

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Tuberkulosis (TB) Paru

1. Definisi TB Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang merupakan bakteri aerob berbentuk batang dan tidak berbentuk spora (Knechel, 2009). Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *M. Tuberculosis*, suatu bakteri aerob yang tahan asam (*acid-fast bacillus*). TB merupakan infeksi melalui udara dan umumnya didapatkan dengan inhalasi partikel kecil (diameter 1 hingga 5 mm) yang mencapai alveolus (Black & Hawks, 2012).

2. Transmisi TB paru

Mycobacterium tuberculosis menyebar melalui droplet di udara, yang disebut nukleus droplet, disebabkan oleh batuk, bersin, berbicara atau nyanyian dari orang dengan tuberkulosis paru atau laring. Droplet yang sangat kecil tinggal di udara selama beberapa menit hingga jam setelah meludah. Jumlah basil pada droplet, virulensi basil, terpaparnya basil pada sinar ultraviolet, dan derajat ventilasi mempengaruhi transmisi. Masuknya *M tuberculosis* ke paru memicu infeksi sistem pernafasan; meskipun organisme dapat menyebar ke organ lain, seperti limpa, tulang/sendi, atau meningen dan menyebabkan tuberkulosis ekstrapulmonal (Knechel, 2009).

3. Patofisiologi

Sekali dihirup, droplet infeksius diam di sepanjang jalan nafas. Sebagian besar basil tertahan di bagian atas jalan nafas dimana terdapat sel goblet yang mensekresi mukus. Mukus yang dihasilkan menangkap substansi asing, dan silia pada permukaan sel secara terus menerus mendorong partikel yang terjebak untuk berpindah. Sistem ini menyebabkan tubuh mengeluarkan pertahanan fisik awal yang

mencegah infeksi pada sebagian besar orang yang terkena tuberkulosis (Knechel, 2009).

Bakteri pada droplet yang melewati sistem mukosiliari dan mencapai alveoli dengan cepat dikelilingi dan ditelan oleh makrofag alveolar, sel efektor imunitas yang paling banyak di rongga alveolar. Makrofag ini, garis pertahanan *host* berikutnya, adalah bagian dari sistem imunitas bawaan dan memberikan kesempatan bagi tubuh untuk merusak mycobakteria yang masuk dan mencegah infeksi. Makrofag memiliki sel fagosit yang melawan banyak patogen tanpa membutuhkan pajanan terhadap patogen sebelumnya. Beberapa mekanisme dan reseptor makrofag terlibat dalam penangkapan mycobacteria. Lipoarabinomannan mycobacterial adalah kunci untuk reseptor makrofag (Knechel, 2009).

Sistem tambahan juga memainkan peranan dalam fagositosis bakteri. Protein C3 terikat pada dinding sel dan meningkatkan pengenalan makrofag terhadap mycobakteri. Oponisasi oleh C3 terjadi cepat, meskipun di ruang udara *host* dengan tidak ada pajanan terhadap *M tuberculosis* sebelumnya. Fagositosis berikutnya oleh makrofag memulai aliran kejadian yang dihasilkan oleh kontrol infeksi yang berhasil pada tuberkulosis laten, atau kemajuan penyakit aktif, yang disebut tuberkulosis progresif primer. Hasil utama ditentukan oleh kualitas dari pertahanan *host* dan keseimbangan yang terjadi antara pertahanan *host* dan invasi mikobakteri (Knechel, 2009).

Setelah dicerna oleh makrofag, mikobakteria terus bermultiplikasi dengan lambat, dengan pembelahan sel setiap 25 sampai 32 jam. Dengan menghiraukan apakah infeksi terkontrol atau berkembang, perkembangan awal terkait produksi enzim proteolitik dan sitokin oleh makrofag sebagai usaha untuk menurunkan bakteri. Pelepasan sitokin menarik limfosit T pada bagian sel dimana merupakan imunitas sel. Makrofag kemudian menghadirkan

antigen mikobakteria pada permukaan sel T (Knechel, 2009).

Proses imun awal berlanjut hingga 2 sampai 12 minggu, mikroorganisme terus bertumbuh sampai mereka mencapai jumlah yang cukup untuk mendapatkan respon imun sel segera yang dapat terdeteksi dengan tes kulit. Untuk orang dengan imunitas sel yang lengkap, langkah pertahanan berikutnya adalah pembentukan granuloma di sekitar organisme *M tuberculosis*. Lesi tipe nodular ini terbentuk melalui akumulasi dari aktivasi limfosit T dan makrofag, yang membentuk lingkungan mikro yang membatasi replikasi dan penyebaran mikobakteri. Lingkungan ini merusak makrofag dan menghasilkan nekrosis solid awal pada pusat lesi meskipun basilus mampu beradaptasi untuk dapat bertahan. Pada kenyataannya *M tuberculosis* dapat mengubah fenotipe, seperti regulasi protein, untuk meningkatkan pertahanan (Knechel, 2009).

Dalam 2 atau 3 minggu, lingkungan nekrotik menyerupai keju lunak, selalu menyerupai nekrosis seperti kayu, dan dikarakteristikan dengan level oksigen yang rendah, pH rendah, dan nutrisi yang terbatas. Kondisi ini membatasi perkembangan lebih lanjut dan tetap tersembunyi. Lesi pada orang dengan sistem imun yang adekuat umumnya mengalami fibrosis dan kalsifikasi, secara sukses mengontrol infeksi sehingga basilus terkandung di dalam dorman, lesi yang sembuh. Lesi pada orang dengan sistem imun yang kurang efektif berlanjut menjadi tuberkulosis progresif primer. Untuk orang dengan kemampuan imun yang rendah, pembentukan granuloma yang dimulai akhirnya tidak berhasil mengisi basilus. Jaringan nekrotik mengalami pencairan, dan dinding fibrosa kehilangan integritas struktural (Knechel, 2009).

Material nekrotik semiliquid dapat dialirkan ke bronkus atau dekat dengan pembuluh darah, meninggalkan kavitas yang dipenuhi udara pada bagian semula. Jika keluarnya melalui pembuluh darah terjadi, kemungkinan besar terjadi tuberkulosis ekstrapulmonal.

Basilus juga dapat dialirkan ke sistem limfatik dan terkumpul di nodus limfa trakeobronkial pada paru yang terkena, dimana organisme dapat membentuk granula baru seperti kayu (Knechel, 2009).

4. Manifestasi Klinis

Knechel (2009) mengatakan Tuberkulosis berkembang berbeda-beda pada setiap pasien, tergantung kepada status sistem imun pasien. Tahapan terdiri dari fase laten, penyakit primer, penyakit primer progresif, dan penyakit ekstrapulmonal. Masing-masing tahap memiliki manifestasi klinis yang berbeda-beda.



Tabel 2.1
Perbedaan pada fase Tuberculosis

| <i>Early infection</i> | <i>Early primary progressive (active)</i> | <i>Late primary progressive (active)</i> | <i>Latent</i> |
|--|---|---|---|
| a. Sistem imun melawan infeksi | a. Sistem imun tidak mengontrol infeksi awal | a. Batuk menjadi produktif | a. Mycobakteria bertahan di tubuh |
| b. Infeksi biasanya terjadi tanpa tanda atau gejala | b. Terjadi inflamasi jaringan | b. Tanda dan gejala lebih sebagai perkembangan penyakit | b. Tidak ada tanda dan gejala yang terjadi |
| c. Pasien mungkin demam, limfadenopati paratrakeal, atau dispnea | c. Pasien selalu tanda atau gejala non spesifik (cth. Kelelahan, kehilangan berat badan, demam) | c. Pasien mengalami kehilangan berat badan progresif, rales, anemia | c. Pasien tidak merasa sakit |
| d. Infeksi mungkin hanya subklinis dan mungkin tidak berkembang menjadi penyakit aktif | d. Batuk non produktif | d. Temuan pada rontgen dada normal | d. Pasien rentan terhadap aktif kembalinya penyakit |

Sumber (Zumla, Raviglione, Hafner dan Reyn, 2013).

Tampilan klinis klasik dari Tuberkulosis paru yaitu batuk kronis, produksi sputum, kehilangan nafsu makan, kehilangan berat badan, demam, keringat malam, dan hemoptisis. TB ekstrapulmonal terjadi 10-42 % pasien, tergantung pada ras dan latar belakang etnik, usia, ada atau tidaknya penyakit penyerta, genotipe dari *M. tuberculosis* strain, dan status imun (Zumla, et al., 2013).

5. Diagnosis

a. Infeksi laten

Skreening dan pengobatan untuk infeksi *M. Tuberculosis* laten diindikasikan untuk kelompok dimana prevalensi infeksi laten tinggi (contoh. Orang asing yang berasal dari daerah endemik tuberkulosis), kelompok dengan resiko tinggi berulang kembalinya penyakit (cth. Pasien dengan infeksi HIV atau diabetes dan pasien yang menerima terapi immunosupresi), dan kelompok dengan kedua faktor tersebut (cth. Interaksi dengan pasien tuberkulosis). Infeksi laten dapat didiagnosa dengan tes kulit tuberkulin atau menguji kadar pelepasan interferon-gamma. Tes kulit tuberkulin lebih murah dan oleh karena itu dianjurkan pada daerah ekonomi rendah. Sensitifitas tes kulit tuberkulin sama dengan uji kadar pelepasan interferon-gamma tetapi kurang spesifik (Zumla, et al., 2013).

b. Tuberkulosis Aktif

Kultur dan mikroskopik sputum pada medium cair dengan uji kerentanan obat berikutnya adalah rekomendasi sebagai metode standar untuk mendiagnosa tuberkulosis aktif. Uji kada interferon-gamma dan tes kulit tuberkulin tidak memiliki peranan dalam diagnosa penyakit aktif. Tes amplikasi asam nukleat, citraan, dan pemeriksaan histopatologi dari sampel biopsi mendukung evaluasi.

Diagnostik molekular baru yang disebut uji sensitifitas Xpert MTB/RIF mendeteksi *M. Tuberculosis* komplek dalam 2 jam, dengan uji sensitifitas yang lebih tinggi dari usapan mikroskopi. Uji molekular ini potensial untuk meningkatkan (Zumla et al., 2013).

c. Drug-Resistant Tuberculosis

Standar terkini uji kerentanan obat utama merupakan sistem kultur liquid otomatis, yang membutuhkan 4 sampai 13 hari untuk hasilnya. Dalam 2 jam, uji kadar Xpert MTB/RIF secara bersamaan memberi hasil terhadap resistensi rifampin, mewakili multidrug resistant tuberculosis pada tempat dimana prevalensi tinggi dari resistensi obat, sejak resistensi rifampin pada ketiadaan resistensi isoniazid luar biasa (Zumla et al., 2013). Modifikasi uji kadar telah diperkenalkan untuk menurunkan kesalahan positif WHO telah merekomendasikan bahwa ketika uji kerentanan obat dilakukan diwaktu yang sama juga dilakukan uji kadar Xpert MTB/RIF untuk mengkonfirmasi resistensi rifampicin dan kerentanan *M.tuberculosis* terhadap obat lain. Uji skrining lain untuk resistensi obat yaitu uji kadar *microscopic- observation drug-susceptibility* (MODS), uji kadar nitrat reduktase, dan metode reduktase colorimetric. Uji kadar MODS secara simultan mendeteksi *M. Tuberculosis bacilli*, pada dasar pembentukan ikatan, resistensi isoniazid dan rifampicin. Sejak hampir semua dari metode ini tidak tersedia di negara-negara dimana tuberculosis endemik tinggi, diperkirakan hanya 10% kasus *multidrug resistant* TB terdiagnosa di seluruh dunia dan hanya setengahnya yang menerima pengobatan yang tepat (Zumla et al., 2013).

6. Pengobatan

a. Infeksi Laten

Pasien dengan infeksi *M tuberculosis* laten berisiko tinggi terhadap tuberculosis aktif sehingga memerlukan pengobatan preventif. Regimen yang dianjurkan adalah isoniazid saja untuk 9 bulan atau durasi yang lebih lama pada pasien yang terinfeksi HIV di daerah dengan prevalensi tuberculosis yang

tinggi. Baru-baru ini observasi langsung setiap minggu untuk pemberian isoniazid dan rifampine untuk 12 minggu telah menunjukkan keefektifan isoniazid saja pada dewasa tanpa infeksi HIV di negara dengan beban tuberkulosis yang rendah. Pedoman WHO terbaru merekomendasikan bahwa semua orang yang terinfeksi HIV dengan hasil tes tuberkulin kulit positif atau tidak diketahui dan tanpa tuberkulosis aktif yang tinggal di negara dengan beban tuberkulosis yang tinggi menerima terapi pencegahan dengan isoniazid paling sedikit 6 bulan. Tiga regimen efektif untuk mencegah tuberkulosis aktif pada orang yang terinfeksi HIV yaitu isoniazid yang dikonsumsi setiap hari untuk 6 sampai 9 bulan, rifampin yang dikonsumsi setiap hari untuk 3 bulan, dan rifampin dan isoniazid dua kali seminggu untuk 3 bulan. Regimen yang berisi rifampin memiliki angka toksisitas obat yang lebih tinggi dengan yang tidak berisi rifampin. Kesulitan mendiagnosa tuberkulosis aktif pada pasien dengan koinfeksi HIV menyebabkan lambatnya terapi pencegahan isoniazid pada praktik klinik. Hanya pasien dengan tes tuberkulin positif yang menerima terapi pencegahan isoniazid sudah menurunkan angka tuberkulosis aktif dan kematian, dan perlindungan terhadap tuberkulosis menurun dalam beberapa bulan setelah berhentinya terapi isoniazid (Zumla et al., 2013).

b. *Drug-Sensitive Active Tuberculosis*

Pengobatan tuberkulosis yang efektif membutuhkan diagnosis yang akurat dan dini, skreening untuk resistensi obat dan HIV, pemberian regimen yang efektif di bawah supervisi, dan adanya dukungan pada pasien untuk memenuhi seluruh rangkaian pengobatan. Standar terbaru regimen pengobatan dengan empat obat (isoniazid, rifampin, pyrazinamide, dan

ethambutol) mencapai angka kesembuhan lebih dari 95% pada kondisi percobaan dan lebih dari 90% pada pengobatan dengan kelalaian program kontrol tuberkulosis. Pengobatan membutuhkan minimum 6 bulan dengan 2 fase: 2 bulan dengan semua obat pada fase intensif dan 4 bulan dengan isoniazid dan rifampin pada fase lanjutan. Faktor risiko kekambuhan mencakup kavitas, luasnya penyakit, immunosupresi, dan kultur sputum yang tetap positif pada 8 minggu. Jika ada dari faktor risiko tersebut, terapi dapat diperpanjang hingga 9 bulan (Zumla et al., 2013).

Tantangan terapi mencakup ketidakkonsistenan kualitas obat, kebutuhan untuk menjamin pemberian obat diobservasi secara langsung dan bahwa dukungan lain disediakan bagi pasien, gangguan pengobatan dan perubahan regimen karena efek samping, efek toksik, interaksi farmakokinetik (terutama dengan terapi antiretroviral pada pasien dengan koinfeksi HIV), dan isu pemenuhan terapi terkait periode pengobatan yang (Zumla et al., 2013).

c. *Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR TB)*

Pengobatan MDR TB berdasarkan pada opini para ahli dan membutuhkan ciptaan kombinasi regimen obat yang dipilih dari lima kelompok hirarki obat- obatan dari garis pertama dan garis kedua. Terapi berkaitan dengan risiko tinggi terhadap intoleransi dan efek toksik serius. Regimen dapat dipilih berdasarkan standar atau empiris dan kemudian diganti pada terapi individu setelah data dianggap uji kerentanan obat menjadi ada. Akan tetapi, uji kerentanan obat yang reliabel tidak secara luas tersedia ada di daerah dimana endemik tuberkulosis, terutama pada obat garis kedua (Zumla et al., 2013).

Pedoman pengobatan WHO untuk MDR TB merekomendasikan bahwa pada fase intensif terapi diberikan

paling sedikit 8 bulan. Fluoroquinolone dan agen yang dapat diinjeksikan secara rutin dimasukkan untuk menghasilkan regimen dengan sedikitnya empat obat pada garis kedua yang akan memiliki kepastian dan hampir pasti efektif, seperti pyrazinamide. Terapi harus diberikan untuk sekurangnya 20 bulan pada pasien yang tidak menerima pengobatan untuk MDR TB sebelumnya dan sampai 30 bulan bagi mereka yang sudah menerima pengobatan sebelumnya (Zumla et al., 2013).

Sebuah penelitian observasional menunjukkan bahwa regimen yang lebih pendek, dengan pengobatan yang diberikan 9 sampai 12 bulan, memiliki efikasi yang dapat diterima dan beberapa reaksi merugikan pada populasi dengan paparan terhadap obat garis kedua. Regimen ini lebih luas dievaluasi terus menerus dengan regimen pengobatan standar pada pasien dengan MDR TB. Sejak hampir semua obat yang direkomendasikan memiliki efek samping yang serius yang membuat kesulitan pada pengobatan, konsultasi pada para ahli selalu disarankan untuk pengobatan MDR TB (Zumla et al., 2013)

B. Pengertian Pelayanan

1. Pelayanan Publik

Menurut Moenir (1995:16-17) mendefinisikan pelayanan sebagai proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung. Secara kodrati manusia dalam rangka mempertahankan hidupnya sangat memerlukan pelayanan baik dari diri sendiri maupun melalui karya orang lain. Pelayanan yang diperlukan manusia pada dasarnya ada 2 jenis, yaitu: pelayanan fisik yang sifatnya pribadi sebagai manusia; dan pelayanan administratif yang diberikan oleh orang lain selaku anggota organisasi.

Menurut W. J. S Poerwadarminta “pelayanan” berasal dari kata dasar “layan”, melayani berarti menolong, menyediakan segala sesuatu

yang diperlukan oleh orang lain, atau pe (r) layanan artinya melayani (1976: 573). Jadi pelayanan adalah melakukan perbuatan melayani apa yang diperlukan dan diharapkan oleh orang lain dengan bantuan pihak lain yang menyediakan sesuatu yang diperlukan oleh orang lain tersebut.

Dalam setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan yang wajib ditaati oleh pemberi atau penerima pelayanan. Menurut Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara No. 63 Tahun 2004 Tentang Standar Pelayanan Publik, standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi :

- a. Prosedur pelayanan yang sederhana dan tidak berbelit-belit.
- b. Waktu penyelesaian yang tepat sesuai jadwal yang ditentukan.
- c. Biaya pelayanan yang tidak memberatkan pengguna layanan.
- d. Produk pelayanan yang berkualitas yaitu sesuai kebutuhan dan harapan pengguna jasa.
- e. Sarana dan prasarana yang menunjang kelancaran proses pelayanan seperti formulir, surat keterangan, dan lain-lain.
- f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan yaitu kemampuan dan ketrampilan dari pegawai pemberi layanan dan sikap dalam melayani

Pelayanan publik sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Sementara itu, kondisi masyarakat saat ini telah terjadi suatu perkembangan yang sangat dinamis tingkat kehidupan masyarakat yang semakin baik, merupakan indikasi dari *empowering* yang dialami oleh masyarakat (Thoha dalam Widodo, 2001:140). Hal ini berarti masyarakat semakin sadar akan apa yang menjadi hak dan

kewajibannya sebagai warga negara dalam hidup bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Masyarakat semakin kritis dan semakin berani untuk melakukan kontrol terhadap apa yang dilakukan oleh pemerintahnya.

Dalam kondisi masyarakat seperti digambarkan di atas, birokrasi publik harus dapat memberikan layanan publik yang lebih profesional, efektif, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif dan adaptif serta sekaligus dapat membangun kualitas manusia dalam arti meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk secara aktif menentukan masa depannya sendiri (Effendi dalam Widodo, 2001:142). Lanjut Effendi dalam Widodo, (2001:146) Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan tanggung jawab dari pemberi layanan (aparatur pemerintah). Dengan ciri sebagai berikut :

- 1) Efektif, lebih mengutamakan pada pencapaian apa yang menjadi tujuan dan sasaran;
- 2) Sederhana, mengandung arti prosedur/tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan;
- 3) Kejelasan dan kepastian (transparan), mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai :
 - a) Prosedur/tata cara pelayanan
 - b) Persyaratan pelayanan, baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif;
 - c) Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan;
 - 1) Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya;
 - 2) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
 - 3) Keterbukaan, mengandung arti prosedur/tata cara persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggungjawab pemberi

pelayanan, waktu penyelesaian, rincian waktu/tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta

- 4) Efisiensi, mengandung arti :
 - a) Persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang berkaitan;
 - b) Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan, dalam hal proses pelayanan masyarakat yang bersangkutan mempersyaratkan adanya kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait
- 5) Ketepatan waktu, kriteria ini mengandung arti pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan
- 6) Responsif, lebih mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dilayani
- 7) Adaptif, cepat menyesuaikan terhadap apa yang menjadi tuntutan, keinginan dan aspirasi masyarakat yang dilayani yang senantiasa mengalami tumbuh kembang.

Birokrasi publik dituntut harus dapat mengubah posisi dan peran (*revitalisasi*) dalam memberikan pelayanan publik. Dari yang suka mengatur dan memerintah berubah menjadi suka melayani, dari yang suka menggunakan kekuasaan, berubah menjadi suka menolong menuju ke arah yang fleksibel kolaboratis dan dialogis dan dari cara-cara yang sloganis menuju cara-cara kerja yang realistis pragmatis (Thoha dalam Widodo,2007: 174).

Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Pelayanan pada dasarnya mempunyai sasaran yang sederhana yaitu untuk kepuasan pelanggan. Oleh karena itu pelayanan yang diberikan harus memperhatikan kualitas. Menurut Kotler dalam Fandy Tjiptono (1996:61), kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi atau tanggapan pelanggan.

Sedangkan menurut Goestch dan Davis dalam Endar Sugiarto (1999:38), kualitas adalah kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia serta proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Pendekatan ini bukan hanya menekankan pada aspek hasil tetapi juga menyangkut kualitas manusia, kualitas proses dan kualitas lingkungan. Pendapat lain, bahwa kualitas diartikan sebagai tingkat baik buruknya sesuatu atau derajat atau taraf mutu (W.J.S.Poerwadarminta, 1988: 467).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas adalah tingkat baik buruknya sesuatu barang atau jasa dalam usaha memenuhi kebutuhan atau harapan penggunaanya yang didalamnya terdiri dari indikator-indikator seperti kualitas manusia, kualitas proses, kualitas lingkungan serta aspek hasil itu sendiri. Kualitas pelayanan sering dikaitkan dengan barang atau produk dan jasa. Dalam hal ini ditekankan pada pelayanan berupa jasa. Menurut Zulian Zamit (2001:21) ada beberapa karakteristik jasa pelayanan, yaitu :

- 1) Tidak dapat diraba (*intangibility*). Jasa adalah sesuatu yang sering kali tidak dapat disentuh atau tidak dapat diraba. Jasa mungkin berhubungan dengan sesuatu secara fisik,, seperti pesawat udara, kursi dan meja dan peralatan makan di restoran, tempat tidur pasien di rumah sakit. Bagaimanapun juga pada

kenyataannya konsumen membeli dan memerlukan sesuatu yang tidak dapat diraba. Hal ini banyak terdapat pada biro perjalanan atau biro travel dan tidak terdapat pada pesawat terbang maupun kursi, meja dan peralatan makan, bukan terletak pada tempat tidur di rumah sakit, tetapi lebih pada nilai. Oleh karena itu, jasa atau pelayanan yang terbaik menjadi penyebab khusus yang secara alami disediakan.

- 2) Tidak dapat disimpan (*inability to inventory*). Salah satu ciri khusus dari jasa adalah tidak dapat disimpan. Misalnya, ketika kita menginginkan jasa tukang potong rambut, maka apabila pemotongan rambut telah dilakukan tidak dapat sebagiannya disimpan untuk besok
- 3) Produksi dan konsumsi secara bersama. Jasa adalah sesuatu yang dilakukan secara bersama dengan produksi. Misalnya, tempat praktek dokter, restoran, pengurusan asuransi mobil dan lain sebagainya.
- 4) Memasukinya lebih mudah. Mendirikan usaha di bidang jasa membutuhkan investasi yang lebih sedikit, mencari lokasi lebih mudah dan banyak tersedia, tidak membutuhkan teknologi tinggi. Untuk kebanyakan usaha jasa hambatan untuk memasukinya lebih rendah.
- 5) Sangat dipengaruhi oleh faktor luar. Jasa sangat dipengaruhi oleh faktor dari luar seperti: teknologi, peraturan pemerintah dan kenaikan harga energi.

Karakteristik jasa pelayanan tersebut di atas akan menentukan definisi kualitas jasa pelayanan. Definisi secara umum dari kualitas jasa pelayanan ini adalah dapat dilihat dari perbandingan antara harapan konsumen dengan kinerja kualitas jasa pelayanannya. Pelayanan terbaik dan tingkat kualitas dapat dicapai secara konsisten dengan memperbaiki pelayanan baik standar pelayanan internal maupun standar pelayanan eksternal. Sebagai pihak yang

ingin memperoleh pelayanan yang berkualitas dan memuaskan, maka perwujudan pelayanan yang didambakan pengguna jasa adalah sebagai berikut :

- a) Adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadang kala dibuat- buat
- b) Memperoleh pelayanan yang wajar tanpa menggerutu, sindiran ataupun uraian kata lain semacam itu yang nadanya mengarah pada permintaan sesuatu baik dengan alasan untuk dinas atau alasan untuk administrasi.
- c) Mendapatkan perlakuan yang sama dalam memperoleh pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tanpa membedakan status, kedudukan, dsb.
- d) Pelayanan yang jujur dan terus terang artinya apabila ada hambatan karena masalah yang tidak dapat terelakkan, hendaknya diberitahukan sehingga orang tidak menunggu-nunggu sesuatu yang tidak menentu. (Moenir,2000: 41-44)

Sasaran utama dari pelayanan adalah kepuasan pengguna layanan yang dapat ditingkatkan dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan, serta ukuran keberhasilan kualitas pelayanan tidak muncul dari pihak manajemen saja tapi juga pengguna layanan itu sendiri. Secara sistematis manajemen kualitas pelayanan meliputi :

- a. Merancang produk (*product designing*);
- b. Memproduksi secara baik sesuai dengan rencana;
- c. Mengirimkan produk ke konsumen / pengguna layanan dalam kondisi baik (*to deliver*);
- d. Pelayanan yang baik kepada konsumen / pengguna layanan (*good consumer service*). (Zulian Zamit, 2001: 89).

Kepuasan pihak yang dilayani merupakan aspek penting dalam pemberian layanan. Konsep kepuasan tidak mudah untuk didefinisikan

karena berbeda antara satu sama lain dan tidak dapat diukur dengan pasti. Banyak pakar yang memberikan definisi mengenai kepuasan pelanggan, diantaranya sebagai berikut:

“ *Day, Tse dan Wilton* menyatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya”. *Engel, et.al* mengungkapkan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif-alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil (outcome) sama atau melampaui harapan pelanggan. Sedangkan pakar pemasaran, *Kotler* menandakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya. (Fandy Tjiptono, 1996: 146)

Di sini dapat dilihat bahwa kepuasan pelanggan pada dasarnya adalah tingkat kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang diterima. Apabila harapan itu sesuai dengan kenyataan maka pihak yang dilayani akan memberi tanggapan yang positif terhadap pelayanan dan merasa puas. Tetapi bila yang terjadi sebaliknya, dimana harapan tidak sesuai dengan kenyataan maka pihak yang dilayani akan memberi tanggapan yang negatif dan merasa tidak puas. Dengan demikian instansi/organisasi dituntut untuk terus memperbaiki pelayanan yang diberikan kepada pelanggan agar lebih baik dan bermutu sehingga pada akhirnya memberi kepuasan pada pelanggan.

Zeithaml, Berry dan Parasuraman dalam Zulian Zamit (2001:10-11) telah melakukan berbagai penelitian terhadap beberapa jenis jasa, dan berhasil mengidentifikasi lima dimensi karakteristik kualitas pelayanan, yaitu:

1. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu kebutuhan pelanggan yang terfokus pada penampilan barang / jasa yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
2. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan dengan segera dan memuaskan serta sesuai dengan yang telah dijanjikan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pengguna layanan dan memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap.
4. *Assurance* (jaminan), yaitu mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko atau keraguan.
5. *Empathy*, yaitu meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan perhatian dengan tulus terhadap kebutuhan pengguna layanan.

Menurut J.Supranto (1997:231) mengemukakan mengenai lima dimensi penentu kualitas pelayanan yang berhubungan dengan kinerja aparatnya, yaitu :

- a) **Kehandalan** : kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.
- b) **Ketanggapan** : kemampuan untuk membantu masyarakat & memberikan pelayanan dengan tepat.
- c) **Keyakinan** : pengetahuan & kesopanan aparat serta kemampuan untuk menumbuhkan kepercayaan dan keyakinan.
- d) **Berwujud** : penampilan fisik, peralatan, personil dan media komunikasi yang membantu pelayanan.

Menurut Gaspersz (1997 :235), ada beberapa dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas jasa yaitu :

- a. **Ketepatan waktu pelayanan**; berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses.

- b. Akurasi pelayanan; berkaitan dengan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan.
- c. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan; terutama bagi mereka yang berinteraksi langsung dengan pelanggan eksternal, seperti operator telpon, satpam, sopir, staf administrasi, kasir, dan petugas penerima tamu.
- d. Tanggung jawab; berkaitan dengan penerimaan pesanan dan penanganan keluhan dari pelanggan eksternal.
- e. Kelengkapan; berkaitan dengan lingkup pelayanan dan ketersediaan sarana pendukung pelayanan lainnya.
- f. Kemudahan mendapatkan pelayanan; berkaitan dengan banyaknya outlet, petugas yang melayani (kasir dan staf administrasi), banyaknya fasilitas pendukung seperti komputer untuk proses data
- g. Variasi model pelayanan; berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola- pola baru dalam pelayanan.
- h. Pelayanan pribadi; berkaitan dengan penanganan permintaan khusus.
- i. Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan; berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, kemudahan menjangkau, tempat parkir, ketersediaan informasi, petunjuk- petunjuk lain.
- j. Atribut pendukung pelayanan lainnya; seperti lingkungan yang nyaman, kebersihan, ruang tunggu, fasilitas musik, AC,dll.
- k. Pada hakekatnya kualitas pelayanan publik dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para pelanggan (masyarakat) atas pelayanan yang sesungguhnya mereka inginkan. Apabila pelayanan dalam prakteknya yang diterima oleh masyarakat sama dengan harapan atau keinginan mereka, maka pelanggan tersebut dikatakan sudah memuaskan.

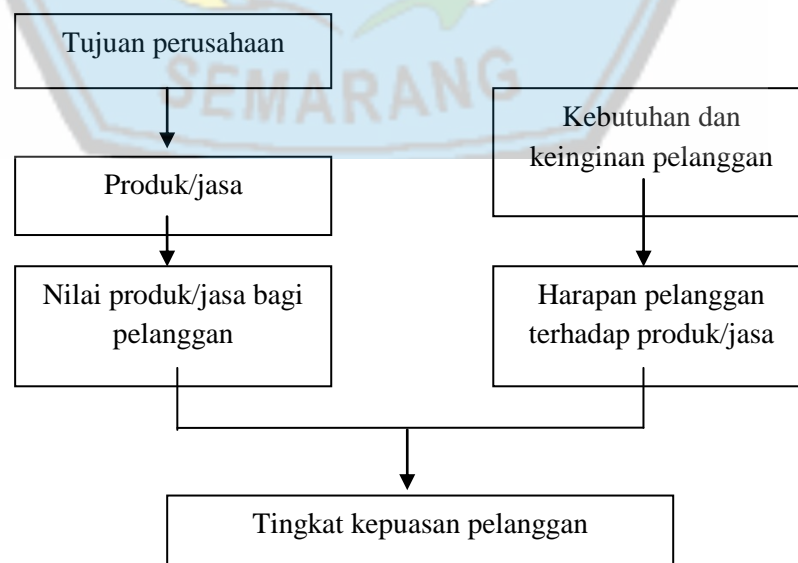
C. Kepuasan

1. Definisi

Kepuasan (*satisfaction*) berasal dari bahasa latin, yaitu *statis* yang berarti *enough* atau cukup dan *facere* yang berarti *to do* atau melakukan. Jadi, produk atau jasa yang bisa memuaskan adalah produk dan jasa yang sanggup memberikan sesuatu yang dicari oleh konsumen sampai pada tingkat cukup (Irawan, 2009). Namun, ditinjau dari perspektif perilaku konsumen, istilah kepuasan pelanggan lantas menjadi sesuatu yang kompleks. Bahkan hingga saat ini belum dicapai kesepakatan mengenai konsep kepuasan pelanggan (Tjiptono, 2008).

Salah satu definisi yang dikemukakan oleh Richard Oliver bahwa kepuasan merupakan respon pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Hal tersebut merupakan penilaian pelanggan terhadap produk dan pelayanan yang merupakan cerminan tingkat kenikmatan yang didapatkan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan harapan, termasuk di dalamnya tingkat pemenuhan yang kurang atau tingkat pemenuhan yang melebihi kebutuhan dan harapan (Koentjoro, 2007). Kepuasan pasien didefinisikan juga sebagai suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2006).

Konsep kepuasan pelanggan



Gambar 2.1 (Sumber ,Anderson,2009)

Dengan pelayanan yang sama untuk kasus yang sama bisa terjadi tingkat kepuasan yang dirasakan pasien akan berbeda-beda. Hal ini tergantung dari latar belakang pasien itu sendiri, karakteristik individu yang sudah ada sebelum timbulnya penyakit yang disebut dengan *predisposing factor*. Faktor-faktor tersebut antara lain: pangkat, tingkat ekonomi, kedudukan sosial, pendidikan, latar belakang sosial budaya, sifat umum kesukuan, jenis kelamin, sikap mental dan kepribadian seseorang (Anderson, 2009).

Dipandang dari sudut pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dapat dibedakan atas medis dan non medis. Aspek medis termasuk penunjangnya mulai dari sumber daya manusia baik kuantitas maupun kualitas serta peralatan untuk menunjang keperluan diagnosa atau pengobatan suatu penyakit. Masalah yang menyangkut non medis adalah pelayanan informasi, administrasi, keuangan, gizi, apotek, kebersihan, keamanan serta keadaan lingkungan rumah sakit. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, pelayan harus benar-benar menyadari bahwa penyembuhan seseorang bukan hanya ditentukan oleh obat-obatan yang diberikannya, tetapi juga dipengaruhi oleh cara pelayanan yang diperlihatkan para petugas kesehatan seperti sikap, ketrampilan serta pengetahuannya (Gonzales, 2007).

Setiap pelanggan memiliki standar pembandingan untuk menilai kinerja pelayanan yang diterimanya. Hasil penilaian tersebut menunjukkan persepsi apakah kebutuhan dan harapan dipenuhi atau tidak yang akan menghasilkan kepuasan atau ketidakpuasan. Ungkapan dari rasa kepuasan atau ketidakpuasan dapat berupa tindakan untuk membeli kembali, memberikan pujian, mengajukan komplain atau akan menceritakan apa yang dialaminya kepada orang lain (Koentjoro, 2007). Kepuasan pelanggan harus menjadi salah satu tujuan dari setiap perusahaan/rumah sakit (Irawan, 2009).

2. Kepuasan sebagai gambaran mutu pelayanan

Kepuasan pelanggan terbentuk dari penilaian pelanggan terhadap mutu, kinerja hasil dan pertimbangan biaya yang dikeluarkan dengan manfaat yang diperoleh dari produk atau pelayanan yang diterima. Dengan demikian, kepuasan terjadi karena penilaian terhadap manfaat serta kenikmatan yang diperoleh lebih dari apa yang dibutuhkan atau diharapkan (Koentjoro, 2007).

Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan dan indikator kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien adalah: umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosa penyakit, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, suku bangsa, tempat tinggal, kelas perawatan, status perkawinan, agama, preferensi (Utama, 2005).

Indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien, diantaranya adalah seperti berikut:

- a) Tenaga dokter, adalah perilaku atau penampilan dokter rumah sakit dalam proses pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan nonmedis, tingkat kunjungan, sikap, dan penyampaian informasi.
- b) Kinerja tenaga perawat, adalah perilaku atau penampilan tenaga perawat rumah sakit dalam proses pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, yang meliputi ukuran: layanan medis, layanan non medis, sikap, penyampaian informasi, dan tingkat kunjungan.
- c) Kondisi fisik, adalah keadaan sarana rumah sakit dalam bentuk fisik seperti kamar rawat inap, jendela, pengaturan suhu, tempat tidur, kasur dan sprei.
- d) Makanan dan menu, adalah kualitas jenis atau bahan yang dimakan atau dikonsumsi pasien setiap harinya, seperti nasi, sayuran, ikan, daging, buah-buahan, dan minuman. Menu makanan adalah pola pengaturan jenis makanan yang dikonsumsi oleh pasien.

- e) Sistem administrasi pelayanan, adalah proses pengaturan atau pengelolaan pasien di rumah sakit yang harus diikuti oleh pasien (rujukan dan biasa), mulai dari kegiatan pendaftaran sampai pase rawat inap.
- f) Pembiayaan, adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan kepada rumah sakit selaras pelayanan yang diterima oleh pasien, seperti biaya dokter, obat-obatan, makan, dan kamar.
- g) Rekam medis, adalah catatan atau dokumentasi mengenai perkembangan kondisi kesehatan pasien yang meliputi diagnosis perjalanan penyakit, proses pengobatan, tindakan medis, dan hasil pelayanan (Tjiptono dan Chandra, 2006).

Indikator pelayanan kesehatan yang dipilih pasien sebagai prioritas ukuran kualitas pelayanan kesehatan, cenderung akan menjadi sumber utama terbentuknya tingkat kepuasan pasien. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian pasien berdasarkan perasaannya, terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah menjadi bagian dari pengalaman atau yang dirasakan pasien rumah sakit; atau dapat dinyatakan sebagai cara pasien rumah sakit mengevaluasi sampai seberapa besar tingkat kualitas pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan tingkat rasa kepuasan

Lima dimensi pokok yang menentukan kualitas jasa, yaitu: Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. Daya tangkap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat yang dapat dipercaya, bebas dari bahaya, resiko, atau keragu-raguan. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan (Tjiptono, 2009).

Lima determinan kualitas jasa adalah sebagai berikut: Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan. Keyakinan (*confidence*), yaitu mencakup pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan atau *assurance* Empati (*emphaty*), yaitu syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan. Berwujud (*tangible*), yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi (Supranto, 2006).

3. Pengukuran kepuasan pelanggan

Pengukuran terhadap kepuasan pelanggan telah menjadi kebutuhan mendasar bagi setiap penyedia jasa. Hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pelanggan. Perkembangan jasa konsultasi dalam hal penelitian dan pengukuran kepuasan pelanggan telah banyak ditawarkan oleh perusahaan-perusahaan riset pasar dan jasa konsultan. Salah satu pengukuran kepuasan pelanggan yang sering digunakan adalah indeks kepuasan pelanggan (*customer satisfaction index*). Bahkan sejumlah negara telah mengembangkan indeks kepuasan pelanggan (*customer satisfaction index*) untuk berbagai macam produk dan jasa (Tjiptono, 2005).

Terdapat 4 (empat) metode yang bisa dipergunakan setiap perusahaan untuk mengukur dan memantau kepuasan pelanggan yaitu:

- 1) Sistem keluhan dan saran, yaitu dengan memberikan kesempatan yang luas kepada konsumen untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan terhadap pelayanan yang diberikan. Media yang bisa digunakan meliputi kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat

strategis, menyediakan kartu komentar, menyediakan saluran telepon khusus dan lain-lain.

- 2) *Ghost Shopping*, yaitu dengan memperkerjakan beberapa orang (*ghost shopping*) untuk berperan atau bersikap sebagai konsumen kepada pesaing. Dengan cara ini dapat diketahui kekuatan dan kelemahan dari pesaing.
- 3) *Lost Customer Analysis*, yaitu suatu cara yang dilakukan perusahaan menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih ke perusahaan lain, sehingga diperoleh informasi penyebab berhentinya pelanggan menggunakan jasa perusahaan.
- 4) Survei kepuasan konsumen, yaitu dengan cara mengadakan penelitian mengenai kepuasan pelanggan, dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara pribadi. Melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan sekaligus juga memberikan gambaran yang baik bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya (Khatimah, 2011).

Kepuasan pasien dapat diamati dari dua komponen yaitu dari harapan-harapan atas sesuatu dan kenyataan-kenyataan yang diterima pasien (Umar, 2000). Karena itu untuk menjawab perumusan masalah mengenai sampai sejauh mana tingkat kepuasan pelanggan terhadap kinerja pelayanan maka digunakan indeks kepuasan pelanggan (*customer satisfaction index*) untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dalam mutu pelayanan keperawatan secara keseluruhan dan *importance performance analysis* (IPA) atau analisa tingkat kepentingan dan kenyataan pelanggan (Supranto, 2011).

Tabel. 2.2

Penilaian Harapan Dan Kenyataan

| Skala Penilaian | | Bobot jawaban |
|----------------------|-------------------|---------------|
| Harapan | Kenyataan | |
| Sangat penting | Sangat baik. | 4 |
| Penting | Baik | 3 |
| Tidak penting | Tidak baik | 2 |
| Sangat tidak penting | Sangat tidak baik | 1 |

(Sumber: Supranto, 2011)

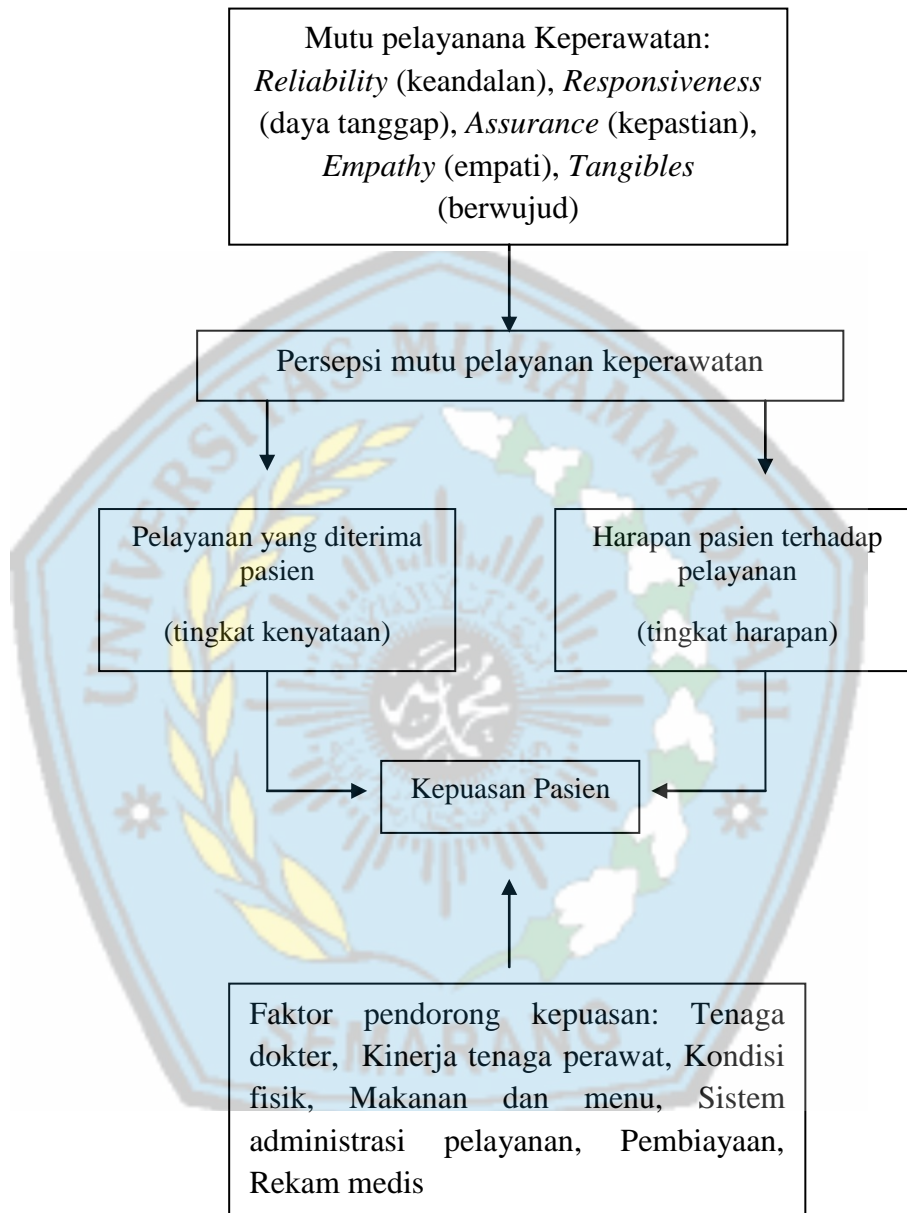
Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis tingkat kepentingan dan kinerja/kepuasan pelanggan dengan cara membandingkan persepsi harapan pasien terhadap pelayanan perawat dengan kinerja/kenyataannya. Hasil dari perbandingan harapan dan kenyataan kemudian dirumuskan dalam kategori penilaian kepuasan sebagai berikut (Yuliarni, 2007).

D. Kerangka Teori

Indikator pelayanan kesehatan yang dapat menjadi prioritas menentukan kepuasan pasien adalah: kinerja tenaga dokter, kinerja tenaga perawat, kondisi fisik rumah sakit, makanan dan menu pasien, sistem administrasi pelayanan, pembiayaan, dan rekam medis. Pada penelitian ini variabel kualitas pelayanan yang akan diteliti adalah pelayanan perawat (paramedis).

Karakteristik pasien (responden) seperti: pelayanan dokter (medis), pelayanan sarana penunjang rumah sakit, pelayanan administrasi rumah sakit, umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosa penyakit, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, suku bangsa, tempat tinggal, status perkawinan, agama, dan preferensi, yang diduga menjadi indikator kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien namun tidak menyeluruh dibahas dalam penelitian ini. Pada penelitian ini,

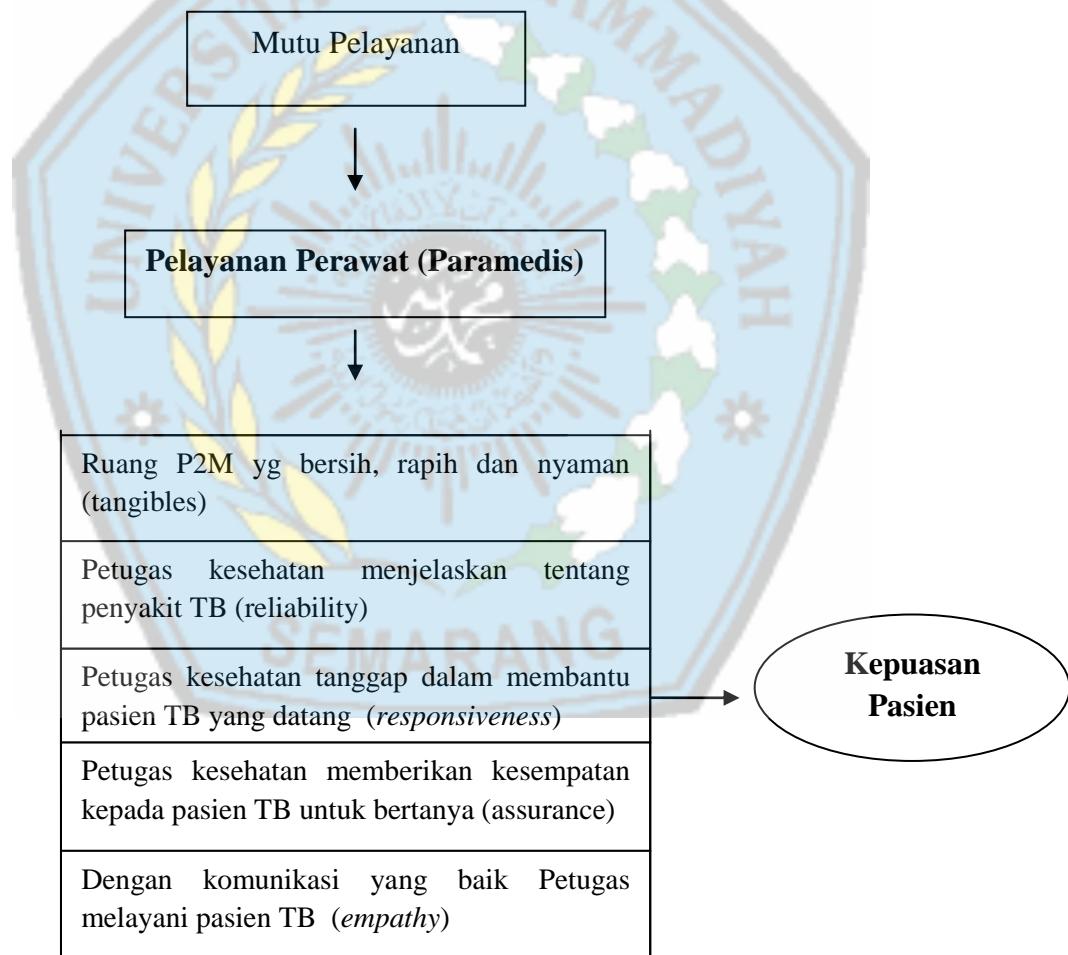
elayanan perawat terhadap kepuasan pasien dijabarkan dalam kerangka teori penelitian seperti pada gambar .



Gambar 2.2 (Sumber,Anderson 2009)

E. Kerangka Konsep

Metode survei kepuasan pasien menggunakan konsep *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *empathy* dibangun dari dua faktor utama yaitu persepsi konsumen atas layanan yang nyata mereka terima dengan layanan yang diharapkan. Jika kenyataan lebih dari yang diharapkan, maka layanan keperawatan dapat dikatakan bermutu sedangkan jika kenyataan kurang dari yang diharapkan, maka layanan keperawatan dikatakan tidak bermutu. Apabila kenyataan sama dengan harapan, maka layanan keperawatan disebut memuaskan



Gambar 2.3 (Sumber ,Anderson 2009)

Metode penilaian kepuasan dilakukan terhadap 5 dimensi kualitas pelayanan, yaitu *tangibles* (penampilan fisik), *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan) dan *empathy* (empati). Ada pun kepuasan itu sendiri merupakan perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara kinerja pelayanan dengan harapan yang diinginkan, pasien membandingkan antara kenyataan dengan harapan terhadap pelayanan tersebut.

F. Variabel Penelitian

Gambaran tingkat kepuasan pelayanan keperawatan pasien Tuberculosis (TB) di Puskesmas Kebandaran.

