

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus. (Kemenkes RI,2012).

Tuberkulosis disebabkan oleh mycobacterium tuberculosis yang hampir seluruh organ tubuh dapat terserang olehnya, tapi yang paling banyak adalah paru-paru (Nanda,2013).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit ini apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi yang membahayakan bahkan kematian (Pusat Data dan Informasi Kementrian kesehatan RI 2015).

2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis

Penentuan klasifikasi penyakit dan type tuberkulosis meliputi lokasi atau organ tubuh yang sakit, bakteriologi, tingkat keparahan penyakit, dan riwayat pengobatan TB sebelumnya.

Berikut ini merupakan klasifikasi Tuberkulosis (Kemenkes RI,2012) :

a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena :

1. Tuberkulosis Paru. Yaitu tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus.
2. Tuberkulosis Ekstra Paru. Yaitu tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, kelenjar limfe, tulang, dan lain-lain.

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis :

1. Tuberkulosis paru BTA positif. Yaitu bila terdapat kondisi; sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks menunjukkan gambaran tuberkulosis, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif, dan bila terdapat 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif serta tidak ada perbaikan setelah pemberian terapi antibiotik non OAT.
2. Tuberkulosis paru BTA negatif. Yaitu kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB Paru BTA positif, meliputi; terdapat setidaknya tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif, pemeriksaan foto toraks menunjukkan gambaran Tuberkulosis, tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, ditentukan atau dipertimbangkan berdasarkan klinis oleh dokter memerlukan terapi pengobatan.

c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit :

1. TB Paru BTA negatif foto toraks positif, dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas dan atau keadaan pasien buruk.

2. TB Ekstra paru. TB ekstra paru berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya dibagi menjadi TB ekstra paru ringan, misalnya TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal. TB ekstra paru terbagi menjadi TB ekstra paru ringan, misalnya TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

TB ekstra paru berat, misalnya meningitis milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin. Penderita TB Paru yang juga menderita TB ekstra paru, harus dicatat sebagai penderita TB Paru untuk kepentingan pencatatan. Sedangkan penderita TB Ekstra paru dengan infeksi pada beberapa organ, maka dicatat sebagai TB Ekstra paru pada organ yang penyakitnya paling berat.

d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa type pasien, yaitu:

1. Kasus baru, yaitu klien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
2. Kasus kambuh (relaps), yaitu klien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
3. Kasus setelah putus berobat (default), yaitu klien yang telah berobat dan putus berobat dua bulan atau lebih dengan BTA positif (apusan atau kultur).
4. Kasus setelah gagal (failure), yaitu klien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan ke lima atau lebih selama pengobatan.
5. Kasus pindahan, yaitu klien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB yang lain untuk melanjutkan pengobatannya.
6. Kasus lain, yaitu semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, misalnya kasus kronis, yaitu klien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang.

2.1.3 Etiologi dan cara penularan

TB disebabkan karena *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um. Kuman *Mycobacterium tuberculosis complex* dibedakan secara epidemiologi, digolongkan

menjadi *M. tuberculosis*, Varian Asian, Varian African I, Varian African II, dan *M. bovis* (Amin dan Bahar, 2014).

Infeksi TB Paru melalui udara terjadi melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi/pasien dengan TB BTA positif. Saat penderita TB BTA positif batuk atau bersin, ia menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Jumlah percikan dahak pada satu kali batuk, diperkirakan sekitar 3.000 percikan. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang buruk, dan kelembaban. Kuman dapat tahan berhari-hari sampai berbulan-bulan dalam suasana lembab dan gelap.

Basil tuberkel yang mencapai alveolus akan menimbulkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear akan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan menyebabkan pneumonia akut yang dapat sembuh dengan sendirinya. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar getah bening regional. Lesi primer paru akibat kuman *M. tuberculosis* disebut fokus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer disebut kompleks ghon. Kompleks ghon dapat dilihat melalui pemeriksaan radiografi, tetapi kebanyakan infeksi TB Paru tidak terlihat secara klinis atau dengan radiografi (Price & Wilson, 2006).

Daya penularan klien TB Paru ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan

dahak, makin menular penderita tersebut, namun hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut, sedangkan faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi/gizi buruk (DEPKES, 2018).

2.1.4 Manifestasi Klinis Tuberkulosis

Keluhan yang dirasakan klien TB Paru dapat bermacam-macam dan seringkali tanpa keluhan sama sekali. Namun gejala yang umum ditemui pada klien TB Paru meliputi; gejala utama berupa batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih. Gejala lainnya yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, dan demam meriang lebih dari satu bulan (Amin dan Bahar, 2014).

2.1.5 Penemuan dan Diagnosis

Penemuan pasien suspek TB dilakukan dengan cara passive promotive penemuan kasus, yaitu penjangkaran pasien yang pergi berkunjung ke unit pelayanan kesehatan dengan cara meningkatkan penyuluhan TBC atau promosi aktif. Bila terdapat klien dengan sputum BTA positif, maka harus diperiksa orang yang kontak serumah, dan jika terdapat gejala suspek TB, maka harus dilakukan pemeriksaan dahaknya (Kemenkes RI,2015).

Diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan dahak mikroskopik (WHO,2015) yaitu melalui pemeriksaan tiga spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu :

a. Sewaktu (S).

Klien dengan suspek TB mengumpulkan dahak pada saat kunjungan pertama kali. Klien suspek TB dibekali satu buah pot sputum untuk mengumpulkan dahak pagi hari pada hari kedua saat ia pulang.

b. Pagi (P).

Dahak ditampung pada pot sputum segera setelah bangun tidur di pagi hari kedua. Pot sputum dibawa dan diserahkan sendiri oleh klien kepada petugas di UPK.

c. Sewaktu (S).

Klien dengan suspek TB kembali diambil dahaknya saat ia menyerahkan dahak pagi pada hari kedua di UPK.

Pemeriksaan foto toraks perlu dilakukan pada beberapa kondisi tertentu, namun diagnosis TB Paru terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks.

Kondisi yang memerlukan pemeriksaan foto toraks dilakukan pada kondisi sebagai berikut:

- a. Terdapat 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
Kasus ini memerlukan pemeriksaan foto toraks untuk mendukung diagnosis TB Paru BTA positif.
- b. Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- c. Klien diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang membutuhkan penanganan khusus, seperti pneumotorak, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleura, dan klien yang mengalami hemoptisis berat. (Kemenkes RI,2015)

2.2 Konsep Teori Pengobatan Tuberkulosis

2.2.1 Kriteria Pengobatan Tuberkulosis

Menurut Kemenkes RI (2012) Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa type pasien, yaitu :

1. Kasus baru, yaitu klien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
2. Kasus kambuh (relaps), yaitu klien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).
3. Kasus setelah putus berobat (default) yaitu *Drop-out* terapi TB atau *default therapy* TB adalah penghentian atau interupsi pengobatan anti tuberkulosis setelah mengkonsumsinya berturut-turut selama 2 bulan

atau lebih dengan BTA positif (Depkes RI, 2015). *Drop-out* terapi TB dapat terjadi akibat minimnya tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Hal ini merupakan hambatan besar dalam keberhasilan terapi TB diseluruh dunia, bahkan dapat menimbulkan masalah yang lebih kompleks, misalnya waktu pengobatan yang lebih panjang, biaya yang lebih banyak dan kemungkinan gagal lebih besar (Amoran, Osiyale & Lawal, 2011).

Selain itu *drop-out* terapi TB juga mengakibatkan kuman berkembang menjadi resistensi terhadap obat, sehingga menyebabkan *Mycobacterium Tuberculosis* memiliki kecenderungan untuk mengalami mutasi dan lebih sulit untuk diatasi (Amoran, Osiyale & Lawal, 2011). Jha, et al. (2010) juga mengatakan bahwa *drop-out* terapi dapat menyebabkan kondisi kesehatan semakin menurun. Bagi pasien yang melakukan pengobatan lengkap akan memiliki peluang lebih besar untuk sembuh, sedangkan pasien yang gagal pengobatan akan menularkan penyakitnya seumur hidup, serta besar kemungkinan untuk mengalami serangan kembali. Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan seseorang tidak patuh terhadap program terapi tuberkulosis seperti kurangnya pengawasan oleh PMO (Pengawas Menelan Obat), kurangnya pengetahuan akibat tidak adekuatnya informasi, kesulitan akses layanan kesehatan akibat jauhnya rumah dan tidak adanya alat transportasi. Seorang PMO kadang hanya memahami tugasnya mengawasi penderita dalam meminum obat baik langsung maupun melalui pencatatan, sehingga aspek keperawatan seperti rentannya penularan, cara

pengecahan, efek samping obat dan perbaikan nutrisi belum menjadi perhatian (Sjattar, 2012).

Alasan utama untuk *drop-out* adalah kematian saat pengobatan atau sebelum dimulainya pengobatan dan kehilangan tindak lanjut. Namun demikian, motivasi yang baik dari penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dengan berfokus pada kepuasan pasien dengan meningkatkan pengawasan dan dukungan terhadap pasien sepanjang durasi pengobatan, bersama-sama dengan pendidikan kesehatan, konseling dari seorang perawat yang terlatih khusus dan pemberian buklet Pendidikan (Amoran, Osiyale & Lawal, 2011).

4. Kasus setelah gagal (failure) atau bisa disebut juga MDR

TB MDR atau resistensi ganda adalah TB yang disebabkan oleh adanya resistensi kuman TB terhadap 2 jenis OAT lini pertama yaitu INH dan Rifampisin dengan atau tanpa OAT lainnya (WHO, 2014). Beberapa penyebab resistensi terhadap OAT adalah pemakaian obat tunggal dalam pengobatan tuberkulosis, penggunaan panduan obat yang tidak adekuat, dan pemberian obat yang tidak teratur (Tao & Kendall, 2013).

Pasien yang dicurigai TB-MDR adalah :

1. Kasus TB paru kronik: dibuktikan dengan rekam medis sebelumnya dan riwayat penyakit dahulu.
2. Pasien TB paru yang gagal pada pengobatan kategori 2.
3. Pasien TB yang pernah diobati TB termasuk OAT lini kedua seperti Kuinolon dan Kanamisin.

4. Pasien TB paru yang gagal pengobatan kategori 1.
5. Pasien TB paru dengan hasil pemeriksaan dahak tetap positif setelah sisipan dengan kategori 1.
6. TB paru kasus kambuh.
7. Pasien TB yang kembali setelah lalai/pada pengobatan kategori 1 dan atau kategori 2.
8. Suspek TB dengan keluhan, yang tinggal dekat dengan pasien TB MDR konfirmasi, termasuk petugas kesehatan yang bertugas di bangsal TB MDR (Soepandi, 2010)
5. Kasus pindahan, yaitu klien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB yang lain untuk melanjutkan pengobatannya.
6. Kasus lain, yaitu semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, misalnya kasus kronis, yaitu klien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang.

2.2.2 Pengobatan Tuberkulosis

Pengobatan TB bertujuan menyembuhkan klien, mengurangi resiko keparahan, mencegah kekambuhan, serta memutus rantai penularan, serta mencegah resistensi kuman terhadap OAT.

Adapun jenis obat anti tuberkulosis yang digunakan (Kemenkes RI,2012) terdiri dari:

- a. Isoniazid (H) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 5 mg/kgBB atau 10 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.

- b. Rifampicin (R) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 10 mg/kgBB atau 10 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.
- c. Pyrazinamide (Z) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 25 mg/kgBB atau 35 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.
- d. Streptomycin (S) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 15 mg/kgBB atau 15 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu
- e. Ethambutol (E) memiliki sifat bakteriostatik dengan dosis harian 15 mg/kgBB atau 30 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan beberapa prinsip (Kemenkes RI,2012), seperti OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup, dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan, dilakukan pengawasan langsung minum obat (Directly Observed Treatment-DOTS)n untuk menjamin kepatuhan klien menelan obat melalui seorang Pengawas Minum Obat (PMO), dan pengobatan diberikan dalam dua tahapan, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

a. Tahap Intensif.

Pada tahap ini, klien minum obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Pengobatan secara tepat, biasanya menjadikan klien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu dua minggu, dan

klien TB BTA positif menjadi TB BTA negatif atau berhasil konversi dalam dua bulan.

b. Tahap Lanjutan.

Klien mendapatkan jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama pada tahap ini. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah untuk terjadinya kekambuhan.

Paduan obat anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan oleh program nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia menurut Kemenkes RI (2012) terdiri dari: Kategori 1 (2(HRZE)/4(HR)3), kategori 2 (2⁹HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3), paduan sisipan (HRZE), dan kategori anak (2(HRZ)/4(HR)). Paduan obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama dan peruntukannya, meliputi:

- a. Kategori-1 (2HRZE/4H3R3). Paduan OAT ini diberikan untuk klien baru dengan klasifikasi klien baru TB Paru BTA positif, klien TB Paru BTA negatif foto toraks positif, dan klien TB ekstra paru.
- b. Kategori-2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3). Paduan OAT ini diberikan untuk klien BTA positif yang telah diobati sebelumnya namun klien kambuh, gagal, atau klien dengan pengobatan setelah putus berobat (default).

- c. OAT sisipan (HRZE). Paket sisipan KDT adalah sama dengan panduan paket untuk tahap intensif kategori-1 yang dianjurkan selama sebulan (28 hari).

2.3 Konsep Teori Kepuasan pelayanan kesehatan

2.3.1 Teori Kepuasan pasien

2.3.1.1 Definisi

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 (Irawan, 2003 dalam Nursalam,2014).

Kepuasan adalah model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan. (Supriyanto, 2006 dalam Nursalam,2014)

kepuasan pasien menurut Kotler adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil sebuah produk dan harapan-harapannya (Nursalam, 2014).

Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2013).

2.3.1.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan pasien

Menurut Nursalam (2014) ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien, yaitu sebagai berikut:

1. Kualitas produk atau jasa.

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

2. Harga.

Harga, yang termasuk di dalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini memengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

3. Emosional.

Pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih institusi pelayanan kesehatan yang sudah mempunyai pandangan, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

4. Kinerja.

Wujud dari kinerja ini misalnya: kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat,

kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.

5. Estetika.

Estetika merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh pancaindra. Misalnya: keramahan perawat, peralatan yang lengkap dan sebagainya.

6. Karakteristik produk.

Produk ini merupakan kepemilikan yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk meliputi penampilan bangunan, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

7. Pelayanan.

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Institusi pelayanan kesehatan dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Misalnya: pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

8. Lokasi.

Lokasi, meliputi, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih institusi pelayanan kesehatan. Umumnya semakin dekat lokasi dengan pusat

perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien.

9. Fasilitas.

Kelengkapan fasilitas turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun institusi pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian pada fasilitas dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.

10. Komunikasi.

Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

11. Suasana.

Suasana, meliputi keamanan dan keakraban. Suasana yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat memengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung institusi pelayanan kesehatan tersebut.

12. Desain visual.

Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi ikut menentukan suatu kenyamanan.

2.3.1.3 Indeks Kepuasan

Ada beberapa faktor yang berpengaruh pada kepuasan konsumen. Secara garis besar dikategorikan dalam 5 kategori yaitu *Product Quality*, *Service Quality*, *Price Emotional Factor*, dan *Cost of Aquiring* (Supriyanto,2007 dalam Nursalam,2014) :

1. *Product Quality*.

Bagaimana konsumen akan merasa puas atas produk barang yang digunakan. Beberapa dimensi yang membentuk kualitas produk barang adalah *performance*, *reliability*, *conformance*, *durability*, *feature* dan lain-lain.

2. *Service Aquality*.

Bagaimana konsumen akan puas dengan jasa yang telah dikonsumsinya. Dimensi *service qulity* yang lebih dikenal dengan *servqual* meliputi 5 dimensi yaitu *tangible*, *reliability*, *assurance*, *empathy*, *responsiveness*. Skala nilai dinyatakan dengan skala 1–5. Skala 1 adalah tidak puas dan skala 5 adalah puas. Nilai rerata skala adalah nilai skor (skor=jumlah n pengukuran dikatakan skala).

3. *Emotional Factor*.

Keyakinan dan rasa bangga terhadap produk, jasa yang digunakan dibandingkan pesaing. *Emotional factor* diukur dari *preceived best score*, artinya persepsi kualitas terbaik dibandingkan pesaingnya.

4. *Price.*

Harga dari produk, jasa yang di ukur dari *value* (nilai) manfaat dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan konsumen. Harga adalah harga pelayanan medis (*medical care*) yang harus dibayar konsumen (*Price is that which is given in an exchange to aquire a good or service*).

5. *Cost of Aquaring.*

Biaya yang di keluarkan untuk mendapatkan produk atau jasa

2.3.1.4 Aspek-aspek kepuasan pasien

Penilaian pasien terhadap pelayanan perawat bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan dari perawat yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan dan ditanggung oleh seseorang yang menggunakan pelayanan perawat (Nursalam, 2014)

Menurut Parasuraman (2014) terdapat 10 indikator untuk mengukur kepuasan pasien. Dalam perkembangan selanjutnya kesepuluh faktor tersebut dirangkum menjadi lima dimensi mutu pelayanan sebagai penentu kualitas jasa, yaitu:

1. Bukti langsung (Reliability) adalah segala sesuatu yang termasuk seperti fasilitas, peralatan, kenyamanan ruang, dan sifat petugas.
2. Keandalan (Tangibles) adalah elemen yang berkaitan dengan kemampuan untuk mewujudkan pelayanan yang dapat diandalkan.
3. Daya tanggap (Responsiveness) adalah elemen yang berkaitan dengan kesediaan petugas dalam membantu dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, petugas dapat memberikan informasi yang jelas,

petugas dapat memberikan layanan dengan segera dan tepat waktu, petugas memberikan pelayanan dengan baik.

4. Jaminan (Assurance) adalah hal yang mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya petugas. Selain itu, bebas dari bahaya saat pelayanan merupakan jaminan juga.
5. Empati (Empathy) meliputi perhatian pribadi dalam memahami kebutuhan para pasien.

Manfaat pengukuran kepuasan pasien menurut Soeparmanto dan Astuti (2006) dalam Nursalam (2014), yaitu:

1. Mengetahui kekurangan masing-masing tingkat kelemahan penyelenggaraan pelayanan.
2. Mengetahui kinerja penyelenggaraan pelayanan yang telah dilaksanakan oleh unit pelayanan.
3. Sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil dan upaya yang perlu dilakukan.
4. Mengetahui indeks kepuasan masyarakat secara pelayanan publik pada lingkup pemerintahan pusat dan daerah.
5. Memacu persaingan positif antar unit penyelenggara pelayanan dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan.
6. Bagi masyarakat dapat mengetahui gambaran tentang kinerja pelayanan unit yang bersangkutan.

2.3.1.5 Rumus Kepuasan

Kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pasien (Muninjaya, 2013). Dari penjelasan ini, kepuasan pelanggan dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$\text{Satisfaction} = f(\text{performance} - \text{expectation})$$

Dari rumus ini dihasilkan tiga kemungkinan:

1. **Performance < Expectation.** Jika kinerja pelayanan kesehatan lebih jelek daripada apa yang diharapkan para pengguna, kinerja pelayanan kesehatan akan dipandang jelek oleh penggunanya, karena tidak sesuai dengan harapan pengguna sebelum menerima pelayanan kesehatan. Hasilnya, pengguna pelayanan merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.
2. **Performance = Expectation.** Jika kinerja pelayanan kesehatan sama dengan harapan para penggunanya, pengguna layanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa dengan baik. Pelayanan yang diterima sesuai apa yang diharapkan penggunanya. Hasilnya, para pengguna pelayanan merasa puas dengan layanan yang diterima.
3. **Performance > Expectation.** Bila kinerja layanan kesehatan lebih tinggi dari apa yang diharapkan pengguna, pengguna akan menerima layanan yang melebihi harapannya. Hasilnya, para pelanggan merasa sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang diterima.

Sedangkan menurut Nursalam (2014) untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam 5 (lima) tingkatan, sebagai berikut :

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

Pasien akan merasa sangat tidak puas apabila hasil pelayanan yang diberikan atau didapatkan pasien jauh dibawah harapannya. Jika hasil pelayanan yang diberikan belum memenuhi harapan pasien maka pasien akan merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diterima. Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diterima sudah memenuhi harapan rata-rata pasien, sedangkan pasien akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diberikan melebihi apa yang diharapkan pasien (Nursalam,2014)

2.3.2 Teori Pelayanan Kesehatan

Menurut Aji dan Soesanto (2011) mengatakan pelayanan adalah setiap kegiatan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain dan dasarnya tidak berwujud, serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Konsep dasar dari suatu pelayanan (jasa) ataupun kualitas dari suatu produk dapat didefinisikan sebagai pemenuhan yang dapat melebihi dari apa yang diinginkan atau diharapkan pelanggan (pasien).

Menurut Aji & Soesanto (2011), produk jasa yang berkualitas mempunyai peranan penting untuk membentuk kepuasan pelanggan. Semakin berkualitas produk dan jasa yang diberikan, maka kepuasan yang dirasakan oleh pelanggan

semakin tinggi. Bila kepuasan pelanggan semakin tinggi, maka dapat menimbulkan keuntungan bagi badan usaha tersebut. Salah satu cara utama mempertahankan sebuah perusahaan jasa adalah memberikan jasa dengan kualitas pelayanan yang lebih tinggi dari pesaing secara konsisten dan memenuhi harapan pelanggan. Bila kualitas pelayanan yang dirasakan lebih kecil dari pada yang diharapkan maka pelanggan menjadi tidak tertarik pada penyedia jasa, akan tetapi apabila yang terjadi adalah sebaliknya ada kemungkinan para pelanggan akan terus menggunakan penyedia jasa itu lagi (Aji & Soesanto, 2011)

Pelayanan yang harus diberikan dari fasilitas kesehatan kepada pengguna jasa fasilitas kesehatan sudah diatur dalam peraturan kementerian Indonesia no. 828/MENKES/SK/IX/2008 Sebagai Standar Pelayanan Minimal (SPM). Secara umum SPM yang diatur adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal (Kemenkes RI, 2012). Sedangkan untuk penyelenggaraan klinik pratama akan menggunakan standar sesuai dengan permenkes no 28 tahun 2011 tentang Klinik. (Kemenkes RI, 2012).

Menurut Ramseook, Lukea & Naidoo (2010) kualitas sebuah pelayanan didefinisikan sebagai keseluruhan penilaian yang setara dengan sikap dari seluruh faktor kepuasan pelanggan. Kualitas pelayanan sama juga seperti kemampuan dalam mengordinasikan untuk memenuhi atau melebihi apa yang diharapkan pelanggan. Kualitas pelayanan yang didapatkan merupakan perbandingan antara harapan dengan pelayanan yang didapatkan dari pemasok. Sehingga apabila harapan yang diinginkan oleh pelanggan lebih besar ketimbang kinerja yang

didapatkan maka akan timbul ketidakpuasan pelanggan (Ramseook-munhurrun, Lukea-bhiwajee, & Naidoo, 2010).

Pengukuran kualitas pelayanan dapat mengacu berdasarkan konsep *Scale for Measuring Service Quality* (Servqual) yang diciptakan oleh Parasaruman, Zeithalm, dan Berry pada tahun 1988. Konsep Servqual merupakan konsep pengukuran kualitas suatu pelayanan yang berpedoman dalam dua poin pokok yaitu, kualitas pelayanan tidak dapat berdiri sendiri/ditentukan satu poin dan akan selalu dibandingkan dengan suatu pengukuran sifat serta potensial keinginan/penerapan.

2.4 Konsep teori Puskesmas

2.4.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No 75, 2014).

2.4.2 Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang di selenggarakan puskesmas yang tertera pada peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 Pasal 2 yang mana tujuan tersebut Untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; untuk mewujudkan masyarakat yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; untuk mewujudkan masyarakat yang hidup dalam lingkungan sehat; untuk

mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.4.3 Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi yaitu penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan Upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

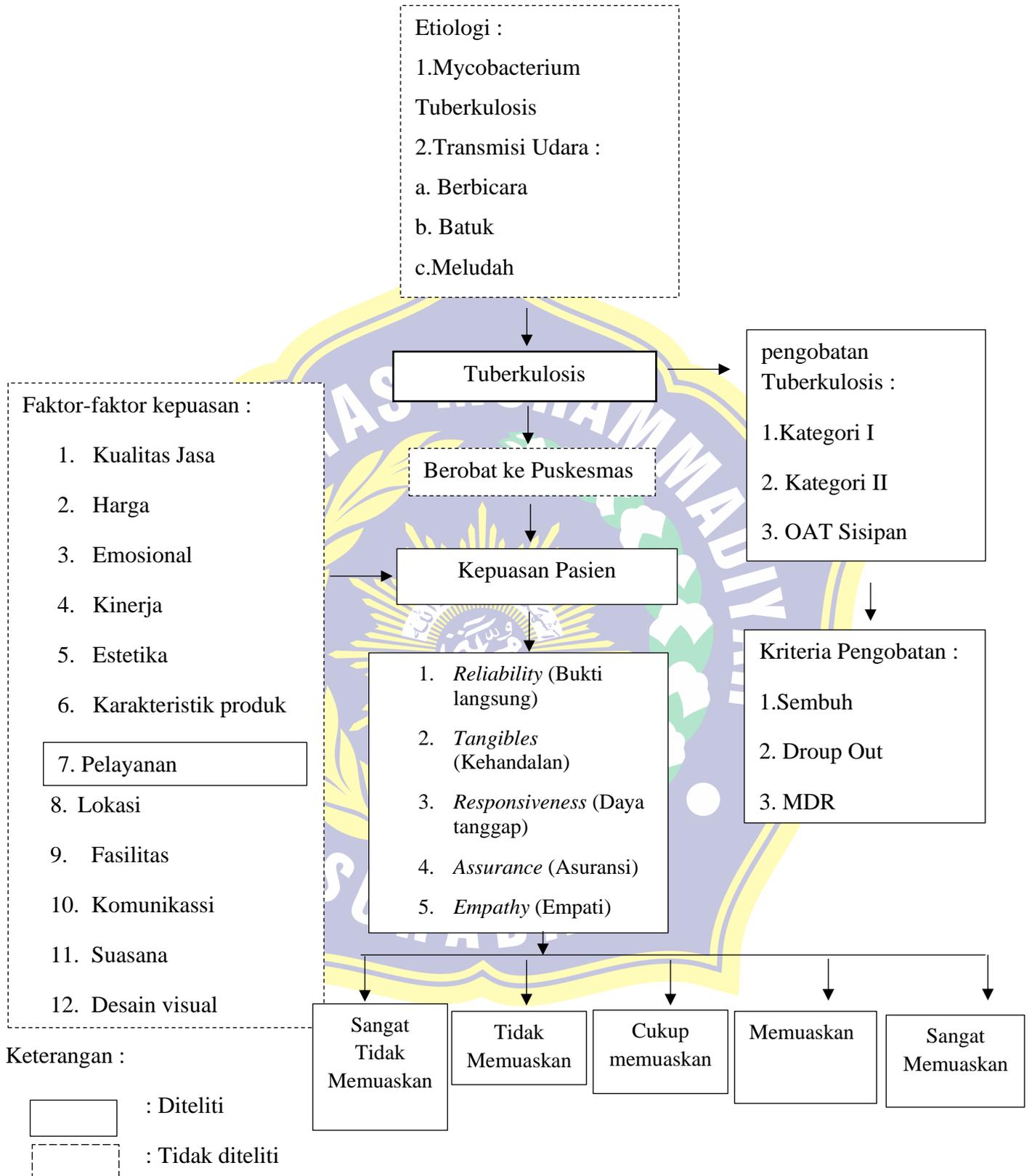
Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan

- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.(Permenkes RI No 75 Tahun 2014).



2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Hubungan kepuasan pelayanan terhadap pengobatan pasien Tuberculosis

Penjelasan Skema :

Penyakit Tuberkulosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang mudah menular. Hal ini disebabkan penyebaran bakteri TB melalui udara yang disebabkan oleh manusia untuk bernapas. Penyebaran bersumber ketika penderita batuk dan juga ketika bersin sehingga droplet yang mengandung *Mycobacterium Tuberculosis* dapat terpapar pada siapapun yang berada disekitar penderita (Linda,2012)

Menurut Kemenkes RI (2012) Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa type pasien, yaitu Kasus baru, sembuh , drop out, MDR dan kasus pindahan.

Puskesmas sebagai tingkat pertama pelayanan kesehatan melaksanakan strategi DOTS sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*). Ukuran keberhasilan suatu pelayanan adalah kepuasan pasien. Kepuasan pasien akan tercapai bila pasien mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan harapannya. Menurut Nursalam (2012), bentuk pelayanan yang paling mempengaruhi kepuasan pasien adalah pelayanan keperawatan. Kepuasan pasien sebagai salah satu indikator pelayanan berkualitas harus menjadi perhatian karena berhubungan langsung dengan pengguna pelayanan kesehatan (Lusa,2017)

Kepuasan pelayanan merupakan bagaimana konsumen akan puas dengan jasa yang telah dikonsumsi. Dimensi *service quality* yang lebih dikenal dengan *servqual* meliputi 5 dimensi yaitu *tangible*, *reliability*, *assurance*, *empathy*, *responsiveness*.

Menurut Nursalam (2014) ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien, yaitu kualitas jasa, harga, emosional, kinerja, estetika, karakteristik produk, pelayanan, lokasi, fasilitas, komunikasi, suasana dan desain visual.

2.6 Hipotesis

H1: Ada hubungan kepuasan pelayanan terhadap pengobatan pasien Tuberkulosis.

H0: Tidak Ada hubungan kepuasan pelayanan terhadap pengobatan pasien Tuberkulosis

