

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Kepuasan Pasien

1. Kepuasan

Kepuasan pasien adalah keluaran (*outcome*) layanan kesehatan. Dengan demikian, kepuasan pasien merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu layanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Komponen kepuasan pasien dari mutu layanan kesehatan menjadi salah satu komponen utama atau penting. Dapat dibuktikan bahwa pasien dan/atau masyarakat yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan yang diselenggarakan cenderung mematuhi nasihat, setia, atau taat terhadap rencana pengobatan yang telah disepakati. Sebaliknya, pasien dan/atau masyarakat yang tidak merasakan kepuasan atau kekecewaan sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, tidak mematuhi nasihat, tidak mematuhi rencana pengobatan, berganti dokter atau pindah ke fasilitas layanan kesehatan lain (Pohan, 2017).

Kepuasan adalah ungkapan perasaan senang atau kecewa seseorang dari hasil perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakan dengan yang diharapkannya. Disatu pihak kepuasan pasien dipandang sebagai hasil yang didapatkan dari pengalaman mereka yang

memanfaatkan produk barang atau jasa. Berdasarkan pihak lain, kepuasan pasien juga kerap kali dipandang sebagai proses orientasi yang lebih mampu mengungkapkan pengalaman yang mereka rasakan secara keseluruhan dibandingkan orientasi hasil (Priyoto, 2014).

Kepuasan adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya. Jadi kepuasan pelanggan adalah hasil dari akumulasi konsumen atau pelanggan dalam menggunakan produk atau jasa. Kepuasan adalah model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan (Nursalam, 2016).

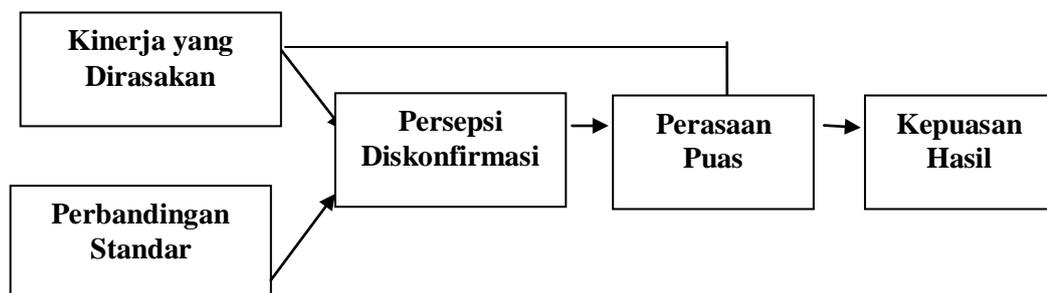
Kepuasan merupakan perasaan seseorang mengenai kesenangan atau kekecewaan sebagai hasil perbandingan antara kinerja dan harapan. Apabila kinerja yang diterima di bawah harapan mereka, maka pasien merasa tidak puas. Apabila kinerja sesuai atau melebihi harapan maka pasien akan merasa puas (Tjiptono, 2015).

2. **Teori Model Kepuasan**

Factor provider adalah terkait dengan karakteristik *provider* (pengetahuan dan kemampuan, motivasi, etos kerja) dalam menyediakan layanan kesehatan. Selain itu faktor variabel pekerjaan (desain pekerjaan, bahan kerja), dan faktor organisasi (kepemimpinan, supervisi, imbalan pekerjaan) juga ikut memengaruhi sikap dan perilaku *provider*. Kebutuhan adalah suatu keadaan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari. Kebutuhan adalah penyimpangan biopsikososial, terkait dengan

kondisi sehat dan sakit seseorang (*state of Health and Illnes*) (Nursalam, 2016).

Model kebutuhan adalah model yang menjelaskan faktor dominan pengaruh dari perspektif pasien (masyarakat). Pada utilisasi ada dua kemungkinan bahwa permintaan dan harapan masyarakat bisa dipenuhi. Kondisi ini disebut *satisfied demand*, sedangkan bila masyarakat tidak mendapatkan seperti yang diharapkan, maka disebut *unsatisfied demand*. *Unsatisfied demand* adalah mereka yang berharap berobat ke Rumah Sakit, tetapi karena adanya barrier (kendala)ekonomi atau jarak, akhirnya berobat tradisional. *Satisfied demand* adalah mereka yang menginginkan berobat ke Rumah Sakit dan dapat terpenuhi keinginannya (Nursalam, 2016).



Gambar 2.1 Teori Kepuasan Pelanggan (Woodruff dan Gardial dalam Nursalam, 2016)

3. Kepuasan Pelanggan (Pasien)

Kepuasan pelanggan terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, harapan pelanggan dapat anda penuhi, maka pelanggan akan puas. Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan. Kepuasan pasien adalah karena kepuasan pasien merupakan

salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan dan kepuasan pasien adalah suatu modal untuk mendapatkan pasien. (Pohan,2017)

Pasien yang loyal adalah “sarana promosi” yang murah. Memiliki pasien yang loyal akan meningkatkan daya jual institusi pelayanan kesehatan demikian juga kemampuannya untuk berlababa (profitabilitas meningkat). Dengan demikian subsidi silang untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun imbalan yang diberikan pada seluruh SDM di Institusi pelayanan kesehatan tersebut juga akan dapat lebih meningkat, gairah kerja tenaga kesehatan semakin meningkat termasuk kemauan untuk meningkatkan kepuasan pelanggannya (Nursalam, 2016).

4. Metode mengukur kepuasan

Ada beberapa metode yang digunakan dalam mengukur kepuasan pelanggan yaitu (Siagian, 2014):

a. Sistem keluhan dan saran

Menyediakan berupa kotak saran, dalam memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan keluhan, saran, dan kritikan mereka tentang pelayanan yang diterimanya.

b. Pembelanja Misterius (*Ghost Shopping*)

Metode ini merupakan bentuk strategi pelayanan kesehatan yang menggunakan beberapa orang untuk bersikap sebagai konsumen yang kemudian melaporkan temuannya sehingga hasil tersebut dapat dijadikan bahan evaluasi dan pengambilan keputusan.

c. *Lost Customer Analisis*

Perusahaan berusaha mencari informasi mengenai para konsumen yang telah berhenti membeli produknya, agar nantinya pihak perusahaan mampu memahami kebutuhan yang diharapkan oleh konsumen.

d. *Survei Kepuasan Pelanggan*

Kepuasan konsumen yang dapat diukur berdasarkan kuesioner, pos, telepon, ataupun wawancara langsung untuk memperoleh tingkat kepuasan pasien.

5. **Faktor utama dalam penentuan kepuasan pasien**

Faktor utama dalam penentuan kepuasan pasien adalah hasil dari persepsi pasien terhadap kualitas jasa yang diterimanya. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi adalah :

- a. Kebutuhan dan keinginan pasien dalam memperoleh pelayanan.
- b. Pengalaman pasien pada masa lalu ketika merasakan produk.
- c. Informasi dan pengalaman dari teman-teman
- d. Informasi dari iklan.

Menurut Jacobalis (dalam Nursalam, 2016) ketidakpuasan pasien sering dikemukakan dengan:

- a. Sikap dan perilaku petugas kesehatan.
- b. Dokter dan perawat yang terlambat dalam memberikan pelayanan.
- c. Kesulitan untuk berkonsultasi dengan dokter atau perawat.
- d. Petugas kurang informatif dan komunikatif.

- e. Pelayanan yang terlalu berbeli-belit pada proses masuk rawat inap.
- f. Kerapihan, kebersihan dan ketertiban lingkungan.

6. Cara mengukur Kepuasan

Sebetulnya banyak metode untuk mengukur kualitas pelayanan, namun metode yang banyak digunakan adalah *Analisis Importance-Performance* (Supranto, 2011) *Analisis Importance-Performance*, yaitu analisis ini pertama kali diperkenalkan oleh Martilla and James, 1997 sebagai kerangka sederhana menganalisis atribut-atribut produk. Analisis ini digunakan untuk membandingkan antara penilaian konsumen terhadap tingkat kepentingan terhadap kualitas layanan (*Importance*) dengan tingkat kinerja kualitas layanan (*Performance*).

Banyak kerangka pikir yang dapat digunakan untuk mengukur mutu. Pada awal upaya pengukuran mutu layanan kesehatan mengusulkan tiga kategori penggolongan layanan kesehatan yaitu struktur, proses, dan keluaran (Pohan, 2017).

a. Standar struktur

Standar struktur adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem, kadang-kadang disebut juga sebagai masukan atau struktur. Termasuk kedalamnya adalah hubungan organisasi, misi organisasi, kewenangan, komite-komite, personel, peralatan, gedung, rekam medik, keuangan, perbekalan, obat, dan fasilitas. Standar struktur merupakan *rules of the game* (Pohan, 2017).

Struktur merupakan masukan (*input*) yang meliputi sarana fisik

perlengkapan/peralatan, organisasi, manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya dalam fasilitas keperawatan. Baik tidaknya struktur sebagai input dapat diukur dari jumlah besarnya mutu, mutu struktur, besarnya anggaran atau biaya, dan kewajaran. Penilaian juga dilakukan terhadap perlengkapan-perengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan untuk pelayanan. Selain itu pada aspek fisik, penilaian juga mencakup pada karakteristik dari administrasi organisasi dan kualifikasi dari profesi kesehatan. Struktur berhubungan dengan pengaturan pelayanan keperawatan yang diberikan dan sumber daya yang memadai. Aspek dalam komponen struktur dapat dilihat melalui :

- 1) Fasilitas, yaitu kenyamanan, kemudahan mencapai pelayanan dan keamanan.
- 2) Peralatan, yaitu suplai yang adekuat, seni menempatkan peralatan.
- 3) Staf, meliputi pengalaman, tingkat absensi, rata-rata *turnover*, dan rasio pasien-perawat.
- 4) Keuangan, yaitu meliputi gaji, kecukupan dan sumber keuangan.

Berdasarkan kedua pendapat di atas, maka pendekatan struktur lebih difokuskan pada hal - hal yang menjadi masukan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan, diantaranya yaitu :

- 1) Fasilitas fisik, yang meliputi ruang perawatan yang bersih, nyaman dan aman, serta penataan ruang perawatan yang indah;

- 2) Peralatan, peralatan keperawatan yang lengkap, bersih, rapih dan ditata dengan baik; Staf keperawatan sebagai sumber daya manusia, baik dari segi kualitas maupun kuantitas
- 3) Keuangan, yang meliputi bagaimana mendapatkan sumber dan alokasi dana.

b. Standar proses

Standar proses adalah sesuatu yang menyangkut semua aspek pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan. Standar proses akan menjelaskan apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya dan bagaimana sistem bekerja (Pohan, 2017). Pendekatan ini merupakan proses yang mentransformasi struktur (*input*) ke dalam hasil (*outcome*). Proses adalah kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (perawat) dan interaksinya dengan pasien. Dalam kegiatan ini mencakup diagnosa, rencana perawatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Dengan kata lain penilaian dilakukan terhadap perawat dalam merawat pasien. Dan baik tidaknya proses dapat diukur dari relevan tidaknya proses bagi pasien, fleksibilitas/efektifitas, mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya, dan kewajaran (tidak kurang dan tidak berlebihan). Tappen (1995) dalam Pohan (2017) juga menjelaskan bahwa pendekatan pada proses dihubungkan dengan aktivitas nyata yang ditampilkan oleh pemberi pelayanan keperawatan.. Penilaian dapat melalui observasi atau audit dari dokumentasi.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pendekatan ini difokuskan pada pelaksanaan pemberian pelayanan keperawatan oleh perawat terhadap pasien dengan menjalankan tahap-tahap asuhan keperawatan. Dan dalam penilaiannya dapat menggunakan teknik observasi maupun audit dari dokumentasi keperawatan. Indikator baik tidaknya proses dapat dilihat dari kesesuaian pelaksanaan dengan standar operasional prosedur, relevansi tidaknya dengan pasien dan efektifitas pelaksanaannya.

c. Standar keluaran

Standar keluaran merupakan hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan, standar keluaran akan menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur (Pohan, 2017). Ketiga kategori tersebut perlu dipertimbangkan untuk mendapatkan suatu tingkat mutu tertentu. Contoh, layanan kesehatan yang bermutu tidak otomatis terjadi hanya untuk menciptakan suatu lingkungan tertentu (Pohan, 2017).

7. Instrumen pengukuran kepuasan

Pada penelitian ini, pengukuran kepuasan diukur dengan menggunakan kuesioner dengan menggunakan skala likert. Dan diadopsi dari kuesioner yang dibuat oleh Rumah Sakit Yukum Medical Centre bidang Sumber Daya Manusia yang dibuat tahun 2020

untuk membuat Instrumen untuk mengukur kepuasan pasien rawat inap Rumah Sakit Yukum Medical Centre yang terdiri dari pertanyaan tertutup yang diambil pada poin sarana dan prasarana.

1. STP (1) : sangat tidak puas artinya pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan kondisi yang dialami
2. TP (2) : tidak puas, artinya pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami saat ini
3. P (3) : Puas, pernyataan tersebut sesuai namun belum optimal dengan kondisi yang dialami
4. SP (4) : sangat puas, pernyataan tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang dialami saat ini.

B. Mutu Layanan

Jaminan mutu pelayanan kesehatan sebagai salah satu kiat manajemen akan memberikan berbagai manfaat bagi manajemen pelayanan kesehatan, baik yang menyangkut organisasi, perencanaan ataupun penyelenggaraan layanan kesehatan itu sendiri. Oleh karena itu, setiap pemberi layanan kesehatan yang secara langsung melayani pasien perlu memiliki keterampilan jaminan mutu layanan kesehatan. Dengan demikian, penggunaan sumber daya menjadi efisien dan efektif, dan penanganan pasien menjadi tepat proses, tepat diagnosis, tepat waktu, tepat obat, dan tepat teknologi (Pohan, 2017).

Mutu pelayanan kesehatan merupakan kesempurnaan suatu produk dalam pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa.

Pelayanan yang bermutu merupakan penyelenggaraan pelayanan yang diberikan sesuai dengan prosedur dan standar pada kode etik profesi yang telah ditetapkan, dengan menyesuaikan potensi dari sumber daya yang tersedia secara aman dan memuaskan yang dilakukan dengan wajar, efisien dan efektif dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Nursalam, 2016).

C. Dimensi Mutu

Dimensi mutu layanan kesehatan merupakan suatu kerangka pikir yang dapat digunakan dalam menganalisis masalah mutu layanan kesehatan yang sedang dihadapi dan kemudian mencari solusi yang diperlukan untuk dapat mengatasinya. Jika terjadi ketidakpuasan pasien, analisis dilakukan terhadap setiap dimensi mutu layanan kesehatan yang disebutkan di atas. Setelah diketahui dimensi mutu layanan kesehatan yang belum/tidak terpenuhi, solusi yang tepat akan dapat ditentukan, kemudian dilakukan analisis terhadap standar layanan kesehatan yang digunakan.

Dengan ini semua negara tanpa menghiraukan status ekonominya, mempunyai keinginan yang sama, yaitu menjadikan sistem layanan kesehatan yang dapat memenuhi harapan atau keinginan serta kebutuhan masyarakatnya. Oleh karena itu, layanan kesehatan harus layak dan tepat serta mampu dibayar agar bermanfaat bagi kesehatan masyarakat dan kesejahteraan rakyat. Agar keinginan tersebut dapat terwujud, perlu dibangun suatu infrastruktur layanan kesehatan yang bersifat responsif dan proaktif. Infrastruktur itu antara lain organisasi, teknologi, personal, dan keterampilan manajerial. Peranan

terpenting dari setiap sistem layanan kesehatan ialah selalu menjamin mutu layanan kesehatan dan selalu melakukan peningkatan mutu layanan kesehatan yang diberikannya. Dengan semakin meningkatnya perhatian terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan, pemahaman pendekatan jaminan mutu layanan kesehatan menjadi semakin penting. Oleh karena itu pendekatan itu perlu dipelajari agar di mengerti dan dapat diterapkan dalam kegiatan sehari-hari (Pohan, 2017).

Dimensi mutu layanan diantara lain :

1. Kompetensi Teknis.

Dimensi kompetensi teknis menyangkut keterampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. Dimensi kompetensi teknis itu berhubungan dengan bagaimana pemberi pelayanan kesehatan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah di sepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan kebenaran dan konsistensi. Tidak dipenuhinya dimensi kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari penyimbangan kecil terhadap standar layanan kesehatan ,sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

kompetensi teknis mengacu pada keterampilan, kemampuan, dan kinerja aktual dari penyedia layanan kesehatan, manajer, dan staf pendukung. Misalnya, untuk menyediakan layanan teknis kompeten, seorang pekerja kesehatan desa harus memiliki keterampilan dan pengetahuan (kemampuan) untuk melaksanakan tugas-tugas khusus dan untuk

melakukan (kinerja aktual) sehingga secara konsisten dan akurat. kompetensi teknis berkaitan dengan seberapa baik penyedia mengeksekusi pedoman praktek dan standar dalam hal kehandalan, akurasi, kehandalan, dan konsistensi. Dimensi ini relevan untuk kedua layanan klinis dan non-klinis. Untuk penyedia layanan kesehatan, itu termasuk keterampilan klinis yang berhubungan dengan perawatan pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan penyuluhan kesehatan. Kompetensi dalam manajemen kesehatan memerlukan keterampilan dalam pengawasan, pelatihan, dan pemecahan masalah. Keterampilan yang diperlukan staf dukungan tergantung pada deskripsi pekerjaan individu. Misalnya, resepsionis teknis yang kompeten harus dapat menanggapi permintaan informasi, sementara seorang apoteker mungkin diharapkan untuk memiliki kompetensi dalam bidang logistik dan manajemen persediaan. kompetensi teknis juga dapat merujuk kepada sumber materi: misalnya, mesin X-ray harus menghasilkan radiasi yang secara konsisten memenuhi standar yang diterima. Kurangnya kompetensi teknis dapat berkisar dari penyimpangan kecil dari prosedur standar kesalahan utama yang menurunkan efektivitas atau membahayakan keselamatan pasien. kompetensi teknis juga dapat merujuk kepada sumber materi: misalnya, mesin X-ray harus menghasilkan radiasi yang secara konsisten memenuhi standar yang diterima. Kurangnya kompetensi teknis dapat berkisar dari penyimpangan kecil dari prosedur standar kesalahan utama yang menurunkan efektivitas atau membahayakan keselamatan pasien. kompetensi teknis juga dapat merujuk kepada sumber materi:

misalnya, mesin X-ray harus menghasilkan radiasi yang secara konsisten memenuhi standar yang diterima (Lynne, 1990 dalam Pohan, 2017).

2. Keterjangkauan/Akses

Dimensi keterjangkauan atau akses, artinya layanan kesehatan itu harus dapat . dicapai oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan bahasa. Akses geografis diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapat layanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya layanan kesehatan. Akses sosial atau budaya berhubungan dengan dapat diterima atau tidaknya layanan kesehatan itu secara sosial atau nilai budaya, kepercayaan, dan perilaku. Akses organisasi ialah sejauh mana layanan kesehatan itu diatur agar memberi kemudahan/kenyamanan kepada pasien atau konsumen. Akses bahasa, artinya pasien harus dilayani dengan menggunakan bahasa atau dialek yang dapat dipahami oleh pasien (Pohan, 2017).

Akses berarti bahwa layanan kesehatan yang tidak dibatasi oleh hambatan geografis, ekonomi, sosial, budaya, organisasi, atau bahasa. akses geografis dapat diukur dengan moda transportasi, jarak, waktu tempuh, dan setiap hambatan fisik lain yang bisa menjaga klien dari menerima perawatan. akses ekonomi mengacu pada keterjangkauan produk dan layanan untuk klien. akses sosial atau budaya berhubungan dengan layanan penerimaan dalam konteks klien dan budaya nilai-nilai, keyakinan, dan

sikap. Misalnya, pelayanan keluarga berencana tidak dapat diterima jika mereka ditawarkan dengan cara yang tidak sesuai dengan budaya lokal. akses organisasi mengacu pada sejauh mana layanan yang nyaman diselenggarakan untuk calon klien, dan mencakup isu-isu seperti jam klinik dan sistem pengangkutan, menunggu waktu, dan modus pelayanan. Misalnya, kurangnya klinik malam dapat mengurangi akses organisasi untuk buruh harian. Dimana perjalanan sulit, kurangnya kunjungan rumah atau layanan berbasis desa-dapat menciptakan masalah akses. akses linguistik berarti bahwa layanan yang tersedia dalam bahasa lokal atau dialek di mana klien fasih (Lynne, 1990 dalam Pohan, 2017).

3. Efektivitas

Layanan kesehatan harus efektif, artinya harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit serta berkembangnya dan/atau meluasnya penyakit yang ada. Efektivitas layanan kesehatan ini bergantung pada bagaimana Standar layanan kesehatan itu digunakan dengan tepat, konsisten, dan sesuai dengan situasi setempat. Umumnya standar layanan kesehatan disusun pada tingkat organisasi yang lebih tinggi, sementara pada tingkat pelaksana, Standar layanan kesehatan itu harus dibahas agar dapat digunakan sesuai dengan kondisi setempat. Dimensi efektivitas sangat berkaitan dengan dimensi kompetensi teknis, terutama dalam pemilihan alternatif dalam menghadapi relative risk dan keterampilan dalam mengikuti prosedur yang terdapat dalam Standar layanan kesehatan (Pohan, 2017).

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung pada efektivitas norma-norma pelayanan dan pedoman klinis. menilai dimensi efektivitas menjawab pertanyaan-pertanyaan, Apakah prosedur atau pengobatan, ketika benar diterapkan, menyebabkan hasil yang diinginkan. Apakah pengobatan yang direkomendasikan yang paling berteknologi sesuai untuk pengaturan di mana ia disampaikan. Efektivitas adalah dimensi penting kualitas di tingkat pusat, di mana norma-norma dan spesifikasi yang ditentukan. masalah efektivitas juga harus dipertimbangkan di tingkat lokal, di mana manajer memutuskan bagaimana melaksanakan norma-norma dan bagaimana beradaptasi mereka untuk kondisi lokal. Ketika memilih standar, risiko relatif harus dipertimbangkan. Misalnya, lebih sering menggunakan operasi caesar mungkin diperlukan dalam suatu populasi dengan banyak kehamilan berisiko tinggi, meskipun risiko yang terkait. Untuk menentukan efektivitas strategi ini, prosedur, potensi bahaya harus dibandingkan dengan keuntungan bersih potensinya (Lynne, 1990 dalam Pohan, 2017).

4. Efisiensi.

Sumber daya kesehatan sangat terbatas. Oleh sebab itu, dimensi efisiensi sangat penting dalam layanan kesehatan. Layanan kesehatan yang efisien dapat melayani lebih banyak pasien dan atau masyarakat. Layanan kesehatan yang tidak memenuhi standar layanan kesehatan umumnya berbiaya mahal, kurang nyaman bagi pasien, memerlukan waktu lama, dan menimbulkan risiko yang lebih besar kepada pasien. Dengan melakukan

analisis efisiensi dan efektivitas, kita dapat memilih intervensi yang paling efisien (Pohan, 2017).

Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi penting dari kualitas karena mempengaruhi produk dan layanan keterjangkauan dan karena sumber daya perawatan kesehatan biasanya terbatas. pelayanan yang efisien memberikan optimal daripada maksimum peduli untuk pasien dan masyarakat; mereka memberikan manfaat terbesar dalam sumber daya yang tersedia. tuntutan efisiensi bahwa perawatan diperlukan atau sesuai disediakan. perawatan yang buruk dihasilkan dari norma-norma yang tidak efektif atau pengiriman yang tidak benar harus diminimalkan atau dihilangkan. Dengan cara ini, kualitas dapat ditingkatkan sambil mengurangi biaya. perawatan berbahaya, selain menyebabkan resiko yang tidak perlu dan ketidaknyamanan pasien, seringkali mahal dan memakan waktu untuk memperbaiki. Akan menyesatkan, bagaimanapun, menyiratkan bahwa perbaikan kualitas tidak pernah membutuhkan sumber daya tambahan. Tapi dengan menganalisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling hemat biaya (Lynne, 1990 dalam Pohan, 2017).

5. Kesenambungan.

Dimensi kesinambungan layanan kesehatan artinya pasien harus dapat dilayani sesuai kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkannya.

Karena riwayat penyakit pasien terdokumentasi dengan lengkap, akurat, dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan pasien dapat terlaksana tepat waktu dan tepat tempat (Pohan, 2017).

Kontinuitas berarti bahwa klien menerima layanan lengkap kesehatan yang dia butuhkan, tanpa gangguan, penghentian, atau pengulangan yang tidak perlu diagnosis atau pengobatan. Layanan harus ditawarkan secara berkelanjutan. Klien harus memiliki akses ke perawatan rutin dan pencegahan yang disediakan oleh petugas kesehatan yang tahu riwayat medis nya. Seorang klien juga harus memiliki akses ke rujukan yang tepat waktu untuk layanan khusus dan untuk menyelesaikan perawatan tindak lanjut. Kontinuitas kadang-kadang dicapai dengan memastikan bahwa klien selalu melihat penyedia perawatan primer yang sama; dalam situasi lain, itu dicapai dengan menjaga catatan medis yang akurat sehingga penyedia baru tahu sejarah pasien ?? s dan dapat membangun dan melengkapi diagnosis dan pengobatan penyedia sebelumnya. The absense kontinuitas bisa kompromi efektivitas, menurunkan efisiensi (Lynne, 1990 dalam Pohan, 2017).

6. Kenyamanan.

Dimensi keamanan maksudnya layanan kesehatan itu harus aman, baik bagi pasien, bagi pemberi layanan, maupun bagi masyarakat sekitarnya. Layanan kesehatan yang bermutu harus aman dari risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang ditimbulkan oleh layanan kesehatan itu sendiri. Misalnya transfusi darah.

a. Pengertian Kenyamanan

Menurut Sugiarto (2011), nyaman adalah rasa yang timbul jika seseorang merasa diterima apa adanya, serta senang dengan situasi dan kondisi yang ada sehingga seseorang akan merasakan kenyamanan. Lain halnya dalam kamus Indonesia, pengertian nyaman mempunyai arti enak dan aman, sejuk dan bersih, tenang dan damai.

Sedangkan pengertian ketidaknyamanan adalah ketidaksenangan seseorang terhadap situasi dan kondisi tertentu sebab kondisi tersebut menyimpang dari batas kenyamanan, sehingga orang akan mengalami ketidaknyamanan (Sastrowinoto, 2011).

b. Pengertian Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik adalah semua keadaan yang terdapat disekitar, seperti suhu udara, kelembaban udara, sirkulasi udara, pencahayaan, kebisingan, getaran mekanis, bau-bauan, warna akan berpengaruh secara signifikan terhadap hasil kerja manusia tersebut (Wingjosoebroto, 2011).

Lingkungan fisik meliputi :

a. Penerangan

Pencahayaan merupakan salah satu faktor penting dalam perancangan ruang. Ruang yang telah dirancang tidak dapat memenuhi fungsinya dengan baik apabila tidak disediakan akses pencahayaan. Pencahayaan di dalam ruang memungkinkan orang yang menempatinnya dapat melihat benda-benda. Tanpa dapat melihat benda-benda dengan jelas maka aktivitas di dalam ruang

akan terganggu. Sebaliknya, cahaya yang terlalu terang juga dapat mengganggu penglihatan (Santosa, 2016).

Tata pencahayaan dalam ruang rawat inap dapat mempengaruhi kenyamanan pasien selama menjalani rawat inap, disamping juga berpengaruh bagi kelancaran paramedis dalam menjalankan aktivitasnya untuk melayani pasien (Santosa, 2016).

Penerangan di rumah sakit, merupakan hal yang sangat penting. Hal ini, karena penerangan di rumah sakit berhubungan dengan keselamatan pasien yang sedang dirawat, petugas dan pengunjung rumah sakit. Selain itu penerangan yang mencukupi akan meningkatkan pencermatan, kesehatan yang lebih baik dan suasana yang nyaman (Sastrowinoto, 2011).

Dalam Kepmenkes No 1204 tahun 2004, standar pencahayaan pada rumah sakit intensitas pencahayaan untuk ruang pasien saat tidak tidur sebesar 100-200 lux dengan warna cahaya sedang, sementara pada saat tidur maksimum 50 lux dan toilet minimal 100 lux. Pencahayaan alam maupun buatan diupayakan agar tidak menimbulkan silau dan intensitasnya sesuai dengan peruntukannya.

Pencahayaan sangat mempengaruhi kemampuan manusia untuk melihat objek secara jelas, cepat dan tanpa menimbulkan kesalahan. Kurangnya pencahayaan akan mengakibatkan mata menjadi cepat lelah karena mata akan berusaha untuk melihat jelas dengan membuka lebar-lebar. Kelelahan mata akan mengakibatkan

kelelahan mental dan kerusakan mata. Kemampuan mata untuk melihat objek secara jelas dipengaruhi oleh ukuran objek, derajat kekontrasan antara objek dengan sekelilingnya, luminansi (*brightness*), serta lamanya waktu untuk melihat objek tersebut. Untuk menghindari silau (*glare*) karena peletakan sumber cahaya yang kurang tepat, sebaiknya sumber cahaya diletakkan sedemikian rupa sehingga cahaya mengenai objek yang akan dilihat terlebih dahulu yang kemudian dipantulkan oleh objek tersebut ke mata kita (Wignjosoebroto,2011).

Menurut Zulmiar (2011), pencahayaan buatan umumnya menggunakan energi listrik yang disebut juga penerangan listrik. Pencahayaan buatan harus memiliki syarat sebagai berikut :

- 1) Penerangan listrik harus sesuai dengan pekerjaan yang dilaksanakan oleh tenaga kerja dengan intensitas yang cukup.
- 2) Penerangan listrik tidak boleh menimbulkan perubahan suhu udara yang berlebihan pada tempat kerja.
- 3) Penerangan listrik harus memberikan penerangan dengan intensitas yang tepat, menyebar merata tidak berkedip, tidak menyilaukan dan tidak menimbulkan bayangan yang mengganggu.

Untuk menghindarkan silau, Sastrowinoto (2011) memaparkan beberapa prinsip yang dapat diterangkan sebagai berikut:

- 1) Semakin pendek waktu menatap silau, tahap adaptasi alami

semakin cepattercapai.

- 2) Derajat dari silau tergantung pada cerah relatif dari sumbernya. Ia meningkat dengan meningkatnya area sumber sinar dan paling berbahaya jika sumber sinar itu dekat dengan garis pandang.
- 3) Sumber sinar di atas garis pandang tidak begitu mengganggu mata dari pada yang terletak di samping atau dibawahnya.
- 4) Bahaya silau semakin besar bila penerangan umum di bidang visual bertingkat rendah, lampu besar tidak akan membutuhkan kalau terjadi di waktusiang.

Dalam kaitannya dengan masalah penerangan, berarti standar penerangan yang dapat digunakan sebagai tolok ukur pada ruang rawat inap ini adalah standar pencahayaan orang pada umumnya, dimana standar untuk orang yang sakit dianggap tidak berbeda dengan standar untuk orang yangsehat.

b. Kebisingan.

Salah satu bentuk polusi adalah kebisingan (*noise*) yang tidak dikehendaki oleh telinga kita. Kebisingan tidak dikehendaki karena dalam jangka panjang dapat mengganggu ketenangan. Ada 3 aspek yangmenentukan kualitas bunyi yang dapat menentukan tingkat gangguan terhadap manusia, yaitu :

- 1) Lama bunyi itu terdengar. Bila terlalu lama dapat menyebabkan ketulian(*deafness*).
- 2) Intensitas biasanya diukur dengan satuan desibel (dB),

menunjukkan besarnya arus energi per satuan luas.

- 3) Frekuensi suara (Hz), menunjukkan jumlah gelombang suara yang sampai ke telinga kita perdetiknya.

Pengaruh utama bising terhadap kesehatan berupa kerusakan pada indera pendengaran. Dampak gangguan terhadap alat pendengaran tersebut dampak auditorial. Adapun dampak yang lain adalah dampak yang bersifat non auditorial. Contoh dari dampak non auditorial adalah mengganggu komunikasi, gangguan tidur, gangguan perilaku, gangguan fisiologis antara lain sakit kepala, mual dan berdebar (Suma'mur, 2012).

Jenis kebisingan menurut Suma'mur (2012) adalah :

- 1) Kebisingan kontinyu dengan spektrum frekuensi yang luas (*steady state, wide band noise*), misalnya mesin-mesin, kipas angin, dapur pijar, dan lain-lain.
- 2) Kebisingan kontinyu dengan spektrum frekuensi yang sempit (*steady state, narrow band noise*), misalnya gergaji sirkuler, katup gas, dan lain-lain.
- 3) Kebisingan terputus-putus (*intermittent*), misalnya lalu lintas dan suara kapal terbang di lapangan udara.
- 4) Kebisingan impulsif (*impact or impulsive noise*), seperti tembakan bedil, meriam, ledakan, dan lain-lain.
- 5) Kebisingan impulsif berulang, misalnya pandai besi dan mesin tempa di perusahaan.

Nilai Ambang Batas (NAB) adalah batas maksimal tingkat kebisingan yang diperbolehkan dibuang ke lingkungan RS atau kegiatan sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan manusia dan kenyamanan lingkungan (KepMenKes No.1204/MenKes/SK/X/2004). Dalam peraturan ini pengertian bising sendiri adalah bunyi yang kehadirannya mengganggu pendengaran. Standar kebisingan yang diperkanankan di ruang perawatan pasien pada saat tidur adalah 40 dBA, sedangkan pada saat tidak tidur adalah 45 dBA.

c. SuhuUdara

Tubuh manusia akan selalu berusaha mempertahankan kondisi normal sistem tubuh dengan menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di luar tubuh. Tetapi kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan temperatur ruang adalah jika perubahan temperatur luar tubuh tidak melebihi 20% untuk kondisi panas dan 35% untuk kondisi dingin. Tubuh manusia bisa menyesuaikan diri karena kemampuannya untuk melakukan proses konveksi, radiasi dan penguapan jika terjadi kekurangan atau kelebihan panas yang membebaninya. Menurut penyelidikan, berbagai tingkat temperatur akan memberikan pengaruh yang berbeda-beda seperti berikut ini :

- 1) $\pm 49^{\circ}\text{C}$:Temperatur yang dapat ditahan sekitar 1 jam, tetapi jauh diatas kemampuan fisik dan mental.
- 2) $\pm 30^{\circ}\text{C}$: Aktivitas mental dan daya tanggap mulai menurun

dantimbul kelelahan fisik.

3) ± 24 °C : Kondisi optimum.

4) ± 10 oC : Kekakuan fisik yang ekstrem mulai muncul.

Dari hasil penyelidikan didapatkan bahwa produktivitas manusia akan mencapai tingkat yang paling tinggi pada temperatur sekitar 22-24 derajat\ Celcius (Wignjosoebroto,2011).

Menurut Sastrowinoto (1985), Pertukaran panas terjadi terus-menerus, sebagian akan tergantung pada mekanisme fisiologis dan sebagian lainnya akan mengikuti hukum fisika yang relevan dengan proses perpindahan panas (*heat transfer*). Perpindahan panas dapat berlangsung melalui empat jalan:

1) Hantaran(*conduction*)

Perpindahan panas melalui penghantar tergantung pada kemampuan menghantar panas dari benda yang bersentuhan dengan kulit.

2) Konveksi(*convection*)

Perpindahan panas melalui konveksi tergantung pada besarnya gradien suhu antara kulit dan udara lingkungannya serta pada banyaknya dan kecepatan gerakan udara

3) Penguapan(*evaporation*)

Perpindahan panas melalui penguapan bergantung pada panas yang dibutuhkan untuk menguapkan keringat dari kulit.

4) Radiasi(*radiation*)

Perpindahan panas melalui radiasi terdiri antara badan manusia dan dinding serta obyek yang mengelilinginya, yang dapat menyerap atau sebaliknya meradiasi panas.

Sastrowinoto juga mengatakan bahwa kebanyakan orang tidak menyadari tentang kondisi suasana nyaman di dalam ruangan. Hanya bila kondisi itu menyimpang dari batas kenyamanan, orang akan mengalami ketidaknyamanan. Perasaan tidak nyaman dapat bervariasi dari meng- ganggu sampai pada kesakitan, bergantung pada derajat gangguan dari pengatur suhu. Terlalu panas dapat menimbulkan perasaan capai dan kantuk, sedangkan terlalu dingin membuahakan ketidaktegangan dan mengurangi daya atensi. Apabila masalah kenyamanan suhu ini dihadap- kan pada berbagai suhu yang berbeda di dalam kamar maka akan dapat ditemukan rentang suhu yang ekonomis seimbang. Rentang itu dinamakan Zona Pengaturan Vasomotor (*Zone of Vaso-motor Regulation*), karena kekurangan panas akan dijaga dengan jalan mengatur distribusi darah. Rentang suhu antara 22-24°C (untuk negara tropis) dinamakan Zona Nyaman (*Com-fort Zone*).

Selanjutnya jika suhu naik sampai melewati batas nyaman, akan terjadi kelebihan panas dan panas itu akan memanasi bagian pinggiran dari badan. Keringat akan keluar untuk mencegah naiknya suhu inti, dan rentang itu disebut Zona Uapan pengendali (*Zone of*

Evaporation Con-trole). Batas atas dari zona ini merupakan nilai batas dari toleransi panas, dan diatas batas ini suhu inti akan naik yang dapat mengakibatkan kematian pada waktu yang pendek saja dikarenakan Sambar Panas (*Heat Stroke*). Sementara suhu di bawah Zona Pengaturan Vasomotor mengakibatkan kekurangan panas, hilang panas yang lebih banyak daripada laju produksi panas oleh badan. Rentang suhu ini disebut Zona Pendinginan (*Cooling Zone*). Pada mulanya hilang panas hanya akan mempengaruhi pinggiran badan yang dapat bertoleransi dengan kekurangan panas untuk sementara. Akan tetapi kalau hilang panas atau pendinginan itu terus berlanjut maka kematian akan terjadi karenapembekuan.

Sastrowinoto (2011) memberikan catatan mengenai hal- hal yang perlu dipahami berhubungan dengan suhu ruangan sebagai berikut:

- 1) Suhu bidang dari dinding terluar tergantung pada kapasitas isolasinya dan suhu yang ada di dalam maupun di luar dinding. Dinding dengan kapasitas isolasi yang tinggi akan mencegah hilang panas ataupun tambah panas. Kapasitas isolasi tersebut sebaiknya dibuat tinggi agar suhu di dalam kamar tidak terlalu banyak terombang-ambing oleh suhu luarruang.
- 2) Ukuran jendela (terutama jendela kaca) besar pula peranannya terhadap pengendalian suhu di dalam dan di luar ruang. Jendela yang besar mempersulit pengendalian. Suhu luar yang dingin akan

mengakibatkan suhu dalam ruang menjadi dingin, dan sebaliknya bila suhu di luar panas ruanganpun akan menjadi panas. Kaca merupakan sarana yang baik bagi radiasi, oleh karena itu agar suhu ruangan tidak terombang-ambing sebaiknya dipasang tirai untuk menutupinya.

- 3) Suhu yang diperkirakan cukup nyaman untuk ruang istirahat diberbagai keadaan ialah 24°C .

Suhu dan kelembaban yang telah sesuai dengan standar yang diizinkan akan mengakibatkan kenyamanan tenaga kerja dan akan dapat meningkatkan produktifitas kerja dari tenaga kerja. Selain hal tersebut hal yang harus diperhatikan, rumah sakit adalah tempat orang sakit yang merupakan sumber dari terjadinya penularan penyakit. Jika suhu telah rendah dan kelembaban terlalu tinggi akan dapat mempermudah berkembangbiaknya bakteri, jamur, virus dan berbagai macam bibit penyakit yang lain. Dengan demikian, jika suhu dan kelembaban tidak diperhatikan dengan baik, maka akan dapat menimbulkan kerugian bagi masyarakat rumah sakit (Suyatno, 2011)

Teknik pengendalian terhadap pemaparan tekanan panas di RS dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Mengurangi suhu dan kelembaban. Dengan cara melalui ventilasi pengenceran (dilution ventilation) atau pendinginan secara mekanis (*mechanical cooling*), karena dapat menghemat biaya

dan meningkatkan pergerakan kenyamanan (Bernard,2011).

- 2) Meningkatkan pergerakan udara melalui ventilasi buatan dimaksudkan untuk memperluas pendinginan evaporasi, tetapi tidak boleh melebihi 0,2 m/det.

Menurut KepMenKes No.1204/ MenKes/SK/X/2004 menetapkan standar mutu udara dalam ruang rawat inap sebagai berikut:

- 1) Suhu ruang 22-24°C dengan kelembaban45-60%.
- 2) Untuk penghawaan alamiah, sistim ventilasi diupayakan sistem silang (*Cross Ventilation*) dan di jaga agar aliran udara tidakterhalang.
- 3) Untuk penghawaan mekanis dengan *exhaust fan* dipasang pada ketinggian minimal 200cm dari lantai atau 50cm darilangit-langit.

Dari uraian di atas, bahwa kondisi yang harus dipertimbangkan dalam setiap desain atau redesain sistem ventilasi adalah adanya sirkulasi udara yang baik, sehingga terjadi pergantian udara dalam ruangan dengan udara segar dari luar secara terus-menerus.

d. Siklus udara(*ventilation*)

Udara disekitar kita mengandung sekitar 21% oksigen, 0,03% karbondioksida, dan 0,9% campuran gas-gas lain. Kotornya udara disekitar kita dapat mempengaruhi kesehatan tubuh dan mempercepat proses kelelahan. Sirkulasi udara akan menggantikan udara kotor dengan udara yang bersih. Agar sirkulasi terjaga dengan

baik, dapat ditempuh dengan memberi ventilasi yang cukup (lewat jendela), dapat juga dengan meletakkan tanaman untuk menyediakan kebutuhan akan oksigen yang cukup (Wignjosoebroto, 2011).

e. Bau-bauan

Adanya bau-bauan yang dipertimbangkan sebagai “polusi” akan dapat mengganggu konsentrasi pekerja. Temperatur dan kelembaban adalah dua faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kepekaan penciuman. Pemakaian *air conditioning* yang tepat adalah salah satu cara yang dapat digunakan untuk menghilangkan bau-bauan yang mengganggu sekitar tempat kerja. (Wignjosoebroto,2011)

f. GetaranMekanis

Getaran mekanis merupakan getaran–getaran yang ditimbulkan oleh peralatan mekanis yang sebagian dari getaran tersebut sampai ke tubuh dan dapat menimbulkan akibat–akibat yang tidak diinginkan pada tubuh kita. Besarnya getaran ini ditentukan oleh intensitas, frekuensi getaran dan lamanya getaran itu berlangsung.

Sedangkan anggota tubuh manusia juga memiliki frekuensi alami apabila frekuensi ini beresonansi dengan frekuensi getaran akan menimbulkan gangguan. Gangguan–gangguan tersebut diantaranya, mempengaruhi konsentrasi, mempercepat kelelahan, gangguan pada anggota tubuh. (Wignjosoebroto,2011)

7. Keamanan.

Dimensi kenyamanan tidak berhubungan langsung dengan efektivitas layanan kesehatan, tetapi memengaruhi kepuasan pasien/konsumen sehingga mendorong pasien untuk datang berobat kembali ke tempat tersebut. Kenyamanan atau kenikmatan dapat menimbulkan kepercayaan pasien kepada organisasi layanan kesehatan. Jika biaya layanan kesehatan menjadi persoalan, kenikmatan akan memengaruhi pasien untuk membayar biaya layanan kesehatan. Kenyamanan juga terkait dengan penampilan fisik layanan kesehatan, pemberi pelayanan, peralatan medis dan nonmedis. Misalnya, tersedianya AC/TV/majalah/musik/kebersihan dalam suatu ruang tunggu dapat menimbulkan perasaan kenikmatan tersendiri sehingga waktu tunggu tidak menjadi hal yang membosankan. Tersedianya gorden penyekat dalam kamar periksa akan memberikan kenyamanan terutama kepada pasien wanita

8. Informasi.

Layanan kesehatan yang bermutu harus mampu membcrikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana layanan kesehatan itu akan dan/atau telah dilaksanakan. Dimensi informasi ini sangat penting pada tingkat Rumah Sakit dan rumah sakit.

Menurut penelitian (Itiqna, 2015) Responden merasa tidak puas dengan informasi pelayanan yang diberikan, tentang penjelasan dokter secara lengkap dan jelas tentang penyakit, dan penjelasan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan. Sebagian dokter tidak menjelaskan dengan baik

penyakit yang dialami oleh pasien, begitu pula dengan tindakan apa saja yang akan dilakukan. Hal ini memberikan rasa ketidakpuasan responden, karena responden memiliki harapan yang tinggi, namun tidak sejalan dengan pelayanan yang diterima oleh responden.

9. Ketepatan waktu

Agar berhasil, layanan kesehatan itu harus dilaksanakan dalam waktu dan (Zara yang tepat, oleh pemberi pelayanan yang tepat, dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta dengan biaya yang efisien (tepat) (Pohan, 2017).

Menurut Itiqna, (2015) Responden merasa tidak puas dengan ketepatan waktu pelayanan tentang waktu tunggu pemeriksaan, ketepatan jam buka pelayanan, dan ketepatan waktu datang dokter. Pasien memiliki harapan yang tinggi, tetapi tidak sejalan dengan pelayanan yang diterima. Ketidakpuasan pasien terhadap waktu tunggu pemeriksaan karena, pasien harus menunggu hingga 2-3 jam hanya untuk dapat dilayani. Pasien juga merasa tidak puas dengan ketepatan datang dokter. Dokter biasanya datang disaat poliklinik telah dibuka, dan banyak pasien yang telah mengantri di poliklinik. Dalam perhitungan persentase kesesuaian harapan dan pelayanan yang diterima sebesar 86,48% artinya kesesuaian antara harapan dan pelayanan yang diterima tidak sesuai, karena persentase kesesuaian belum mencukupi 100%.

10. Hubungan antar manusia.

Hubungan antarmanusia merupakan interaksi antara pemberi layanan

kesehatan (provider) dengan pasien atau konsumen, antarsesama pemberi layanan kesehatan, hubungan antara atasan-bawahan, dinas kesehatan, rumah sakit, Rumah Sakit, pemerintah daerah, LSM, masyarakat, dan lain-lain. Hubungan antarmanusia yang baik akan menimbulkan kepercayaan atau kredibilitas dengan saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati, responsif, memberi perhatian, dan lain-lain.

Mendengarkan keluhan dan berkomunikasi dengan efektif juga penting. Penyuluhan kesehatan yang baik bersumber dari komunikasi yang baik. Dimensi hubungan antarmanusia yang kurang baik dapat mengurangi kadar dimensi efektivitas dan dimensi kompetensi teknis dari layanan kesehatan yang diselenggarakan. Pengalaman menunjukkan bahwa pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung akan mengabaikan nasihat dan tidak akan mau melakukan kunjungan ulang.

Menurut penelitian Itiqna (2015) Responden merasa tidak puas dengan hubungan antar manusia, tentang keramahan dokter dan keramahan petugas apotek rawat jalan. Sebagian dokter dalam melayani pasien tidak ramah, sehingga pasien merasa tidak puas. Petugas apotek dalam memberikan pelayanan kepada pasien tidak murah senyum. Pasien merasa puas jika dalam menerima pelayanan baik petugas apotek maupun dokter melayani dengan senyuman.

5. Konsep Kenyamanan Kelas Standar

Menurut Kemenkes RI (2020), beberapa konsep standar kelas rawat inap di Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a) Kebutuhan standar minimal sarana prasarana dan alat kesehatan yang harus terpenuhi di setiap ruang rawa tinap
- b) Memenuhi standar PPI dan keselamatan pasien
- c) SDM sesuai dengan ratio kebutuhan (ratio perawat: pasien sesuai dengan jenis pelayanan rawat inap
- d) Akses dan mutu sesuai standar pelayanan

6. Kriteria Umum Pelayanan Rawat Inap

Menurut Kemenkes RI (2020), beberapa di Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a) Tersedianya akomodasi dan pelayanan setiap hari selama 24 jam secara terus-menerus 7 hari seminggu
- b) Pelayanan harus berorientasi pada pasien (PCC) dan bersifat komprehensif yang terintegrasi antar disiplin ilmu.
- c) Pelayanan harus mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), panduan asuhan keperawatan (PAK), *clinical pathway*, dan SPO terkait.
- d) Pelayanan harus sesuai dengan standar pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), mutu dan keselamatan pasien
- e) Tersedianya Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang terinformasi pada pasien-keluarga yang ditangani untuk setiap pasien

rawat inap

- f) Pelayanan rawat inap harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang sesuai dengan kompetensinya
- g) Dalam memberikan pelayanan rawat inap, RS harus menjaga privasi dan kerahasiaan informasi pasien
- h) Pelayanan rawat inap didukung oleh pelayanan penunjang medic maupun nonmedik yang tersedia 24 jam
- i) Pelayanan rawat inap diberikan kepada pasien sesuai Indikasi medis rawat inap dan kebutuhan lainnya.

7. Pedoman Rawat Inap

Kelas III	Kelas II	Kelas I
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah tempat tidur: max 6 TT dengan pengaman 2. 1 tempat duduk/TT 3. 1 buah kamar mandi pasien 4. 1 nakas/TT 5. Menu makanan sesuai yang ditetapkan RS 6. Ukuran minimal: 2,4m x 3 m untuk 1 TT 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah tempat tidur max. 4 TT dengan pengaman, 2 crank manual/otomatis 2. 1 tempat duduk/TT 3. 1 buah kamar mandi pasien 4. 1 nakasper tempat tidur 5. 1 Overbed table/TT 6. Menu makanan sesuai yang ditetapkan RS 7. Ukuran minimal: 2,4m x 3 m untuk 1 TT 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Jumlah tempat tidur max. 2 TT dengan pengaman, 2 crank manual/otomatis 2 1 tempat duduk/TT 3 1 buah kamar mandi pasien 4 1 nakas/TT 5 1 Overbed table/TT 6 1 unit TV/ruangan 7 Menu makanan sesuai yang ditetapkan RS 8 Ukuran minimal: 2,4m x 3 m untuk 1 TT

(Sumber: Kemenkes RI, 2020)

8. Pengukuran Mutu pelayanan (kenyamanan)

Mutu pelayanan kenyamanan dapat diukur dengan Kuesioner. Pada penelitian ini, Pelayanan kenyamanan di ukur dengan menggunakan kuesioner yang di adopsi dari buku Nursalam Tahun 2016 dengan menggunakan skala likert. Dalam penelitian ini penulis melakukan pengukuran menggunakan skala likert dengan hasil pertanyaan dapat di jawab dengan

8. STP (1) : sangat tidak puas artinya pernyataan tersebut sama sekali tidak sesuai dengan kondisi yang dialami
9. TP (2) : tidak puas, artinya pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami saat ini
10. P (3) :Puas, pernyataan tersebut sesuai namun belum optimal dengan kondisi yang dialami
11. SP (4) :sangat puas, pernyataan tersebut sangat sesuai dengan kondisi yang dialami saat ini.

9. Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan

Layanan kesehatan harus selalu mengupayakan kebutuhan dan kepuasan pasien dan/atau masyarakat yang dilayani secara simultan. Konsekuensi dari pola pikir yang demikian adalah dimensi kepuasan pasien menjadi salah satu dimensi mutu layanan kesehatan yang penting.

1. Komponen kepuasan pasien dari mutu layanan kesehatan menjadi salah satu komponen utama /penting.

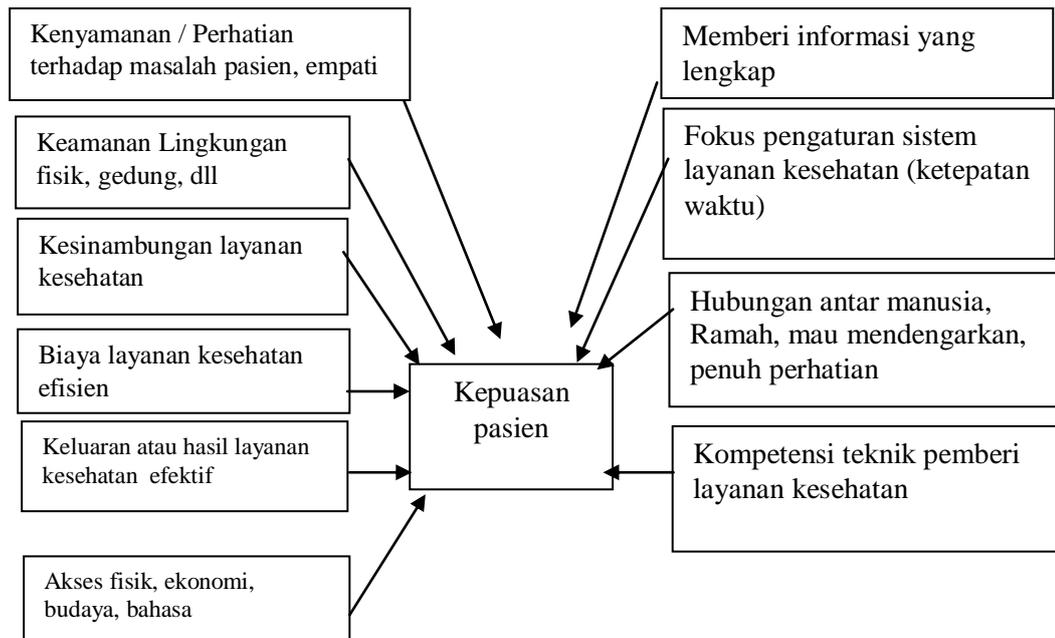
2. Kepuasan pasien adalah keluaran layanan kesehatan. Dengan demikian, kepuasan merupakan salah satu tujuan peningkatan mutu layanan kesehatan.
3. Dapat dibuktikan bahwa pasien yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan yang diselenggarakan cenderung mematuhi nasihat, setia serta taat terhadap rencana pengobatan yang telah disepakati.
4. Sebaliknya, pasien yang tidak merasakan kepuasan atau kekecewaan sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, tidak mematuhi nasihat, tidak mematuhi rencana pengobatan, berganti dokter atau pindah kefasilitas layanan kesehatan lain.

Pandangan atau sering disebut juga dengan persepsi merupakan suatu proses dimana individu memberikan makna terhadap kesan indera mereka pada saat memperoleh pelayanan kesehatan, setiap orang akan mempunyai persepsi yang berbeda secara objektif, karena persepsi merupakan penafsiran yang nyata dan masing-masing orang memandang hal tersebut dari sudut perspektif yang berbeda (Robbins, 2016).

Kepuasan pelanggan memiliki hubungan yang erat dengan kualitas. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang, ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan demikian perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan dengan cara memaksimalkan

pengalaman yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan (Itiqna, 2015).

Gambar 2.2
Konsep multidimensi kepuasan pasien



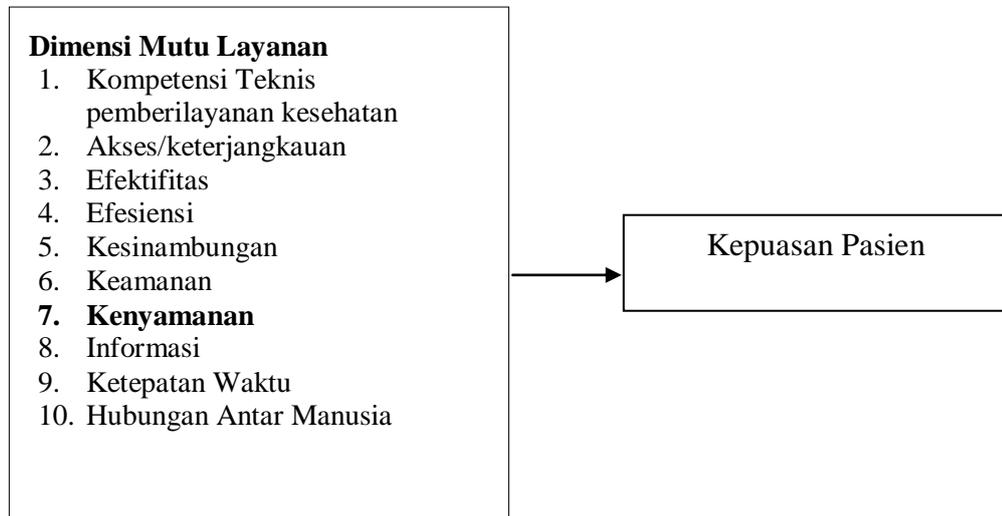
Sumber : (Modifikasi Hall & Dornan Social Science Medicine, 1988 dan pohan, 2017).

D. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian pada dasarnya merupakan penjelasan mengenai pemikiran dan temuan-temuan yang mendasari penelitian (Notoadmojo, 2012). Kerangka penelitian ini seperti di gambarkan pada diagram berikut ini.

Kerangka teori dalam penelitian ini penulis paparkan sebagaimana berikut:

Gambar 2.1
Kerangka Teori

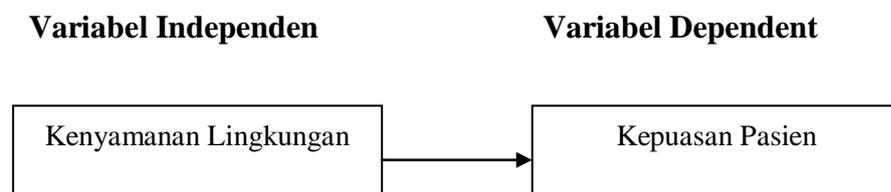


Sumber : (Modifikasi Wendy Leebov, 1991 dan L.D. Brown, 1990 didalam buku Pohan, 2017).

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka yang berhubungan antara konsep-konsep yang akan diteliti atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2.3
Kerangka Konsep



F. Hipotesis Penelitian

Hipotesis Penelitian adalah jawaban sementara terhadap pertanyaan-pertanyaan penelitian. Hipotesis dapat dijelaskan dari berbagai sudut pandang, misalnya secara etimologis, teknis, statistik, dan lain sebagainya. Umumnya pengertian yang banyak digunakan bahwa hipotesis adalah jawaban sementara penelitian (Sugiono, 2018). Berikut hipotesis pada penelitian ini adalah :

Ha: Ada Hubungan Kenyamanan Lingkungan Dengan Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Edelweis Rumah Sakit Yukum Medical Centre