu barang atau jasa yang dihasilkan, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya rasa aman dan atau terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan tersebut. Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Menurut Amiruddin (2009) ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu, yaitu :

a. Struktur/ Input

Struktur meliputi sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia lainnya di fasilitas kesehatan. Struktur sama dengan input. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah/ besarnya input, mutu struktur atau mutu input, besarnya anggaran atau biaya, dan kewajaran.

b. Proses

Proses merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien. Proses mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Baik tidaknya proses dapat diukur dari : relevan tidaknya proses itu bagi pasien, fleksibilitas dan efektifitas, mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya, kewajaran (tidak kurang dan tidak berlebihan).

c. Outcome

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif. Outcome jangka pendek adalah hasil dari segala suatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu. Outcome jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

Depkes RI (20085) menyatakan bahwa pasien menilai mutu layanan dari karakteristik non teknis atau hubungan interpersonal dan kenyamanan pelayanan. Pernyataan di atas juga didukung oleh Tjiptono (2008) kualitas pelayanan diwujudkan melalui pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaiannya dalam mengimbangi atau melampaui harapan pelanggan, dalam hal ini adalah pasien rawat inap.

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya (Amiruddin, 2009).

Jacobalis (2009) menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis

Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya

b. Efisiensi dan efektivitas

Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

c. Keselamatan pasien

Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien

d. Kepuasan pasien

Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya.

Tingkat pelayanan kesehatan dapat dilihat dalam lima dimensi mutu sebagai berikut:

a. Cepat tanggap (*responsiveness*)

Dimensi ini dimasukkan ke dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Pelayanan kesehatan yang responsif ditentukan oleh sikap staf yang di depan karena berhubungan langsung dengan para pengguna jasa dan keluarganya (Muninjaya, 2011).

b. Keakuratan (*reliability*)

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan. Untuk meningkatkan *reliability* di bidang pelayanan kesehatan, pihak manajemen perlu membangun budaya kerja yang bermutu. Reliabilitas berkaitan dengan kemampuan menyampaikan layanan yang dijanjikan secara akurat sejak pertama kali (Tim Marknesis, 2009).

c. Percaya (*assurance*)

Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dipercaya oleh pelanggan. Dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan (Irawan, 2007).

d. Empati (*empathy*)

Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus staf kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya (Muninjaya, 2011).

e. Fasilitas fisik (*tangible*)

Mutu jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai. Para penyedia layanan kesehatan akan mampu bekerja secara optimal sesuai dengan keterampilan masing-masing. Dalam hal ini, perlu dimasukkan perbaikan sarana komunikasi dan perlengkapan pelayanan yang tidak langsung seperti tempat parkir dan kenyamanan ruang tunggu. Dalam hal ini pengguna jasa memperhatikan kualitas jasa dari ruang penerimaan pasien yang bersih, nyaman, dilengkapi dengan kursi, lantai berkeramik, TV, peralatan kantor yang lengkap, seragam staf yang rapi, menarik, dan bersih (Muninjaya, 2011).

3. Keterbatasan jumlah tenaga perawat dalam memberikan pelayanan

a. Standar pelayanan kesehatan di rawat inap

Menurut Muslihuddin (2006) mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik apabila :

- 1) Memberikan rasa tenang kepada pasien
- 2) Menyediakan pelayanan yang benar-benar profesional dari setiap strata pengelola rumah sakit. Pelayanan bermula sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien.

Kedua aspek mutu asuhan pelayanan rawat inap ini dapat diartikan sebagai berikut :

- 1) Petugas penerima pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat.
 - 2) Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat menaruh kepercayaan bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar.
 - 3) Penanganan oleh para dokter dan perawat yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih puskesmas rawat inap.
 - 4) Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah kepada puskesmas rawat inap.
 - 5) Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional.
 - 6) Lingkungan puskesmas rawat inap yang nyaman.
- b. Keterbatasan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan

Formula penghitungan kebutuhan tenaga yang ada antara lain metode Depkes RI. Menurut aturan Depkes RI (2005) jam kerja efektif perawat per hari yaitu sebanyak 7 jam, jumlah hari libur/cuti perawat dalam setahun, yaitu 78 hari (meliputi 52 hari minggu dalam setahun +12 hari cuti dalam setahun +14 hari libur nasional dalam setahun), serta

jumlah perawat yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan non keperawatan sesuai pedoman Depkes RI sebesar 25% dari jumlah perawat semuanya.

Pasien yang dirawat inap di Instalasi Rawat Inap mempunyai tingkat ketergantungan yang berbeda. Depkes RI (2005) membagi tingkat ketergantungan pasien menjadi 4 yaitu pasien dengan tingkat ketergantungan minimal, sedang, agak berat, dan maksimal. Tiap tingkat ketergantungan tersebut mempunyai kriteria yang didasarkan pada penggunaan alat bantu pemenuhan kebutuhan dan frekuensi observasi yang diperlukan (Depkes RI, 2005).

Tingkat ketergantungan mempengaruhi kebutuhan akan perawatan dari perawat. Klasifikasi tingkat ketergantungan menurut Depkes RI adalah ketergantungan maksimal (jam perawatan 6,16 jam/hari), ketergantungan agak berat (4,15 jam/hari), ketergantungan sedang (3,08 jam/hari) atau ketergantungan minimal (2 jam/hari). Metode Depkes RI menghitung waktu perawatan langsung yang diberikan kepada pasien. Setelah mengetahui jam perawatan total dibagi dengan 7 jam (jam efektif perawat) sehingga diketahui jumlah tenaga yang diperlukan. Jumlah ini masih perlu ditambah dengan faktor koreksi yaitu *loss day* dan *non-nursing jobs*. *Loss day* adalah jumlah perawat yang dibutuhkan untuk mengganti waktu hari libur. *Non-nursing jobs* menurut pedoman Depkes RI dijelaskan sebagai jumlah tenaga keperawatan yang

mengerjakan tugas-tugas non keperawatan. *Non-nursing jobs* ini diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan (Depkes RI, 2005).

Tujuan utama dari asuhan keperawatan adalah membantu pasien mengatasi masalah keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasarnya (Irsjam, 2006). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memandang pasien sebagai pusat perhatian. Pandangan ini didasarkan pada keyakinan perawat sebagai berikut :

- 1) Tindakan keperawatan didasarkan pada kebutuhan manusia.
- 2) Asuhan keperawatan yang bersifat humanistik didasarkan pada kebutuhan manusia yang dilaksanakan secara universal pada semua tingkat perkembangan.
- 3) Sikap dan tingkah laku dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi rasa empati, menghargai orang lain dan tenggang rasa.
- 4) Keperawatan menghargai kepercayaan dan nilai – nilai yang dianut manusia.

Dalam melaksanakan intervensi keperawatan terdapat 14 kebutuhan konsumen yang harus mendapat perhatian perawat, yaitu:

- 1) Memenuhi kebutuhan oksigen.
- 2) Memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan, dan elektrolit.
- 3) Memenuhi kebutuhan eliminasi.
- 4) Memenuhi kebutuhan keamanan.
- 5) Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan.
- 6) Memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani.

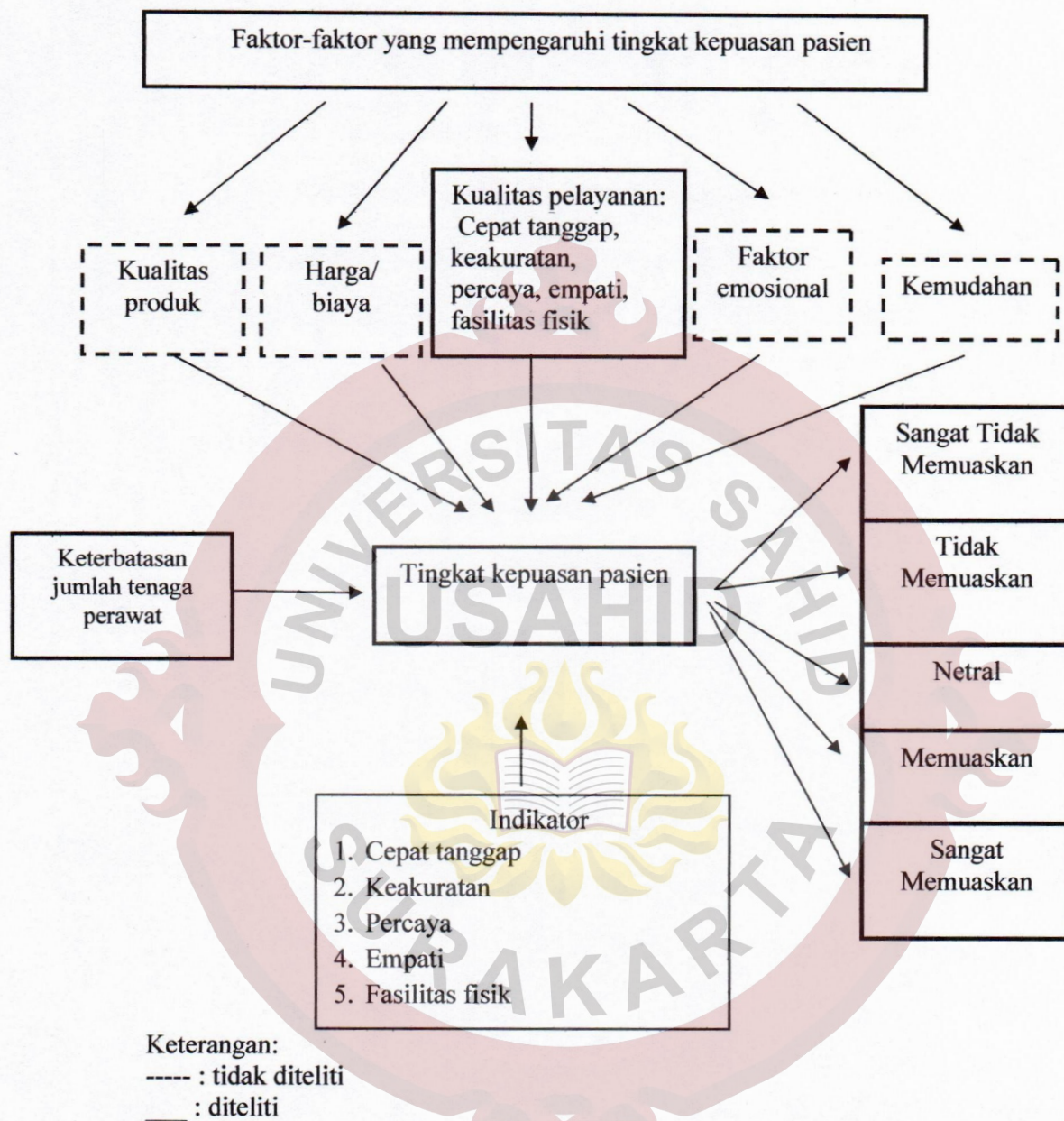
- 7) Memenuhi kebutuhan spiritual.
- 8) Memenuhi kebutuhan emosional.
- 9) Memenuhi kebutuhan komunikasi.
- 10) Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis.
- 11) Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membangun proses penyembuhan.
- 12) Memenuhi kebutuhan penyuluhan.
- 13) Memenuhi kebutuhan rehabilitasi.

c. Keterbatasan dokter dalam memberikan pelayanan kesehatan

Tenaga medis merupakan unsur yang memberikan pengaruh paling besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada pasien di Rumah Sakit. Fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medik kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya, menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan kepada pasien dari rumah sakit.

Donabedian (2008) mengatakan bahwa perilaku dokter dalam aspek manajemen, manajemen lingkungan sosial, manajemen psikologi dan manajemen terpadu, manajemen kontinuitas dan koordinasi kesehatan dan penyakit harus mencakup beberapa hal, yaitu ketepatan diagnosis, ketepatan dan kecukupan terapi, catatan dan dokumen pasien yang lengkap dan koordinasi perawatan secara kontinuitas bagi semua anggota keluarga.

B. Kerangka Teori Penelitian



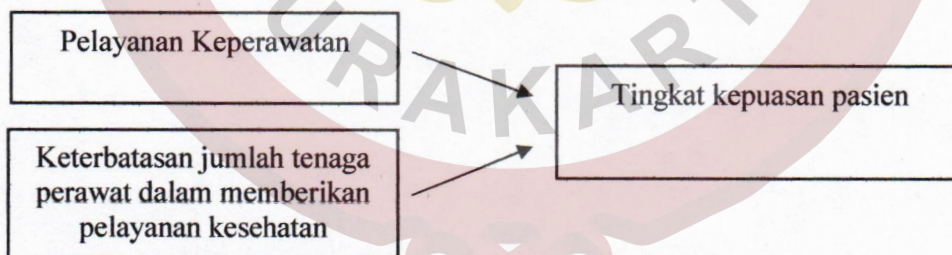
Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Irawan (2007), Tim Marknesis (2009), Kuntoro (2010), dan Muninjaya (2011)

Berdasarkan kerangka teori tersebut diketahui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien diantaranya adalah kualitas produk pelayanan kesehatan, harga/ biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan yang didapatkan pasien, kualitas pelayanan, faktor emosional dari pasien serta kemudahan pelayanan kesehatan yang didapatkan pasien. Selain faktor tersebut masih ada juga faktor keterbatasan jumlah tenaga perawat dan karakteristik pasien seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan maupun tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Tingkat kepuasan pasien itu sendiri terbagi menjadi lima kategori yaitu sangat tidak memuaskan, tidak memuaskan, netral, memuaskan dan sangat memuaskan. Dalam penelitian ini faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien yang diteliti adalah kualitas pelayanan dan keterbatasan jumlah tenaga perawat.

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian seperti terlihat pada gambar berikut ini :



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah “Ada hubungan pelayanan keperawatan dan keterbatasan jumlah tenaga perawat dalam memberikan asuhan pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien di Rawat Inap Purwantoro”.

