

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAAH PUSTAKA

1. Kepuasan Pasien

a. Defenisi Kepuasan Pasien

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan Kepuasan adalah suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan dapat dipenuhi melalui produk yang diberikan (Haffizurrachman, 2004). Kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapan (Kotler,2007).

Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap hasil yang diterima serta memenuhi harapan dan keinginannya. Kepuasan berkaitan dengan kesembuhan pasien dari sakit atau luka. Hal ini lebih berkaitan dengan konsekuensi

sifat pelayanan kesehatan itu sendiri, berkaitan pula dengan sasaran dan hasil pelayanan. Kepuasan pasien dalam menilai mutu atau pelayanan yang baik, dan merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi mutu pelayanan. Hal ini karena memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan bermutu dengan nilai dan harapan pasien yang mempunyai wewenang sendiri untuk menetapkan standar mutu pelayanan yang dikehendaki (Hafizurrachman, 2004).

Menurut Gerson (2004), kepuasan pasien adalah persepsi pasien bahwa harapannya telah terpenuhi atau terlampaui. Sedangkan menurut Nurachmah (2005), kepuasan pasien didefinisikan sebagai evaluasi paska konsumsi bahwa suatu produk yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan. Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan pelayanan pasien dari persepsi pasien/ keluarga terdekat. Kepuasan pasien akan tercapai, apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien atau keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan,

kondisi lingkungan fisik dan memprioritaskan kebutuhan pasien, sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah yang telah dialami guna memperoleh hasil tersebut (Soejadi, 1996). Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien merupakan nilai subyektif pasien terhadap pelayanan yang diberikan setelah membandingkan dari hasil pelayanan yang diberikan dengan harapannya. Pasien akan merasa puas jika pelayanan yang diberikan sesuai harapan pasien atau bahkan lebih dari apa yang diharapkan pasien.

b. Metode pengukur kepuasan pasien

Ada beberapa metode yang digunakan dalam mengukur kepuasan pelanggan diantaranya :

1. Sistem keluhan dan saran. Setiap perusahaan berorientasi pada pelanggan perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang bisa digunakan yaitu kotak

saran yang diletakkan ditempat-tempat strategis (yang mudah dijangkau pelanggan atau sering dilewati pelanggan), menyediakan kartu komentar (yang bias diisi langsung ataupun yang bisa dikirim via pos kepada perusahaan), menyediakan saluran telepon khusus, dan lain-lain. Informasi yang diperoleh melalui metode ini dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga kepada perusahaan, sehingga memungkinkan untuk memberikan respon secara cepat dan tanggap terhadap setiap masalah yang timbul. Namun dengan metode ini cenderung bersifat pasif, maka sulit mendapatkan gambaran lengkap mengenai kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan (Praptiwi, 2010).

2. Survey kepuasan pelanggan. Melalui survey, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan sekaligus juga memberi tanda atau sinyal positif bahwa

perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya (Kotler, 1996).

3. *Ghost shopping*. Metode ini dilaksanakan dengan cara memperkerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan atau pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing. Lalu *ghost shopper* tersebut menyampaikan temuan - temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut. Selain itu *ghost shopper* juga dapat mengamati atau menilai cara perusahaan dan pesaingnya menjawab pertanyaan pelanggan dan menangani setiap keluhan (Tjiptono,2006).
4. *Lost customer analysis*. Dalam metode ini, perusahaan berusaha menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok.

c. Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan obyektif. Dengan hasil pengukuran orang biasa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkannya dengan standar kerja dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut :

1. Pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan.
2. Pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat.

3. Pengukuran pemberian umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bila pelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.
4. Pengukuran memberitahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya, informasi ini juga biasa datang dari pelanggan.
5. Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

Pasien akan merasa sangat tidak puas apabila hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat didapatkan pasien jauh dibawah harapannya, jika hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat belum memenuhi harapan pasien maka pasien akan merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diterima pasien. Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi harapan rata-rata pasien, sedangkan pasien akan merasa

sangat puas apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat melebihi apa yang diharapkan pasien.

d. Dimensi Kepuasan Pasien

Dimensi kepuasan yang dirasakan seseorang sangat bervariasi sekali, namun secara umum dimensi dari kepuasan sebagaimana yang didefinisikan diatas mencakup hal-hal seperti kemampuan yang mengacu hanya pada penerapan standart kode etik profesi. Pelayanan kesehatan dikatakan memenuhi kebutuhan kepuasan pasien apabila pelayanan yang diberikan mengikuti standart serta kode etik yang disepakati dalam suatu profesi, atau dengan kata lain yaitu bila suatu pelayanan kesehatan yang diberikan telah mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh profesi yang berkompeten serta tidak menyimpang dari kode etik yang berlaku bagi profesi tersebut. Ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai pemikiran seseorang terhadap kepuasan yang diperolehnya mencakup hubungan petugas dan pasien (*relationship*), kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan melakukan pilihan (*choice*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*),

efektifitas pelayanan (*effectivess*) dan keamanan tindakan (*safety*).

Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Persyaratan suatu pelayanan kesehatan dinyatakan sebagai pelayanan yang bermutu dan dapat memberikan kepuasan pada penerima jasa apabila pelaksanaan pelayanan yang diajukan atau ditetapkan, yang didalamnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*), kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*), kesinambungan pelayanan kesehatan (*continue*), penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*), ketercapaian pelayanan kesehatan (*accessible*), keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*), efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*) dan mutu pelayanan kesehatan (*quality*). Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang memenuhi semua persyaratan pelayanan tidak semudah yang diperkirakan, sehingga untuk mengatasi hal ini diterapkan prinsip kepuasan yang terkombinasi secara selektif dan efektif (Azwar, 1996).

e. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien**

Penilaian kualitas pelayanan dikaitkan dengan kepuasan pasien dengan berfokus pada aspek fungsi dari proses pelayanan (Supranto, 2001) yaitu *Tangibles* (Wujud nyata) adalah wujud langsung yang meliputi fasilitas fisik, yang mencakup kemutahiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi SDM perusahaan dan keselarasan antara fasilitas fisik dengan jenis jasa yang diberikan.

1. *Reliability* (kepercayaan) adalah pelayanan yang disajikan dengan segera dan *memuaskan* dan merupakan aspek-aspek keandalan system pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana, kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, keandalan penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan keakuratan penanganan.
2. *Responsiveness* (tanggung jawab) adalah keinginan untuk membantu dan menyediakan jasa yang dibutuhkan konsumen. Hal ini meliputi kejelasan informasi waktu

penyampaian jasa, ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan administrasi, kesediaan pegawai dalam membantu konsumen, keluangan waktu pegawai dalam menanggapi permintaan pasien dengan cepat.

3. *Assurance* (jaminan) adalah adanya jaminan bahwa jasa yang ditawarkan memberikan jaminan keamanan yang meliputi kemampuan SDM, rasa aman selama berurusan dengan karyawan, kesabaran karyawan, dukungan pimpinan terhadap staf.
4. *Empathy* (empati) adalah berkaitan dengan memberikan perhatian penuh kepada konsumen yang meliputi perhatian kepada konsumen, perhatian staf secara pribadi kepada konsumen, pemahaman akan kebutuhan konsumen, perhatian terhadap kepentingan konsumen, kesesuaian waktu pelayanan dengan kebutuhan konsumen.

Semua faktor kepuasan pasien tersebut pada hakikatnya sangat berkaitan dan ditentukan oleh mutu kerja para perawat, sehubungan dengan hal tersebut, pada dasarnya kepuasan pasien dipengaruhi oleh faktor-faktor teknologi, kemampuan

kerja perawat, kemauan perawat, dan lingkungan kerja perawat. Notoatmodjo (2003), berpendapat bahwa faktor-faktor dasar yang mempengaruhi kepuasan yaitu :

1. Pengetahuan yaitu tingkat pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku individu, yang mana makin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang kesehatan, maka makin tinggi untuk berperan serta.
2. Kesadaran yang berarti bahwa bila pengetahuan tidak dapat dipahami, maka dengan sendirinya timbul suatu kesadaran untuk berperilaku berpartisipasi.
3. Sikap positif yaitu sikap yang merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sedangkan salah satu kompensasi dari sikap yang positif adalah menerima (receiving), diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
4. Sosial ekonomi yaitu pelayanan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan biaya yang telah dikeluarkan oleh pasien. Semakin tinggi biaya yang dikeluarkan oleh pasien maka semakin baik pelayanan yang diberikan.

5. Sistem nilai yaitu nilai seseorang pasien yang mempengaruhi seorang pasien untuk mempersepsikan pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pemahaman pasien tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya yang berarti bahwa tingkat pemahaman pasien terhadap tindakan yang diberikan akan mempengaruhi tingkat kepuasan seseorang terhadap tindakan. Empati yang ditujukan oleh pemberi pelayanan kesehatan, sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan pasien (*compliance*).

f. Klasifikasi Kepuasan Pasien

Menurut Nursalam (2003), untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan yaitu:

1. Sangat tidak memuaskan
2. Tidak memuaskan
3. Cukup memuaskan
4. Memuaskan
5. Sangat memuaskan

Pasien akan merasa *sangat tidak puas* apabila hasil pelayanan yang diberikan didapatkan pasien jauh dibawah harapannya, jika hasil pelayanan yang diberikan belum memenuhi harapan pasien maka pasien akan merasa *tidak puas* terhadap pelayanan yang diterima pasien. Pelayanan akan *cukup memuaskan* jika pelayanan yang diberikan sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan *memuaskan* apabila pelayanan yang diberikan sudah memenuhi harapan rata-rata pasien, sedangkan pasien akan merasa *sangat puas* apabila pelayanan yang diberikan melebihi apa yang diharapkan pasien.

2. PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik)

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) Penyakit paru obstruktif kronik merupakan penyakit dengan preventif dan terapi yang umum, penyakit ini dicirikan dengan penyempitan saluran nafas persisten yang biasanya progresif dan dihubungkan dengan peningkatan respon inflamasi kronik di saluran pernapasan dan paru untuk menyerang partikel dan gas. Eksaserbasi dan komorbiditas berkontribusi pada beberapa penderita PPOK. Gejala dari

PPOK adalah: *dyspnea*, batuk kronik, dan produksi sputum yang kronik. Penyakit yang bersifat progresif ini disebabkan karena terjadinya inflamasi kronik akibat pajanan partikel atau gas beracun yang terjadi dalam kurun waktu yang cukup lama dengan gejala utama sesak nafas, batuk, dan produksi sputum. (Halpin, 2008)

a. Patogenesis

Saluran napas dan paru berfungsi untuk proses respirasi yaitu pengambilan oksigen untuk keperluan metabolisme dan pengeluaran karbondioksida dan air sebagai hasil metabolisme. Proses ini terdiri dari tiga tahap, yaitu ventilasi, difusi dan perfusi. Ventilasi adalah proses masuk dan keluarnya udara dari dalam paru. Difusi adalah peristiwa pertukaran gas antara alveolus dan pembuluh darah, sedangkan perfusi adalah distribusi darah yang sudah teroksigenasi. Gangguan ventilasi terdiri dari gangguan restriksi yaitu gangguan pengembangan paru serta gangguan obstruksi berupa perlambatan aliran udara di saluran napas. Parameter yang sering dipakai untuk melihat gangguan restriksi

adalah kapasitas vital (KV), sedangkan untuk gangguan obstruksi digunakan parameter volume ekspirasi paksa detik pertama (), dan rasio volume ekspirasi paksa detik pertama terhadap kapasitas vital paksa (/FCV). (Sherwood, 2011)

b. Faktor resiko

Dunia sudah mengakui bahwa factor resiko terbesar dari PPOK ini adalah tembakau. Lingkungan luar, pekerjaan, dan pulusi udara di dalam ruang adalah faktor resiko lain dari PPOK. Resiko PPOK dihubungkan dengan beban partikel yang terhirup seseorang selama hidupnya (GOLD, 2015).

1. Merokok

Pada tahun 1964, penasihat *Committee Surgeon General of the United States* menyatakan bahwa merokok merupakan faktor risiko utama mortalitas bronkitis kronik dan emfisema. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dalam waktu satu detik setelah *forced expiratory maneuver* , terjadi penurunan mendadak dalam volume ekspirasi yang bergantung

pada intensitas merokok. Hubungan antara penurunan fungsi paru dengan intensitas merokok ini berkaitan dengan peningkatan kadar prevalensi PPOK seiring dengan pertambahan umur. Prevalensi merokok yang tinggi dikalangan pria menjelaskan penyebab tingginya prevalensi PPOK dikalangan pria. Sementara prevalensi PPOK dikalangan wanita semakin meningkat akibat peningkatan jumlah wanita yang merokok dari tahun ke tahun (Reilly et al, 2008). PPOK berkembang pada hampir 15% perokok. Umur pertama kali merokok, jumlah batang rokok yang dihisap dalam setahun, serta status terbaru perokok memprediksikan mortalitas akibat PPOK. Individu yang merokok mengalami penurunan pada dimana kira-kira hampir 90% perokok berisiko menderita PPOK. *Second-hand smoker* atau perokok pasif berisiko untuk terkena infeksi sistem pernafasan, dan gejala-gejala asma. Hal ini

mengakibatkan penurunan fungsi paru. (Kamangar, 2010)

2. Hiperresponsif saluran pernafasan

Menurut Dutch hypothesis, asma, bronkitis kronik, dan emfisema adalah variasi penyakit yang hampir sama yang diakibatkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Sementara British hypothesis menyatakan bahwa asma dan PPOK merupakan dua kondisi yang berbeda. Asma diakibatkan reaksi alergi sedangkan PPOK adalah proses inflamasi dan kerusakan yang terjadi akibat merokok. Penelitian yang menilai hubungan tingkat respon saluran pernafasan dengan penurunan fungsi paru membuktikan bahwa peningkatan respon saluran pernafasan merupakan pengukur yang signifikan bagi penurunan fungsi paru (Reilly et al, 2008). Meskipun begitu, hubungan hal ini dengan individu yang merokok masih belum jelas. Hiperresponsif salur pernafasan ini bisa menjurus kepada remodeling salur nafas yang menyebabkan

terjadinya lebih banyak obstruksi pada penderita PPOK (Kamangar, 2010).

3. Infeksi saluran pernafasan

Infeksi saluran pernafasan adalah faktor risiko yang berpotensi untuk perkembangan dan progresi PPOK pada orang dewasa. Dipercaya bahwa infeksi salur nafas pada masa anak-anak juga berpotensi sebagai faktor predisposisi perkembangan PPOK. Meskipun infeksi saluran nafas adalah penyebab penting terjadinya eksaserbasi PPOK, hubungan infeksi saluran nafas dewasa dan anak- anak dengan perkembangan PPOK masih belum bisa dibuktikan (Reilly et al, 2008).

4. Pemaparan akibat pekerjaan

Peningkatan gejala gangguan saluran pernafasan dan obstruksi saluran nafas juga bisa diakibatkan pemaparan terhadap abu dan debu selama bekerja. Pekerjaan seperti melombong arang batu dan perusahaan penghasil tekstil daripada kapas berisiko untuk mengalami obstruksi saluran

nafas. Pada pekerja yang terpapar dengan kadmium pula, \dot{V}_{FVC} , dan DLCO menurun secara signifikan (FVC, force vital capacity; DLCO, carbon monoxide diffusing capacity of lung). Hal ini terjadi seiring dengan peningkatan kasus obstruksi saluran nafas dan emfisema. Walaupun beberapa pekerjaan yang terpapar dengan debu dan gas yang berbahaya berisiko untuk mendapat PPOK, efek yang muncul adalah kurang jika dibandingkan dengan efek akibat merokok (Reilly et al, 2008).

5. Polusi udara

Beberapa peneliti melaporkan peningkatan gejala gangguan saluran pernafasan pada individu yang tinggal di kota dari pada desa yang berhubungan dengan polusi udara yang lebih tinggi di kota. Meskipun demikian, hubungan polusi udara dengan terjadinya PPOK masih tidak bisa dibuktikan. Pemaparan terus-menerus dengan asap hasil pembakaran biomass dikatakan menjadi faktor

risiko yang signifikan terjadinya PPOK pada kaum wanita di beberapa negara. Meskipun begitu, polusi udara adalah faktor risiko yang kurang penting berbanding merokok (Reilly et al, 2008).

3. Mutu Pelayanan Kesehatan

a. Defenisi Mutu Pelayanan Kesehatan

Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan (1994), mengemukakan mutu adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi, sumberdaya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien (Muninjaya, 2014). Pelayanan yang bermutu sangat

diperlukan karena merupakan hak setiap pelanggan, dan dapat memberi peluang untuk memenangkan persaingan dengan pemberi layanan kesehatan lainnya. Kualitas pelayanan dan nilai ini berdampak langsung terhadap pelanggan. Pelayanan yang bermutu sangat diperlukan karena merupakan hak setiap pelanggan, dan dapat memberi peluang untuk memenangkan persaingan dengan pemberi layanan kesehatan lainnya. Kualitas pelayanan dan nilai berdampak langsung terhadap pelanggan. Kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang dirasakan (Kui Son Cui et al, 2002). Pelanggan insitusi pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Pelanggan internal (*internal customer*) yaitu mereka yang bekerja di dalam institusi kesehatan seperti staf medis, paramedis, teknisi, administrasi, pengelola dan lain sebagainya.
2. Pelanggan eksternal (*external customer*) yaitu pasien, keluarga pasien, pengunjung, pemerintah, perusahaan asuransi kesehatan, masyarakat umum, rekanan, lembaga swadaya masyarakat dan lain sebagainya (Muninjaya,

2014).

Supardi (2008) berpendapat hampir sama dengan teori tersebut yaitu bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari sudut pandang pengguna layanan, penyandang dana pelayanan, dan penyelenggara pelayanan.

b. Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar, 1994 dalam Endarwati, 2012) adalah unsur masukan, lingkungan dan proses.

1. Unsur Masukan

Unsur masukan meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana. Jika sumber daya manusia dan sarana tidak sesuai dengan standar dan kebutuhan, maka pelayanan kesehatan akan kurang bermutu. Upaya dalam meningkatkan mutu puskesmas diperlukan sumber daya manusia yang profesional (SDM) dan peningkatan fasilitas kesehatan (Muninjaya, 2004). SDM yang profesional harus mempunyai pendidikan dan keahlian serta memiliki motivasi, kompetensi dan komitmen kerja yang baik (Muninjaya, 2004).

2. Unsur Lingkungan

Unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen.

3. Unsur Proses

Yang termasuk dalam unsur proses meliputi proses pelayanan baik tindakan medis maupun tindakan non-medis. Tindakan non medis salah satunya adalah penerapan manajemen puskesmas yang merupakan proses dalam rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis untuk mencapai tujuan puskesmas (Kemenkes, 2012).

Hal ini sejalan dengan teori yang disampaikan oleh Muninjaya (2014) bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dikaji berdasarkan output sistem pelayanan kesehatan. Output sistem pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu masukan/input, proses dan lingkungan.

Menurut Donabedian dalam Alwi, A. (2011) ada tiga pendekatan penilaian mutu yaitu :

1. *Input*

Aspek struktur meliputi segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. *Input* fokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

2. *Proses*

Merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen.

3. *Output*

Aspek keluaran adalah mutu pelayanan yang diberikan melalui tindakan dokter, perawat yang dapat dirasakan oleh pasien dan memberikan perubahan ke arah tingkat kesehatan dan kepuasan yang diharapkan pasien. Berdasarkan hasil penelitian oleh Melinda (2011) diketahui bahwa faktor lingkungan yaitu iklim kerja

organisasi dan komitmen organisasi dapat menjadi prediktor mutu pelayanan kesehatan. Penelitian lain oleh Hardianti dkk (2013) menyatakan bahwa kenyamanan lingkungan kerja dan hubungan antar manusia berhubungan dengan mutu pelayanan antenatal di Puskesmas Pattingalloang Kota Makasar dengan nilai $p=0,001$.

c. Pendekatan Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Donabedian dalam Alwi (2011) ada tiga pendekatan penilaian mutu yaitu:

1. input meliputi aspek struktur meliputi segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. Input mengarah pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.
2. Proses merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya

dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen.

3. Output yang merupakan mutu pelayanan dimana diberikan melalui tindakan dokter, perawat yang dapat dirasakan oleh pasien dan memberikan perubahan ke arah tingkat kesehatan dan kepuasan yang diharapkan pasien. Berdasarkan hasil penelitian oleh Melinda (2011) diketahui bahwa faktor lingkungan yaitu iklim kerja organisasi dan komitmen organisasi dapat menjadi prediktor mutu pelayanan kesehatan.

4. Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Muninjaya (2014), menganalisis dimensi mutu jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Lima aspek komponen mutu pelayanan di rumah sakit dikenal dengan nama *Servqual (Service Quality)*. *Servqual* mempunyai kontribusi dalam mengidentifikasi masalah dan menentukan langkah awal pemberi layanan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan (Emin Babakus, 1992). Dimensi mutu terdiri dari lima dimensi yaitu bukti fisik (*tangibles*) dimana mutu pelayanan dapat dirasakan langsung terhadap penampilan

fasilitas fisik serta pendukung pendukung dalam pelayanan. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Muninjaya (2014), menganalisis dimensi mutu jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Lima aspek komponen mutu pelayanan dikenal dengan nama Servqual (Service Quality). Servqual mempunyai kontribusi dalam mengidentifikasi masalah dan menentukan langkah awal pemberi layanan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan (Emin Babakus, 1992). Dimensi mutu menurut Parasuraman dkk. terdiri dari lima dimensi. Pelayanan kesehatan akan dirasakan berkualitas oleh para pelanggannya jika penyampaianya dirasakan melebihi harapan dan pengguna layanan. Penilaian para pengguna jasa pelayanan ditujukan kepada penyampaian jasa, kualitas pelayanan, atau cara penyampaian jasa tersebut kepada para pemakai jasa (Muninjaya, 2010). Kualitas jasa pelayanan kesehatan akan sangat ditentukan apabila kebutuhan atau ekspektasi para pengguna jasa bisa terpenuhi dan diterima tepat waktu. Untuk itu, para penyedia jasa pelayanan kesehatan harus mampu memenuhi harapan pengguna jasa (Muninjaya, 2010).

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry dalam Muninjaya (2010) menganalisis dimensi kualitas jasa berdasarkan lima aspek komponen mutu. Kelima komponen mutu pelayanan dikenal dengan nama *ServQual*. Kelima dimensi mutu menurut Pasuraman dkk, meliputi:

1. *Responsiveness* (cepat tanggap)

Dimensi ini dimasukkan ke dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Dimensi ini merupakan penilaian mutu pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu sejalan dengan kemajuan teknologi dan informasi kesehatan yang dimiliki oleh pelanggan. Nilai waktu bagi pelanggan menjadi semakin mahal karena masyarakat merasa kegiatan ekonominya semakin meningkat. *Time is money* berlaku untuk menilai mutu pelayanan kesehatan dari aspek ekonomi para penggunanya. Pelayanan kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan pelanggannya kebanyak ditentukan

oleh sikap para front-line staff. Mereka secara langsung berhubungan dengan para pengguna jasa dan keluarganya, baik melalui tatap muka, komunikasi non verbal, langsung atau melalui telepon.

2. *Reliability* (Kehandalan)

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan. Dari kelima dimensi kualitas jasa, *reliability* dinilai paling penting oleh para pelanggan berbagai industri jasa. Karena sifat produk jasa yang tidak standar, dan produknya juga sangat tergantung dari aktivitas manusia sehingga akan sulit mengharapkan output yang konsisten. Apalagi jasa diproduksi dan dikonsumsi pada saat yang bersamaan. Untuk meningkatkan *reliability* di bidang pelayanan kesehatan, pihak manajemen puncak perlu membangun budaya kerja bermutu yaitu budaya tidak ada kesalahan atau *corporate culture of no mistake* yang diterapkan mulai dari pimpinan puncak sampai ke *front line staff* (yang langsung berhubungan dengan pasien). Budaya kerja

seperti ini perlu diterapkan dengan membentuk kelompok kerja yang kompak dan mendapat pelatihan secara terus menerus sesuai dengan perkembangan teknologi kedokteran dan ekspektasi pasien.

3. Assurance (Jaminan)

Kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan. Pemenuhan terhadap kriteria pelayanan ini akan mengakibatkan pengguna jasa merasa terbebas dari resiko. Berdasarkan riset, dimensi ini meliputi faktor keramahan, kompetensi, kredibilitas dan keamanan. Variabel ini perlu dikembangkan oleh pihak manajemen institusi pelayanan kesehatan dengan melakukan investasi, tidak saja dalam bentuk uang melainkan keteladanan manajemen puncak, perubahan sikap dan kepribadian staff yang positif, dan perbaikan sistem remunerasinya (pembayaran upah).

4. *Empathy* (Empati)

Kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus *staff* kepada setiap pengguna jasa, memahami

kebutuhan mereka dan memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya. Peranan SDM kesehatan sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan karena mereka dapat langsung memenuhi kepuasan para pelanggan jasa pelayanan kesehatan.

5. *Tangibles* (Bukti Fisik)

Mutu jasa pelayanan 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 ketrampilan masing-masing. Dalam hal ini, perlu dimasukkan perbaikan sarana komunikasi dan perlengkapan pelayanan yang tidak langsung seperti tempat parkir dan kenyamanan ruang tunggu. Sifat produk jasa yang tidak bisa dilihat, dipegang, atau dirasakan, perlu ada ukuran lain yang bisa dirasakan lebih nyata oleh para pengguna pelayanan. Dalam hal ini, pengguna jasa menggunakan inderanya (mata, telinga dan rasa) untuk menilai kualitas

jasa pelayanan kesehatan yang diterima, misalnya ruang penerimaan pasien yang bersih, nyaman, dilengkapi dengan kursi, lantai berkeramik, TV, peralatan kantor yang lengkap, seragam staff yang rapi, menarik dan bersih. Terkait dengan dimensi mutu pelayanan, terdapat beberapa pendapat dari hasil penelitian. Melinda (2011) menyatakan bahwa kunci keberhasilan dari pelayanan kesehatan adalah kecepatan pelayanan, keramahan, efektifitas tindakan serta kenyamanan bagi pasien dan pengunjung lainnya. Dukungan dan komitmen petugas menjadi faktor pendorong yang sangat efektif dalam tahap-tahap menuju kemajuan puskesmas. Noor, A. (2013) menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan lebih terfokus pada dimensi daya tanggap petugas. Pasien lebih membutuhkan keramahan petugas dan komunikasi petugas dengan pasien. Sedangkan pendapat Rosita dkk (2011) adalah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, empati atau perhatian tenaga kesehatan sangat diharapkan oleh pemakai jasa atau pasien.

5. Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan

Langkah-langkah pengembangan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit harus dimulai dari perencanaan, pengembangan jaminan mutu, penentuan standar hingga monitoring dan evaluasi hasil. Menurut Amchan dalam Muninjaya (2014) langkah-langkah pengembangan jaminan mutu terdiri dari tiga tahap yaitu :

- a. Tahap pengembangan strategi yang dimulai dengan membangkitkan kesadaran (*awareness*) akan perlunya pengembangan jaminan mutu pelayanan yang diikuti dengan berbagai upaya pelaksanaan, peningkatan, komitmen dan pimpinan, merumuskan visi dan misi institusi diikuti dengan penyusunan rencana strategis, kebijakan dan rencana operasional, perbaikan infrastruktur agar kondusif dengan upaya pengembangan mutu.
- b. Tahap tranformasi yaitu membuat model-model percontohan di dalam institusi untuk peningkatan mutu secara berkesinambungan yang mencakup perbaikan proses perbaikan standar prosedur, dan pengukuran

tingkat kepatuhan terhadap standar prosedur tersebut, pembentukan kelompok kerja (pokja) mutu yang trampil melakukan perbaikan mutu, pelatihan pemantauan, pemecahan masalah untuk selanjutnya dipakai sebagai dasar peningkatan mutu, *monitoring* dan evaluasinya. Rangkaian ini disingkat PDCA (*Plan, Do, Check and Action*).

- c. Tahap integrasi yaitu pengembangan pelaksanaan jaminan mutu diterapkan di seluruh jaringan (unit) institusi, tetapi tetap memperthanakan komitmen yang sudah tumbuh, optimalisasi proses pengembangan jaminan mutu secara berkesinambungan. Berdasarkan hal tersebut, maka rumah sakit dalam menciptakan kepuasan pasien harus memperhatikan tahap-tahap tersebut.

6. Aspek Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Menurut Depkes (2005), aspek mutu pelayanan rumah sakit berkaitan dengan medikolegal, sehingga perlu adanya evaluasi dari struktur input, struktur proses dan struktur luaran. Luaran dari sistem pelayanan rumah sakit adalah

hasil dari struktur input dan proses berupa unsur-unsur manajemen pelayanan di rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit dengan luaran yang memenuhi standar diawali adanya sumberdaya (*input*) yang memenuhi standar diikuti proses yang memenuhi standar. Masalah terhadap mutu pelayanan bisa dilihat dan diperbaiki dengan menggunakan pendekatan sistem seperti diatas. Mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien sebagai konsumen ditentukan oleh mutu pelayanan yang diberikan oleh berbagai profesi pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan yang diberikan manajemen yang terdapat di dalam organisasi. Dengan demikian akan terjadi hubungan timbal balik antara profesi pelayanan kesehatan dengan pasien, antara profesi pelayanan kesehatan dengan manajemen pelayanan kesehatan dan antara manajemen pelayanan kesehatan dengan pasien.

Menurut Pohan (2003), mutu pelayanan dalam organisasi seperti rumah sakit bisa digambarkan dalam bentuk segitiga sama sisi. Segitiga tersebut menggambarkan hubungan interaktif antara berbagai pihak yang terkait yaitu

pasien, profesi pelayanan kesehatan, penentu kebijakan dan pengambil keputusan. Organisasi pelayanan kesehatan sedikit berbeda dengan organisasi yang lain karena yang dihasilkan adalah berbagai jenis jasa pelayanan kesehatan serta di dalamnya bekerja berbagai macam kelompok profesi pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan tenaga medis menjadi bagian penting dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit, karena tenaga medis merupakan unsur yang memberikan pengaruh paling besar dalam menentukan kualitas dari pelayanan yang diberikan kepada pasien di rumah sakit. Fungsi utama dari pelayanan tenaga medis di rumah sakit adalah memberikan pelayanan medis yang berkualitas berdasarkan ilmu, tehnik, etika kedokteran yang berlaku dan dapat dipertanggungjawabkan.

7. Indikator Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit menurut DepKes RI (2001) antara lain Angka Kematian atau *Netto / Net Death Rate* (NDR) yaitu angka kematian yang terjadi selama lebih dari 48 jam setelah dirawat terhadap total pasien keluar dalam keadaan hidup dan meninggal. Nilai

NDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 2,5%. *Gross Death Rate* (GDR) yaitu angka kematian umum/total terhadap total pasien dalam keadaan hidup dan meninggal. Nilai GDR yang dianggap masih dapat ditolelir adalah kurang dari 4,5% serta angka infeksi Nosokomial dengan standar kurang dari sama dengan 1,5%.

B. PENELITIAN TERDAHULU

1. Penelitian Nurfardiansyah Burhanuddin (2016) dengan judul “Hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien RSUD Syekh Yusuf Gowa” metode penelitiannya yaitu metode analitik observasional dengan rancangan cross sectional. Penelitian ini dilaksanakan pada 19 Januari-6 Februari 2015 di ruang- ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap peserta BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015, yaitu sebanyak 479 orang. Sampel yang diperoleh sebanyak 156 orang dengan teknik pengambilan sampel consecutive sampling. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara

memberikan kuisioner secara terstruktur dan pengumpulan dokumen seperti laporan tahunan dan profil Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015, buku, dan penunjang lainnya yang terkait dengan penelitian. Hasil dari penelitian ini yaitu bahwa terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015. Terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi bukti fisik (tangible) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015, terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi kehandalan (realibility) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015, terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi ketanggapan (responsiveness) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015. Terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi

jaminan kepastian (assurance) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015, terdapat hubungan mutu pelayanan kesehatan berdasarkan dimensi empati (empathy) dengan kepuasan pasien peserta BPJS di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa tahun 2015. Perbedaan dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah perbedaan pada tempat penelitian dan Metode penelitian dengan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif.

2. Penelitian Sri Siswati (2015) dengan judul “Kualitas pelayan kesehatan dengan kepuasan pasien BPJS di Unit Rawat Inap RSUD Kota Makassar”. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan cross sectional study. Penelitian ini dilaksanakan di unit rawat inap rumah sakit umum daerah Kota Makassar pada bulan Januari tahun 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien peserta BPJS yang menjalani perawatan di unit rawat inap RSUD Kota Makassar berjumlah 1.293 orang. Teknik pengambilan sampel

menggunakan accidental sampling dengan besar sampel 143 orang. Data primer diperoleh melalui daftar pertanyaan (kuesioner) yang telah disusun sebelumnya kemudian diberikan dan diisi sendiri oleh responden. Hasil penelitiannya yaitu ahwa ada hubungan antara reability ($p=0,001$), tangible ($p=0,000$), empathy ($p=0,001$), responsiveness ($p=0,001$), dan keamanan dan kenyamanan ($p=0,001$) dengan kepuasan pasien BPJS di unit rawat inap RSUD Kota Makassar dan tidak ada hubungan antara assurance ($p=0,491$), jumlah personel ($p=0,106$), dan ketersediaan obat ($p=143$) dengan kepuasan pasien BPJS di unit rawat inap RSUD Kota Makassar. Perbedaan dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah perbedaan pada tempat penelitian dan Metode penelitian dengan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif.

3. Penelitian Aida Andriani (2017) dengan judul “Hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien di ruangan poli umum peuskesmas BukitTinggi”. Metode Penelitian yang digunakan yaitu penelitian survey analitik, dimana penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan

antara variabel yang diteliti dengan menggunakan desain cross sectional dimana variabel independen. Hasil penelitiannya yaitu Hampir sebagian pasien didapatkan 27 orang (41,5%) yang menyatakan mutu pelayanan rendah di Ruang Poli Umum Puskesmas Tigo Baleh. 2 Hanya sebagian kecil 3 orang (4,6%) yang mengatakan tidak puas terhadap pelayanan di Ruang Poli Umum Puskesmas Tigo Baleh. Ada hubungan yang bermakna antara pemberian mutu pelayanan dengan kepuasan pasien dipuskesmas tigo baleh Bukittinggi tahun 2014 dengan pvalue= 0,067.

C. LANDASAN TEORI

Kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara aktivitas dan kesenangan terhadap suatu produk dengan harapannya (Nursalam : 2011). Kolter (dalam Nursalam : 2011) menyebutkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang, puas

individu karena antara harapan dan kenyataan dalam memakai dan pelayanan yang diberikan terpenuhi.

Menurut UU No 29 Tahun 2009 Pasien adalah orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi Pasien adalah Orang yang memerlukan jasa dari orang lain, yang dalam hal ini adalah dokter untuk konsultasi kesehatannya, baik secara langsung maupun tidak langsung. (Agus Budianto dan Gwendolyyn inggrit, 2010 : 198). Kepuasan pelanggan adalah respon emosional terhadap pengalaman-pengalaman yang berkaitan dengan produk atau jasa tertentu yang dibeli, gerai ritel, atau bahkan pola perilaku dalam berbelanja dan perilaku pembeli. Westbrook dan Relly (dalam Tjiptono : 2007).

Menurut Endang (dalam Mamik : 2010) kepuasan pasien Adalah evaluasi atau penilaian setelah memakai suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang dipilih setidaknya-tidaknya memenuhi atau melebihi harapan. Sedangkan menurut (Pohan : 2007) kepuasan pasien adalah tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang

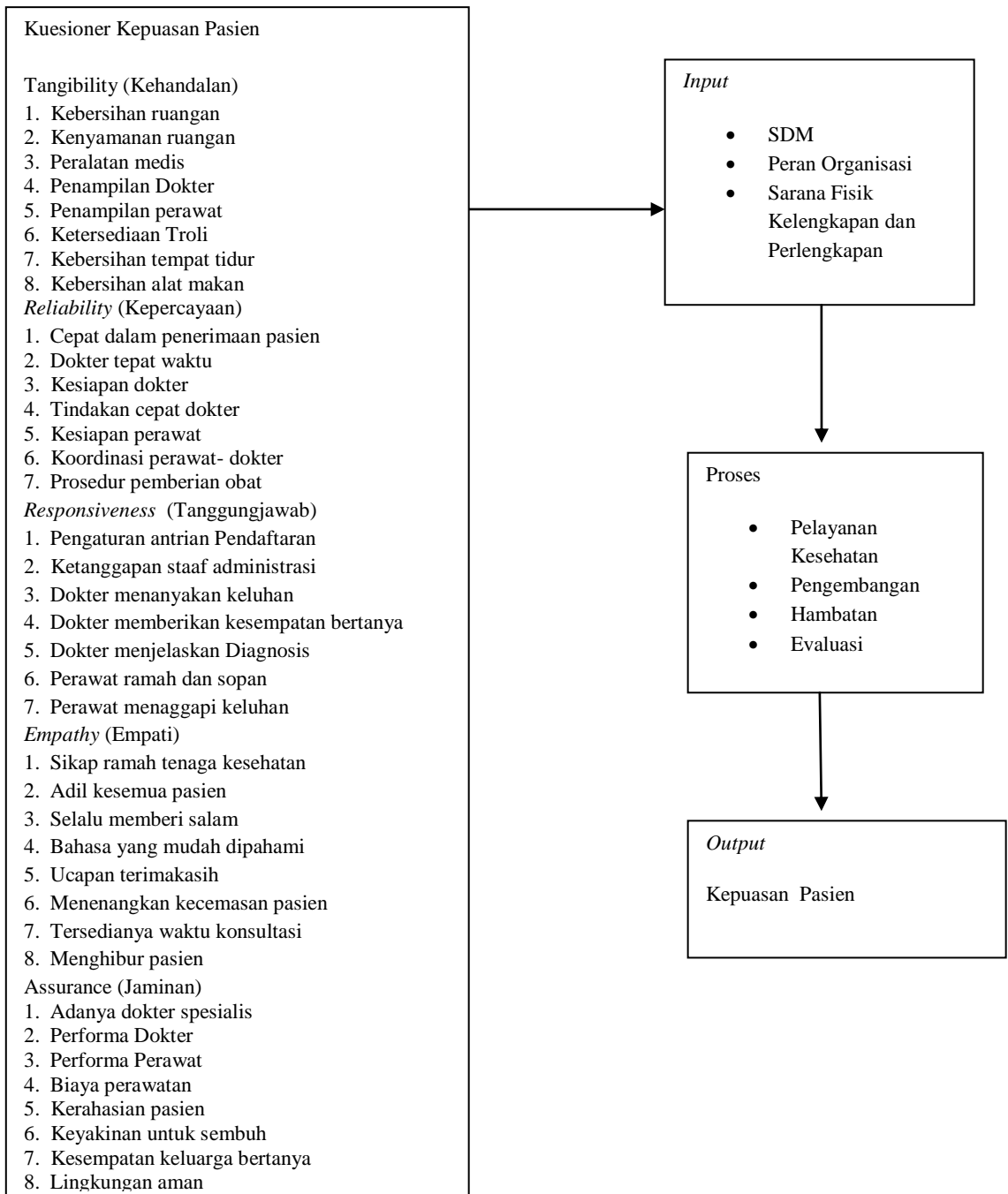
didapatnya, setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkannya.

Faktor–faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien Menurut Philip Kolter (1988) dalam supranto (2006) menyatakan bahwa ada lima faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien, antara lain yaitu sebagai berikut:

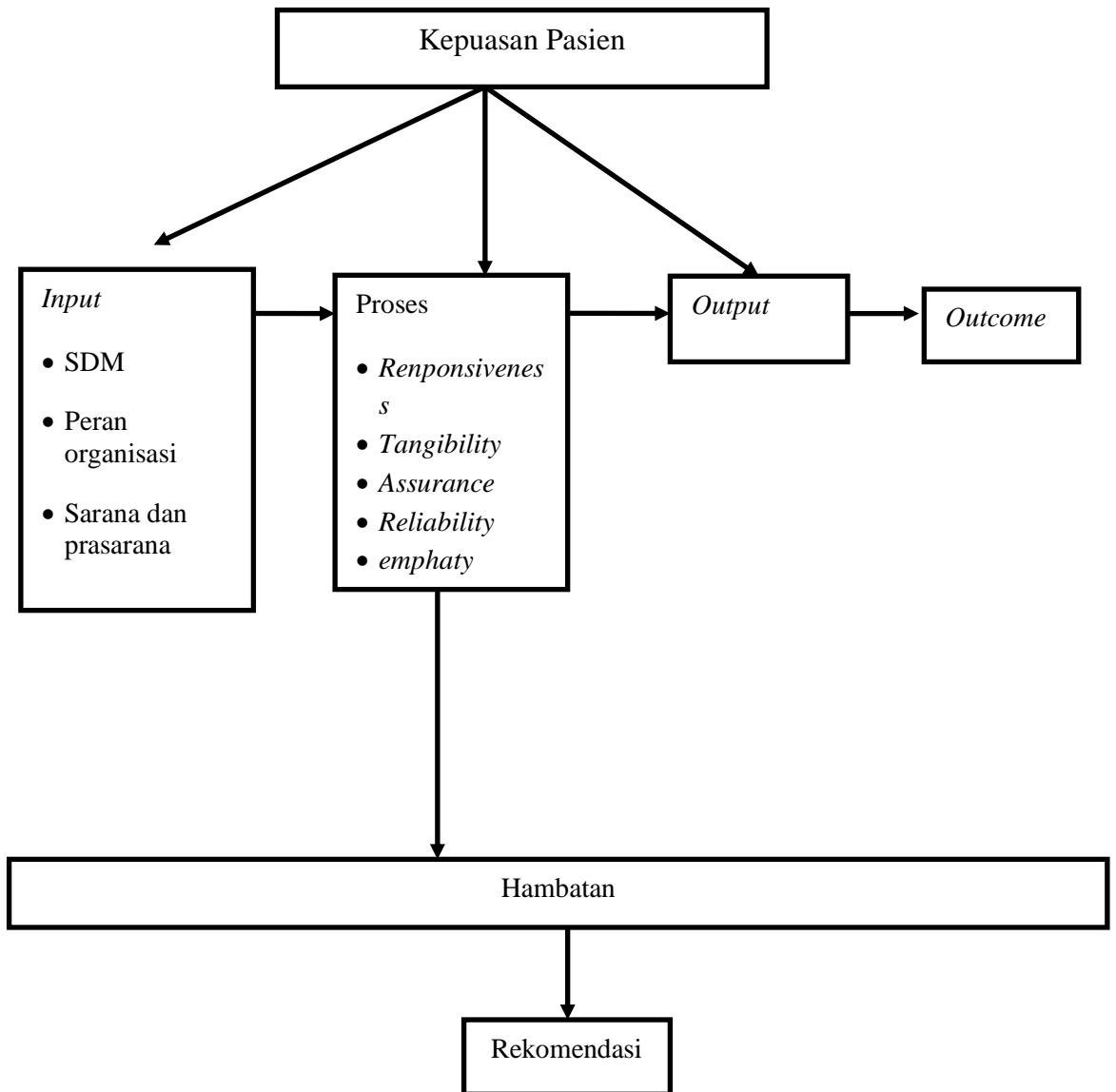
1. *Reliability* (kepercayaan) adalah pelayanan yang disajikan dengan segera dan *memuaskan* dan merupakan aspek – aspek keandalan system pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana, kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, keandalan penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan keakuratan penanganan.
2. *Tangibles* (Wujud nyata) adalah wujud langsung yang meliputi fasilitas fisik, yang mencakup kemutahiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi SDM perusahaan dan keselarasan antara fasilitas fisik dengan jenis jasa yang diberikan.

3. *Responsiveness* (tanggung jawab) adalah keinginan untuk membantu dan menyediakan jasa yang dibutuhkan konsumen. Hal ini meliputi kejelasan informasi waktu penyampaian jasa, ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan administrasi, kesediaan pegawai dalam membantu konsumen, keluangan waktu pegawai dalam menanggapi permintaan pasien dengan cepat.
4. *Assurance* (jaminan) adalah adanya jaminan bahwa jasa yang ditawarkan memberikan jaminan keamanan yang meliputi kemampuan SDM, rasa aman selama berurusan dengan karyawan, kesabaran karyawan, dukungan pimpinan terhadap staf.
5. *Empathy* (empati) adalah berkaitan dengan memberikan perhatian penuh kepada konsumen yang meliputi perhatian kepada konsumen, perhatian staf secara pribadi kepada konsumen, pemahaman akan kebutuhan konsumen, perhatian terhadap kepentingan konsumen, kesesuaian waktu pelayanan dengan kebutuhan konsumen.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

E. Kerangka konsep.**Gambar 2.3 Kerangka Konsep**

F. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kepuasan pasien terkait mutu pelayanan yang diberikan dilihat dari Dimensi *Tangibles* (Wujud Nyata)?
2. Bagaimana kepuasan pasien terkait mutu pelayanan yang diberikan RS Respira Yogyakarta dilihat dari Dimensi *Reliability* (Kepercayaan)?
3. Bagaimana kepuasan pasien terkait mutu pelayanan yang diberikan RS Respira Yogyakarta dilihat dari Dimensi *Responsiveness* (Tanggungjawab)?
4. Bagaimana kepuasan pasien terkait mutu pelayanan yang diberikan RS Respira Yogyakarta dilihat dari Dimensi *Empathy* (Empati)?
5. Bagaimana kepuasan pasien terkait mutu pelayanan yang diberikan RS Respira Yogyakarta dilihat dari Dimensi *Assurance* (Asuransi)?
6. Apa saja masalah dan hambatan dalam pemenuhan kepuasan pasien di RS Respira Yogyakarta?
7. Bagaimana Rekomendasi dan pemberian solusi terkait permasalahan dalam pemenuhan kepuasan pasien di RS Respira Yogyakarta?