

Pertemuan 4

KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

Pendahuluan

Modul pertemuan ini menjelaskan pembuatan kerangka teori dan kerangka konsep. Kerangka merupakan penggambaran berupa bagan atau gambar. Dengan kata lain kerangka merupakan visualisasi dari narasi yang disampaikan pada suatu pemahaman.

Pada modul ini dijelaskan tentang kerangka teori dan juga kerangka konsep. Kerangka teori dan kerangka konsep erat kaitannya dengan landasan teori yang digunakan dan variabel operasional dalam penelitian.

Modul ini juga dilengkapi dengan latihan dan tugas untuk membantu anda dalam memahami pembuatan kerangka teori dan kerangka konsep. Selain itu, secara khusus mahasiswa mampu untuk:

1. menguraikan kerangka teori
2. menguraikan kerangka konsep

Topik 1

Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan visualisasi hubungan antara berbagai variabel untuk menjelaskan sebuah fenomena (Wibowo, 2014). Hubungan antara berbagai variabel digambarkan dengan lengkap dan menyeluruh dengan alur dan skema yang menjelaskan sebab akibat suatu fenomena. Sumber pembuatan kerangka teori adalah dari paparan satu atau lebih teori yang terdapat pada tinjauan pustaka. Pemilihan teori dapat menggunakan salah satu teori atau memodifikasi dari berbagai teori, selama teori yang dipilih relevan dengan keseluruhan substansi penelitian yang akan dilakukan.

Kerangka teori merupakan dasar dari keseluruhan proyek penelitian. Di dalamnya dikembangkan, diuraikan dan dielaborasi hubungan-hubungan di antara variabel-variabel yang telah diidentifikasi melalui proses pengumpulan data awal, baik wawancara atau observasi, dan juga studi literatur dalam kajian pustaka. Menurut Uma Sekaran (1984), yang dimaksud dengan “kerangka kerja teoritis adalah model konseptual yang menggambarkan hubungan di antara berbagai macam faktor yang telah diidentifikasi sebagai sesuatu hal yang penting bagi suatu masalah.” Dengan kata lain, kerangka kerja teoritis membahas keterhubungan antar variabel yang dianggap terintegrasi dalam dinamika situasi yang akan diteliti. Melalui pengembangan kerangka kerja konseptual, memungkinkan kita untuk menguji beberapa hubungan antar variabel, sehingga kita dapat mempunyai pemahaman yang komprehensif atas masalah yang sedang kita teliti.

Kerangka teoritis yang baik, mengidentifikasi dan menyebutkan variabel-variabel penting yang terkait dengan masalah penelitian. Secara logis menguraikan keterhubungan di antara variabel tersebut. Hubungan antara variabel independen dengan dependen, dan jika ada, variabel moderator dan juga mediator akan dimunculkan. Hubungan tersebut tidak hanya digambarkan, melainkan juga dinarasikan secara rinci. Seringkali, kerangka teori dikenal dengan model, karena model juga merupakan representasi dari hubungan antara konsep-konsep.

Ada komponen dasar yang seharusnya ditampilkan dalam kerangka teori:

1. Variabel-variabel yang dianggap relevan untuk diteliti harus diidentifikasi secara jelas dan diberi label.
2. Penjelasan tentang bagaimana hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya.
3. Penjelasan sifat hubungan antar variabel tersebut, positif atau negatif.
4. Penyertaan diagram sebagai visualisasi, agar pembaca lebih mempunyai gambaran.

Setelah masalah penelitian berhasil dirumuskan dengan baik maka langkah berikutnya adalah mengajukan hipotesis yang didasarkan dari kajian mendalam teori-teori yang relevan dengan variabel-variabel penelitian. Agar sebuah kerangka teoritis meyakinkan maka argumentasi yang disusun dalam teori-teori yang dipergunakan dalam membangun kerangka berpikir harus merupakan pilihan dari sejumlah teori yang dikuasai secara lengkap dengan mencakup perkembangan terbaru.

Dengan demikian produk akhir dari proses pengkajian kerangka teori adalah perumusan hipotesis. Secara ringkas, langkah penyusunan kerangka teoretis dan pengajuan hipotesis dapat dibagi ke dalam kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Pengkajian mengenai teori-teori ilmiah yang akan dipergunakan dalam analisis.
2. Pembasan mengenai penelitian-penelitian lain yang relevan.
3. Penyusunan kerangka berpikir dengan mempergunakan premis-premis sebagaimana yang terkandung dalam teori dan hasil penelitian tersebut dengan menyatakan secara tersurat pernyataan, postulat, asumsi, dan prinsip yang dipergunakan.
4. Perumusan hipotesis.

Kerangka teori erat kaitannya dengan tinjauan pustaka. Istilah lain dari tinjauan pustaka yang sering digunakan para peneliti adalah studi literatur. Studi literatur yang dibuat dengan membaca banyak buku, majalah kesehatan, artikel, jurnal penelitian dan sumber lainnya akan mempermudah peneliti dalam merumuskan kerangka konsep penelitian. Referensi lain menyebutkan istilah lain dari tinjauan pustaka adalah studi kepustakaan yang mempunyai arti yang sama dengan yang telah dijelaskan sebelumnya.

Tinjauan pustaka diperlukan untuk memberikan pemantapan dan penegasan tentang ciri khas penelitian yang hendak dikerjakan. Ciri khas penelitian ini akan tampak dengan melampirkan referensi yang digunakan dalam daftar pustaka baik dari buku-buku ajar, artikel dan jurnal penelitian sebelumnya. Suatu naskah penelitian yang berbobot harus terdiri dari 80% artikel/jurnal penelitian, dan sisanya dapat dari buku ajar yang relevan dan sumber lain yang membahas masalah penelitian yang diteliti.

Jika peneliti menggunakan karya orang lain tanpa menampilkan sumbernya, baik nama *author* (penulis/peneliti), tahun, judul, tempat dan penerbit dan sebagainya yang dilampirkan dalam daftar pustaka, atau nama dan tahun (Metode Harvard/MLA) pada naskah penelitian merupakan praktik plagiat. Plagiarisme akan menjadikan seorang peneliti di tuntutan secara hukum dan mempunyai sejarah dalam hal akademik yang buruk, yang akan dipikul seumur hidup.

Tinjauan pustaka dalam penelitian kesehatan tidak hanya membahas secara substansial variabel dependen maupun variabel independen yang diteliti dari berbagai buku ajar / textbook. Pada Tinjauan pustaka peneliti secara mendalam menggali teori yang berhubungan dengan variabel yang diteliti, kemudian melakukan investigasi dari penelitian sebelumnya yang relevan sehingga memahami secara mendalam masalah dan faktor penyebab masalah penelitian yang akan diteliti.

Penelitian yang terdahulu yang dapat dipaparkan pada tinjauan pustaka antara lain hasil penelitian baik deskriptif maupun analitik (kuantitatif/kualitatif). Selain itu yang perlu didalami adalah metode penelitian apakah sudah sesuai, dampak dari masalah penelitian tersebut baik positif maupun negatif, sehingga dapat menjadi pedoman apakah hasil penelitian tersebut dapat di aplikasikan di lingkungan/ lokasi penelitian yang dipilih oleh peneliti. Lebih lanjut mengemukakan hal-hal yang perlu di muat dalam tinjauan pustaka dalam penelitian kesehatan antara lain: Teori-teori yang berhubungan dengan permasalahan yang akan diteliti.

Melalui tinjauan pustaka, peneliti dapat memiliki pemahaman yang luas dan dalam tentang masalah penelitian yang diteliti. Selanjutnya peran tinjauan pustaka menurut beberapa sumber

antara lain:

1. Mengetahui batas-batas cakupan permasalahan penelitian.
2. Dapat menempatkan pertanyaan penelitian dari perspektif yang jelas dan komprehensif
3. Dapat membatasi pertanyaan penelitian yang diajukan dan menentukan konsep studi yang berkaitan erat dengan permasalahan
4. Dapat mengetahui dan menilai hasil-hasil penelitian yang sejenis yang bisa sama maupun kontradiktif antara penelitian satu dengan penelitian lainnya.
5. Dapat menentukan metode penelitian yang tepat untuk memecahkan masalah penelitian.
6. Mencegah dan mengurangi replikasi yang kurang bermanfaat dengan penelitian sebelumnya.
7. Dapat lebih yakin dalam menginterpretasikan hasil penelitian yang hendak dilakukannya.

Contoh 1 Kerangka Teori Penelitian Kualitatif:

Suatu penelitian dengan judul “Gambaran Sistem Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit X pada Tahun 2017”. Penelitian tersebut memiliki landasan teori sebagai berikut:

A. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit berasal dari kata Yunani yaitu *hospitium* “Yang mempunyai arti sebagai tempat untuk menerima orang-orang asing dan pejiarah jamn dahulu. Dalam bentuknya yang pertama rumah sakit memang hanya melayani para pejiarah, orang-orang miskin, dan kemudian penderita penyakit pes. Seiring dengan berjalannya waktu, rumah sakit mulai berkembang setahap demi setahap hingga menjadi bentuk yang kompleks seperti sekarang ini. Saat ini rumah sakit merupakan suatu institusi di mana segenap lapisan masyarakat bisa datang untuk memperoleh upaya penyembuhan. Upaya inilah yang merupakan fungsi utama suatu rumah sakit umumnya.

Rumah sakit mempunyai pengertian yang beragam, diantaranya sebagai berikut:

- a. Kemkes RI (2009) rumah sakit adalah “sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan penelitian”.
- b. Menkes No.983 /Menkes / SK / XI / 1992 tentang pedoman organisasi rumah bersifat dasar, spesialisik dan sub spesialisik, sedangkan klasifikasinya didasarkan kepada perbedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan yaitu Rumah Sakit kelas A, kelas B (pendidikan dan non pendidikan), kelas C dan kelas D.
- c. WHO (1957) member batasan tentang pengertian rumah sakit adalah “bagian menyeluruh atau (integral) dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap pada masyarakat, baik kuratif, maupun rehabilitatif, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan, dan rumah sakit juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian bio-sosial”.
- d. AHA (1974) rumah sakit adalah “suatu organisasi yang melalui tenaga medis

operasional yang terorganisasi serta sarana kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnose serta pengobatan penyakit yang diderita pasien”.

2. Rumah Sakit sebagai Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit sebagai unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan dengan memiliki persyaratan pokok, sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik. Persyaratan pokok tersebut adalah:

- a. Pelayanan tersebut harus tersedia dimasyarakat (*Available*) serta bersifat berkesinambungan (*Continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibentuk oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibentuk. (Azwar,1996).
- b. Pelayanan kesehatan yang dapat diterima (*Acceptable*) oleh masyarakat serta yang bersifat wajar (*Appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat serta bersifat wajar bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
- c. Pelayanan kesehatan yang tidak mudah dicapai (*Accesable*) oleh masyarakat pengertian ketercapaian yang di maksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka peraturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang berkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
- d. Kesehatan yang mudah dicapai (*Affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang di maksud di sini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
- e. Pelayanan kesehatan yang bermutu (*Quality*). Pengertian mutu yang di maksud disini adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tentu cara penyelenggaranya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu ada 2 macam, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan yang berhasil memadukan berbagai upaya kesehatan yang ada dimasyarakat yakni pelayanan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta perusahaan kesehatan (Sommer, 1974).
- b. Pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan yang menyeluruh (*Holistic Approach*). Jadi tidak hanya memperhatikan keluhan penderita saja, tetapi juga berbagai latar belakang sosial ekonomi, sosial budaya, sosial psikologi, dan lain-lain. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila pendekatan yang dipergunakan. Memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari pemakai jasa pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

3. Peranan dan Fungsi Rumah Sakit

Di Indonesia tugas dan fungsi serta kewajiban rumah sakit baik yang dikelola pemerintah maupun swasta telah diatur sedemikian rupa sehingga pelayanan rumah sakit merupakan back up sistem dari pelayanan rumah sakit merupakan ujung tombak dari pelayanan kesehatan masyarakat (SKN, 1982).

Berdasarkan SK Menkes No.983 Tahun 1992, rumah sakit mempunyai tugas penting guna melaksanakan upaya kesehatan secara berhasil dengan mengutamakan usaha penyembuhan dan pemulihan yang di laksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi rumah sakit menurut Friedman dan Roemar seperti yang dikutip oleh Rakich, yaitu:

- a. Mendiagnosa dan memberikan pengobatan.
- b. Memberikan pelayanan pasien rawat jalan.
- c. Memberikan pendidikan kepada tenaga yang berkerja di Rumah sakit.
- d. Tempat penelitian dibidang Kedokteran.
- e. Mengadakan pelayanan pencegahan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sekitarnya.

Fungsi Rumah Sakit Menurut Lumenta (1992) adalah:

- a. Memberikan asuhan pelayanan kepada pasien yang meliputi pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan masyarakat meliputi pelayanan promotif dan preventif.
- c. Merupakan tempat pendidikan tenaga kerja.
- d. Merupakan tempat penelitian.

Dalam peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159 B /Menkes/Per/ II/1988 Pasal 9 tentang fungsi Rumah Sakit, antara lain:

- a. Menyediakan dan menyelenggarakan: Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Perawatan, Pelayanan Rehabilitasi.
- b. Sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan paramedik.
- c. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi dibidang kesehatan.

Dalam kaitannya rujukan rumah sakit merupakan bagian utama yang tidak terpisahkan untuk menjalankan fungsi penyembuhan dan pemulihan penderita yang bersifat kronis akut dan penyakit yang bersifat kronis akut dan penyakit yang bersifat darurat.

Berpijak pada fungsi rumah sakit tersebut dalam proses penyembuhan dan pemulihan penderita terkandung makna yang mendasar bila berkaitan dengan pentingnya upaya keberhasilan dan ketertiban serta hakekat keberadaan rumah sakit di tengah-tengah masyarakat, yaitu bahwa di rumah sakit:

- a. Terdapat bangunan yan khusus dipergunakan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan.
- b. Terdapat peralatan bahan dan perlengkapan untuk pelayanan.
- c. Terdapat pelayanan yang beraneka ragam.
- d. Terdapat sumber daya manusia (pasien), petugas, dan pengunjung.
- e. Terjadi interaksi timbal balik yang berlangsung maupun tidak berlangsung dari sarana, fasilitas, pasien, pengunjung, petugas, dan lain-lain.

Apabila hal tersebut dapat di golongan sebagai aspek. Maka tidak mustahil secara nyata

mupun tidak berkaitan dengan aspek-aspek tadi secara dinamis dapat menimbulkan dampak positif dan negatif, antara lain:

- a. Mempercepat atau menghambat penyembuhan dan pemulihan penderita.
- b. Timbulnya pengaruh buruk pada petugas.
- c. Tercemarnya lingkungan.
- d. Menjadi sumber penularan penyakit bagi masyarakat sekitarnya.

Seringkali rumah sakit kehilangan citranya dan berubah menjadi tempat cakupan serta yang tidak nyaman, dan sebagainya. Akibatnya tujuan utama rumah sakit sebagai penyelenggaraan asuhan pasien untuk meningkatkan mutu, cakupan serta efisiensi kekurangan optimal pencapaiannya. Untuk mencegah hal ini terjadi ditetapkan pedoman pelaksanaan untuk menjadikan rumah sakit yang lebih bersih dan tertib.

Dari batasan inilah sangatlah mudah dipahami bahwa fungsi dan kegiatan rumah sakit pada saat ini memang sangat bervariasi sekali program pengembangan rumah sakit mempunyai tujuan mendekati pelayanan kesehatan secara merata. Cara pendekatannya di laksanakan melalui upaya kesehatan yang bersifat umum sampai bersifat spesialis. Perbedaan kondisi fisik, tenaga dan obat-obatan di masing-masing rumah sakit menyebabkan perbedaan kemampuan inilah rumah sakit dikelompokkan yang kemudian dipergunakan dalam penetapan kelas rumah sakit sesuai standar yang ditetapkan.

B. Rawat Jalan

1. Definisi Rawat Jalan

Menurut Faste (1998), Pelayanan rawat jalan adalah satau bentuk dari pelayanan kedokteran yang secara sederhana. Pelayanan kedokteran yang sederhana. Pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam rawat inap (*Hospitalization*).

Keputusan Menteri Kesehatan No.66 / Menkes / II /1987 yang di maksud Rawat jalan dan Pelayanan Rawat Jalan. Rawat Jalan adalah pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit, untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal diruang rawat inap.

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan di unit pelaksanaan fungsional rawat jalan terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta unit gawat darurat. Menurut Azrul Azwar (1997) Rawat Jalan adalah pelayanan kedokteran di Indonesia dapat di bedakan atas dua macam yaitu diselenggarakan oleh swasta banyak macamnya, yaitu praktek bidan, praktek gigi, praktek darurat (perorangan atau kelompok), poliklinik, balai pengobatan, dan sebagainya. Yang seperti ini sebagai pelaksanaan pelayanan kesehatan tingkat pertama serta praktek dokter spesialis dan rumah sakit sebagai jenjang sarana pelayanan kesehatan tingkat ke-2 dan ke-3.

2. Pemanfaatan Rawat Jalan

Menurut Kotler (1994) pemanfaatan merupakan perilaku penggunaan jasa terhadap sistem yang menyangkut respon terhadap suatu kegiatan. Andersen (1998) pertama kali mengembangkan penelitian tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan, disebut juga dengan model penentu siklus kehidupan (*Life Cycle Determinant Models*) atau *Behavioral Model of Health Service Utilization*.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Faktor Predisposisi, adalah karakteristik seseorang dalam menggunakan pelayanan cenderung berbeda karena adanya faktor demografi, umur, jenis kelamin, dan faktor-faktor sosial serta persepsi terhadap pelayanan kesehatan.
- b. Faktor kemampuan seseorang untuk memanfaatkannya, karakteristik seseorang dalam penggunaan pelayanan kesehatan walaupun mempunyai faktor predisposisi namun tergantung mampu atau tidak dia dalam pemanfaatannya.
- c. Faktor kebutuhan, karakteristik seseorang dalam pemanfaatan pelayanan apabila ada kebutuhan.

Menurut Fuchs (1998), faktor-faktor yang mempengaruhi demand terhadap pelayanan kesehatan dan rumah sakit antara lain:

- a. Kebutuhan Berbasis Fisiologi

Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologi menekankan pentingnya keputusan petugas medis, keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapat pelayanan medis. Keputusan petugas medis ini akan mempengaruhi penilaian seseorang akan status kesehatannya. Berdasarkan situasi ini maka demand pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan atau dikurangi.
- b. Penilaian Pribadi Akan Status Kesehatan

Secara sosio-antropologis, penilaian pribadi akan status kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya dan norma-orma sosial masyarakat. Di samping itu masalah persepsi mengenai resiko sakit merupakan hal yang penting. Sebagian kesehatannya, sebageian lain tidak memperhatikannya.
- c. Tarif

Hubungan tarif dengan demand terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif maka demand akan menjadi semakin rendah. Pada pelayanan kesehatan rumah sakit, tingkat demand pasien sangat dipengaruhi oleh keputusan dokter. Pada keadaan yang membutuhkan penanganan segera, maka faktor tariff berperan dalam mempengaruhi demand.
- d. Penghasilan Masyarakat

Kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan demand untuk pelayanan kesehatan. Faktor penghasilan masyarakat dan selera mereka merupakan bagian penting dalam analisis demand.
- e. Asuransi Kesehatan dan Jaminan Kesehatan

Pada Negara-negara maju, faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal demand pelayanan kesehatan. Di samping itu ada pula program pemerintah dalam bentuk jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin. Adanya asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan demand terhadap pelayanan kesehatan. Dengan demikian, hubungan asuransi kesehatan dengan demand terhadap pelayanan kesehatan bersifat positif. Asuransi kesehatan bersifat mengurangi efek faktor tarif sebagai hambatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada saat sakit.
- f. Umur

Faktor umur sangat mempengaruhi demand terhadap pelayanan preventif dan kuratif. Semakin tua seseorang akan terjadi peningkatan demand terhadap

pelayanan kuratif dan demand terhadap pelayanan preventif akan menurun.

g. Jenis kelamin

Penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa demand terhadap pelayanan kesehatan oleh wanita ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.

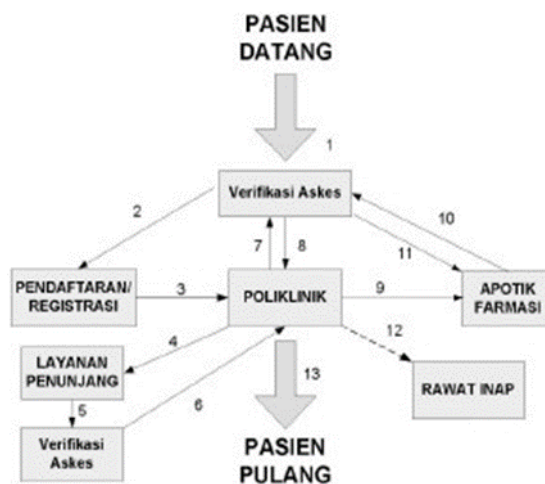
h. Pendidikan

Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung mempunyai demand yang lebih tinggi. Pendidikan yang lebih tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan dan konsekuensinya untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

3. Alur Pelayanan Rawat Jalan

Alur pelayanan pasien yang berkunjung ke poliklinik rawat jalan meliputi pelayanan yang di berikan kepada pasien mulai dari pendaftaran, menunggu pemeriksaan diruang tunggu pasien, dan mendapatkan layanan pemeriksaan atau pengobatan diruang pemeriksaan pelayanan yang diamati disini tidak termasuk pelayanan pengambilan obat, pemeriksaan laboratorium atau pun pemeriksaan penunjang lainnya.

Berikut ini dapat dilihat alur pelayanan rawat jalan secara umum:



Sumber: Alur Pelayanan Rawat Jalan (Kemkes, 2009)

Gambar 1. Alur Pasien Rawat Jalan

- 1) Pasien datang mengambil no. antrian dan melakukan pendaftaran /registrasi
- 2) Pasien membayar ke kasir
- 3) Pasien menuju poliklinik
- 4) Jika pasien tersebut mendapatkan tindakan di poliklinik, maka pasien harus bayar ke kasir terlebih dahulu
- 5) Pasien perlu layanan penunjang (laboratorium dan radiologi)
- 6) Pasien membayar ke kasir
- 7) Pasien ke poliklinik untuk dibacakan hasilnya
- 8) Pasien di rujuk ke poli spesialis dan melakukan pembayaran di kasir.

- 9) Pasien menuju ke poli spesialis
- 10) Pasien ke farmasi / apotek untuk pengesahan obat
- 11) Pasien membayar ke kasir
- 12) Pasien mengambil obat ke bagian farmasi / apotek
- 13) Pasien pulang

Pada pasien baru atau pasien yang pertama kali datang ke rumah sakit untuk keperluan berobat untuk itu berkas rekam medis harus diisidengan lengkap baik dan benar sesuai dengan peraturan yang berlakudengan setiap pasien memiliki berkas rekam medis yang dapatdipergunakan untuk berobat, alur pelayanannya adalah sebagai berikut:

- 1) Mendaftar ditempat penerimaan pasien
- 2) Data pada formulir pendaftaran pasien baru di input atau dimasukkan computer
- 3) Mencetak kartu pasien
- 4) Memberi tanggal dan numerator pada kartu pasien
- 5) Membuat kartu pasien
- 6) Membayar dikasir Rawat Jalan (RJ)
- 7) Menuju poliklinik menunggu giliran diperiksa



Gambar 2 Alur Pasien Baru Rawat Jalan

Pada pasien lama atau pasien yang pernah datang sebelumnya kerumah sakit untuk keperluan pengobatan baik rawat jalan (poliklinik) maupun rawat inap, alur pelayanannya adalah sebagai berikut:

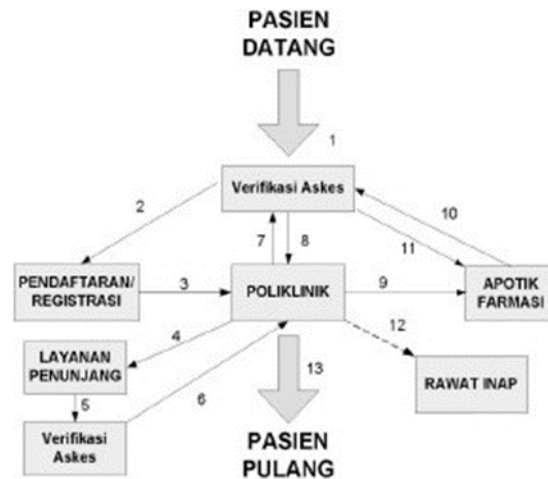
1. Mendaftar ditempat penerimaan pasien
2. Jika kartu pasien hilang maka diganti dengan kartu yang baru
3. Membayar dikasir Rawat Jalan (RJ)
4. Menuju poliklinik menunggu giliran diperiksa



Gambar 3 Alur Pasien Lama Rawat Jalan

Dari landasan teori yang telah diuraikan di atas, maka kerangka teori dalam penelitian ini adalah:

Kemkes (2009) menjelaskan bahwa alur pelayanan rawat jalan merupakan alur pelayanan pasien yang berkunjung ke poliklinik rawat jalan (baik pasien lama maupun baru) meliputi pelayanan yang di berikan kepada pasien mulai dari pendaftaran, menunggu pemeriksaan diruang tunggu pasien, dan mendapatkan layanan pemeriksaan atau pengobatan diruang pemeriksaan pelayanan yang diamati disini tidak termasuk pelayanan pengambilan obat, pemeriksaan laboratorium atau pun pemeriksaan penunjang lainnya.



Sumber: Alur Pelayanan Rawat Jalan (Kemkes, 2009)

Gambar4. Kerangka Teori

Contoh 2 Kerangka Teori Penelitian Kuantitatif

Suatu penelitian dengan topik “Faktor-fakto yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien di RS X pada Tahun 2016”. Landasan teori dari penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

A. Kepuasan Pasien

1. Definisi Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subyektif tetap ada dasar objektifnya, terutama penilaian pasien yang didasari oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan kenyataan objektif yang ada. Secara umum kepuasan pasien mencakup empat aspek yaitu kenyamanan, hubungan pasien dengan petugas rumah sakit, kompetensi teknik petugas dan biaya (Sabarguna, 2004). Sedangkan Kotler (2003) mendefinisikan kepuasan pasien sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang dialami setelah membandingkan antara persepsi kinerja atau hasil suatu produk dengan harapan-harapannya.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja/hasil yang dirasakan dengan harapannya. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan kecewa, bila kinerja sesuai dengan harapan, akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan, pelanggan akan sangat puas (Supranto, 1997).

Kepuasan pasien merupakan reaksi berlaku sesudah menerima jasa pelayanan kesehatan. Hal itu mempengaruhi pengambilan keputusan pemanfaatan ulang yang sifatnya terus-menerus terhadap pembelian jasa yang sama dan akan mempengaruhi

penyampaian pesan / kesan kepada pihak / orang lain tentang pelayanan kesehatan yang diberikan (Azwar, 1996).

Kepuasan pasien merupakan salah satu aspek dari mutu pelayanan rumah sakit. Kepuasan pasien menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial pasien, kepuasan terhadap lingkungan rumah sakit, suhu udara, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan kesehatan, keramahan, perhatian, *privacy*, makanan, tarif, dan sebagainya (Jacobalis, 1989).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Kepuasan pelanggan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi banyak faktor, antara lain: (Wiyono, 2000)

1. Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang
2. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharapkan
3. Prosedur perjanjian
4. Waktu tunggu
5. Fasilitas umum yang tersedia
6. Outcome terapi dan perawatan yang diterima

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pasien puas atau tidak terhadap pelayanan medik yang diterima, antara lain:

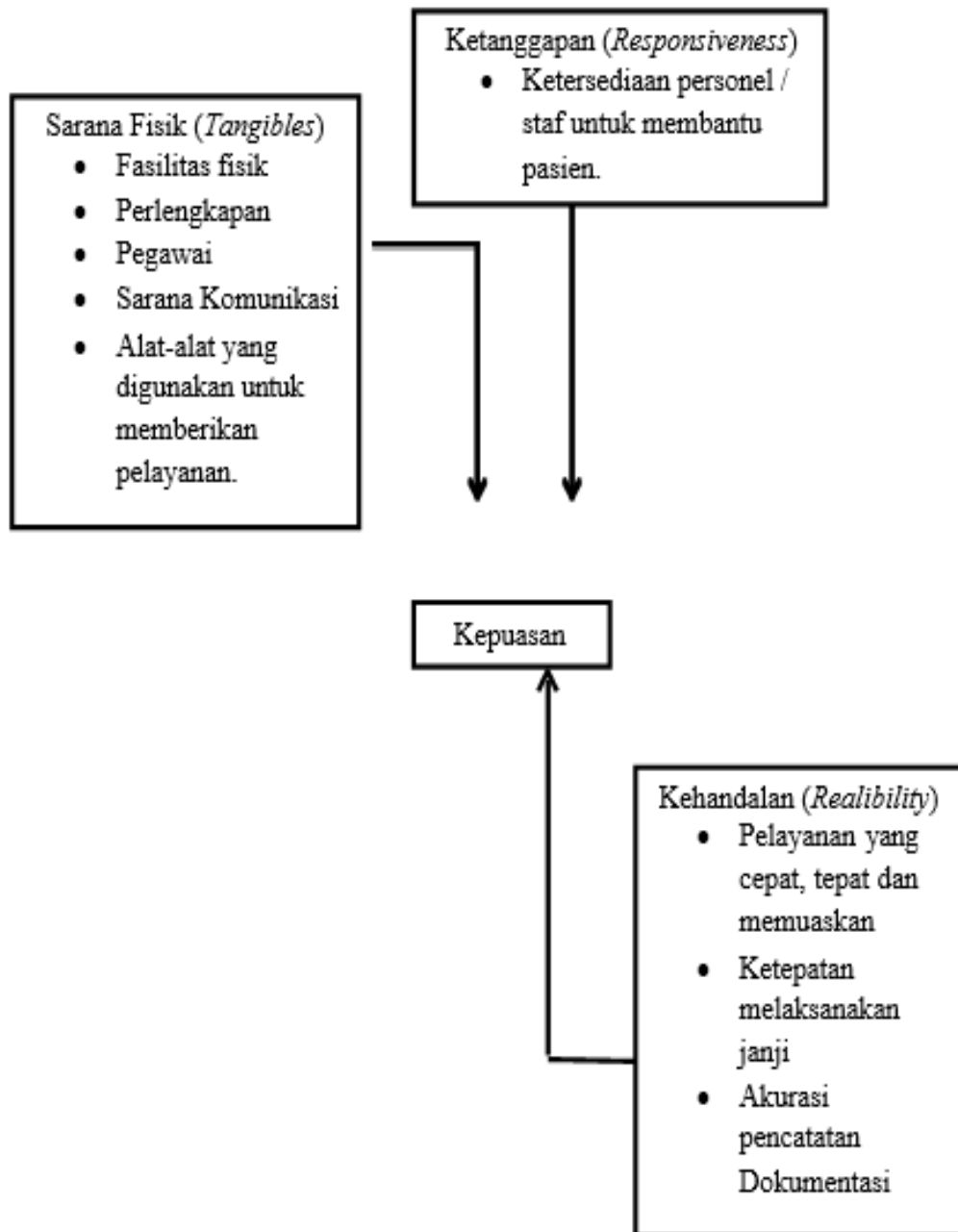
1. Waktu tunggu yang tidak lama
2. Dokter bersikap ramah dalam menghadapi pasien
3. Dokter juga memberikan respon kepada pasien mengenai hal-hal yang bersifat non medik, seperti kegemaran pasien
4. Dokter bersedia untuk mendengarkan pasien
5. Dokter mengetahui dan memahami tentang kekhawatiran pasien terhadap penyakitnya
6. Dokter mengetahui apa yang diharapkan pasien sehingga pasien datang ke dokter (Smet, 1994) dalam Wiyono (2000)

Pengukuran kepuasan pasien dapat kita lihat dari dimensi mutu pelayanan kesehatan. Dimensi ini menurut Wiyono (2003) terdiri dari beberapa parameter sebagai berikut:

1. Sarana fisik rumah sakit (*Tangibles*), yaitu sesuatu yang dapat diamati oleh indera penglihatan pasien meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, sarana komunikasi dan alat – alat yang berwujud dari penyelenggara pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
2. Kehandalan (*Realibility*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan cepat, tepat dan memuaskan. Dimensi realibility dapat dilihat dari ketepatan melaksanakan janji, dapat dipercaya dan akurasi dalam pencatatan dokumen.
3. Ketanggapan (*Responsiveness*), yaitu kesediaan personel atau staf pelayanan medis untuk membantu para pasien dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat.

Dari landasan teori yang telah dijelaskan di atas, maka kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari dimensi kepuasan pasien. Wiyono (2003) menyatakan dimensi kepuasan pasien terdiri dari beberapa parameter, yaitu: sarana fisik rumah sakit (*Tangibles*), kehandalan (*Reliability*), dan ketanggapan (*Responsiveness*).



Sumber: Pengukuran Kepuasan Pasien (Wiyono, 2003)

Gambar 5. Kerangka Teori

Topik 2

Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep yang dibangun berdasarkan hasil-hasil studi empiris terdahulu sebagai pedoman dalam melakukan penelitian. Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati dan diukur melalui konstruk yang dikenal dengan istilah variabel.

Kerangka konsep dibuat berdasarkan pada kerangka teori yang dibentuk pada bab II. Kerangka teori biasanya lebih kompleks dari kerangka konsep, karena tidak semua variabel dalam kerangka teori diangkat menjadi variabel penelitian di kerangka konsep.

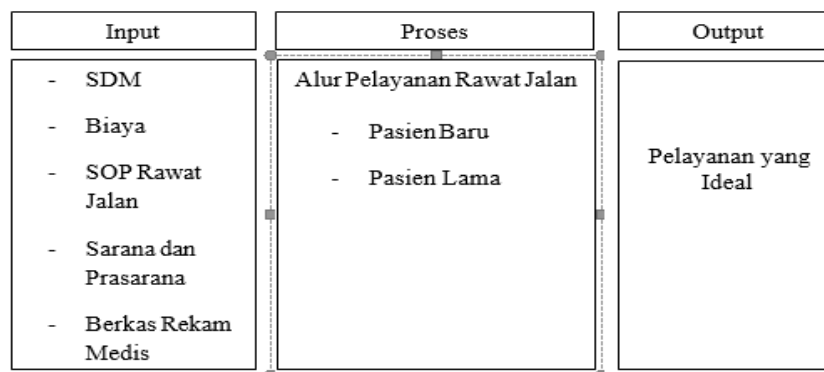
Kerangka konseptual diharapkan akan memberikan gambaran dan mengarahkan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti. Kerangka konseptual memberikan petunjuk kepada peneliti di dalam merumuskan masalah penelitian. Peneliti akan menggunakan kerangka konseptual yang telah disusun untuk menentukan pertanyaan-pertanyaan mana yang harus dijawab oleh penelitian dan bagaimana prosedur empiris yang digunakan sebagai alat untuk menemukan jawaban terhadap pertanyaan tersebut.

Sama halnya dengan kerangka teori, kerangka konsep juga berbentuk visualisasi. Pada kerangka konsep juga harus mendeskripsikan hubungan variabel yang akan kita teliti, sehingga pembaca tidak akan sulit untuk mengartikan kerangka tersebut.

Contoh 1. Kerangka Konsep Penelitian Kualitatif

Berdasarkan contoh 1 pada topik 1, maka kerangka konsep dalam penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

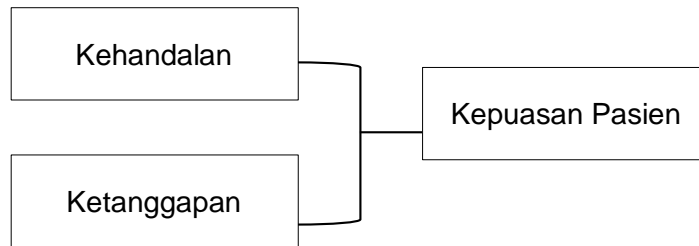
Jika diumpamakan ke dalam suatu sistem. Maka pelayanan rawat jalan memiliki input yaitu masukan dari proses pelayanan rawat jalan yang dapat diidentifikasi dalam aspek sumber daya manusia, kebijakan, dan fasilitas. Setelah input, maka dapat dilanjutkan ke dalam proses yaitu proses pelayanan rawat jalan mulai dari pasien datang hingga pulang, dan output atau tujuan yang hendak dicapai adalah capaian pelayanan rawat jalan, sehingga kerangka konsep dari penelitian adalah sebagai berikut:



Gambar 6. Kerangka Konsep

Berdasarkan contoh 2 pada topik 1, maka kerangka konsep dalam penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

Pada penelitian ini, dari 3 dimensi yang dijelaskan pada kerangka teori peneliti memfokuskan variabel yang diteliti pada 2 dimensi saja, yaitu kehandalan dan ketanggapan karena pada dimensi sarana fisik tidak ditemukan permasalahannya. Kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 7. Kerangka Konsep