

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Kualitas Pelayanan Kesehatan.**

Kualitas pelayanan kesehatan atau pemeliharaan kesehatan diterima dan didefinisikan dalam banyak pengertian. Kualitas pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau kualitas kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya (Wijono, 2000).

Kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk kepada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya. Penampilan merupakan keluaran (*output*) dari suatu pelayanan kesehatan. Baik atau tidaknya keluaran (*output*) dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*environment*) (Walgito, 2004).

Hal ini dijelaskan sebagai berikut (Ifmaily, 2006) :

1. Unsur masukan.

Meliputi tenaga, dana dan sarana. Apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personnels and facilities*), serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

2. Unsur lingkungan.

Meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of organization and management*) dan atau tidak bersifat mendukung maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

3. Unsur proses.

Meliputi tindakan medis dan non medis. Apabila kedua tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar (*standard of conduct*) maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Pembahasan tentang kualitas pelayanan kesehatan yang baik mengenal dua pembatas yaitu (Notoatmojo, 2003) :

1. Pada derajat kepuasan pasien.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

2. Pada upaya yang dilakukan.

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etik profesi yang telah ditetapkan. Zeithaml *et al.* (1993) menyebutkan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh jarak ketidaksesuaian antara harapan atau keinginan dan persepsi pasien. Kualitas pelayanan yang baik adalah kualitas pelayanan yang mampu mempertemukan harapan dan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan yang diterima (Zeithaml, 1993).

Faktor-faktor yang mempengaruhi harapan pasien adalah (Zeithaml, 1993) :

1. Komunikasi dari mulut ke mulut, yaitu informasi yang didengar dari pasien lain.
2. Kebutuhan perorangan, meliputi karakteristik individu dan lingkungan.
3. Pengalaman masa lalu.
4. Komunikasi eksternal, yaitu informasi yang berasal dari penyedia pelayanan kesehatan.

### 2.1.2 Kepuasan Pasien

Pencapaian kepuasan dapat merupakan proses yang sederhana, kompleks dan rumit. Dalam hal ini setiap individu dalam penyedia jasa sangatlah penting dan berpengaruh terhadap kepuasan yang dibentuk. Untuk dapat mengetahui tingkat kepuasan pelanggan secara lebih baik, maka perlu dipahami pula sebab-sebab kepuasan. Pelanggan tidak cuma lebih banyak kecewa pada jasa daripada barang, tetapi mereka juga jarang mengeluh. Salah satu alasannya adalah karena mereka juga ikut terlibat dalam proses penciptaan jasa (Praptiwi, 2010).

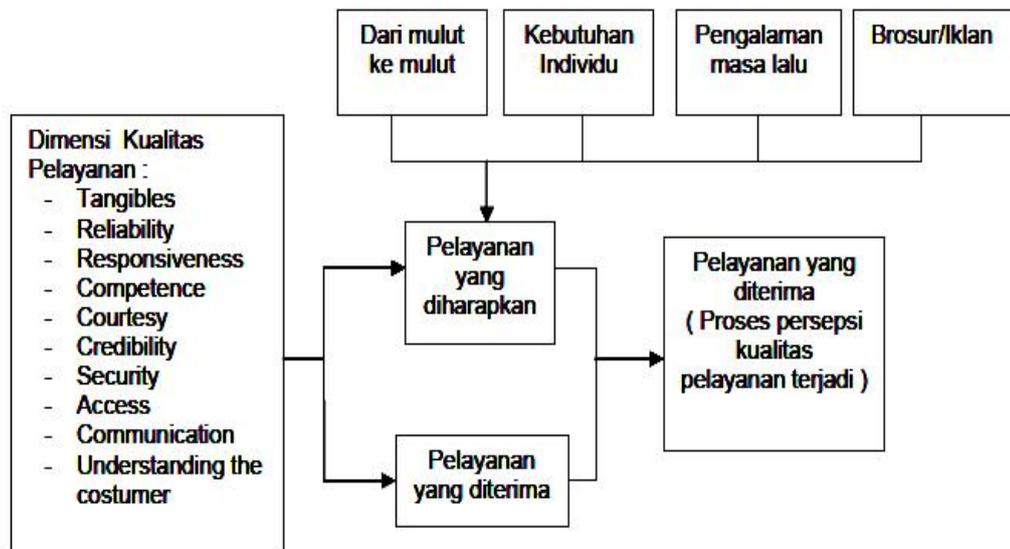
Banyak pakar yang memberikan definisi mengenai kepuasan pelanggan. Day (2002) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian atau diskonfirmasi yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Menurut Engel *et al* (2001) mengungkapkan bahwa kepuasan pelanggan adalah merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya memberikan hasil sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil yang diperoleh tidak memenuhi harapan pelanggan. Sedangkan pakar pemasaran Kotler (2000) mengungkapkan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya. Ada persamaan diantara beberapa definisi di atas, yaitu menyangkut komponen kepuasan

pelanggan (harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan) (Tjiptono, 2004).

Ada beberapa metode yang digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan diantaranya :

1. Sistem keluhan dan saran. Setiap perusahaan berorientasi pada pelanggan perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang bisa digunakan yaitu kotak saran yang diletakkan ditempat-tempat strategis (yang mudah dijangkau pelanggan atau sering dilewati pelanggan), menyediakan kartu komentar (yang bias diisi langsung ataupun yang bisa dikirim via pos kepada perusahaan), menyediakan saluran telepon khusus, dan lain-lain. Informasi yang diperoleh melalui metode ini dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga kepada perusahaan, sehingga memungkinkan untuk memberikan respon secara cepat dan tanggap terhadap setiap masalah yang timbul. Namun dengan metode ini cenderung bersifat pasif, maka sulit mendapatkan gambaran lengkap mengenai kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan (Praptiwi, 2010).
2. Survey kepuasan pelanggan. Melalui survey, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan sekaligus juga memberi tanda atau sinyal positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya (Kotler, 1996).

3. *Ghost shopping*. Metode ini dilaksanakan dengan cara memperkerjakan beberapa orang (*ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan atau pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing. Lalu *ghost shopper* tersebut menyampaikan temuan-temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut. Selain itu *ghost shopper* juga dapat mengamati atau menilai cara perusahaan dan pesaingnya menjawab pertanyaan pelanggan dan menangani setiap keluhan (Tjiptono,2006).
  
4. *Lost customer analysis*. Dalam metode ini, perusahaan berusaha menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok. Yang diharapkan adalah akan diperolehnya informasi penyebab terjadinya hal tersebut. Informasi ini sangat bermanfaat bagi perusahaan untuk mengambil kebijakan selanjutnya dalam rangka meningkatkan kepuasan dan loyalitas pelanggan (Praptiwi, 2010).



**Gambar 2.1** Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa Yang Mempengaruhi Persepsi Pasien Menurut Zeithaml (Zeithaml, 1993).

Pelayanan konsumen dapat berupa produk, jasa, atau campuran produk dan jasa. Kualitas dari suatu kerja atau pelayanan dapat disajikan menurut tingkat dimensinya yaitu (Kotler dan Keller, 2007) :

1. *Responsiveness* (Ketanggapan)

Yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan cepat dan tepat. Pelayanannya bisa berupa kecepatan pelayanan obat dan kecepatan pelayanan kasir (Harianto, 2005).

2. *Reliability* (Kehandalan)

Yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pelanggan dengan percaya diri dan akurat. Dalam pelayanannya adalah pemberian informasi obat oleh petugas atau farmasi (Harianto, 2005)

3. *Assurance* (Jaminan)

Yaitu pengetahuan, kesopanan dan kemampuan yang memberikan kepercayaan dan keyakinan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dalam pelayanannya adalah kelengkapan obat dan harga obat (Kotler dan Keller, 2007).

4. *Emphaty* (Empati)

Yaitu kemampuan untuk membina hubungan, perhatian dan memahami kebutuhan pelanggan. Dalam pelayanan berupa keramahan petugas apotek (Harianto, 2005).

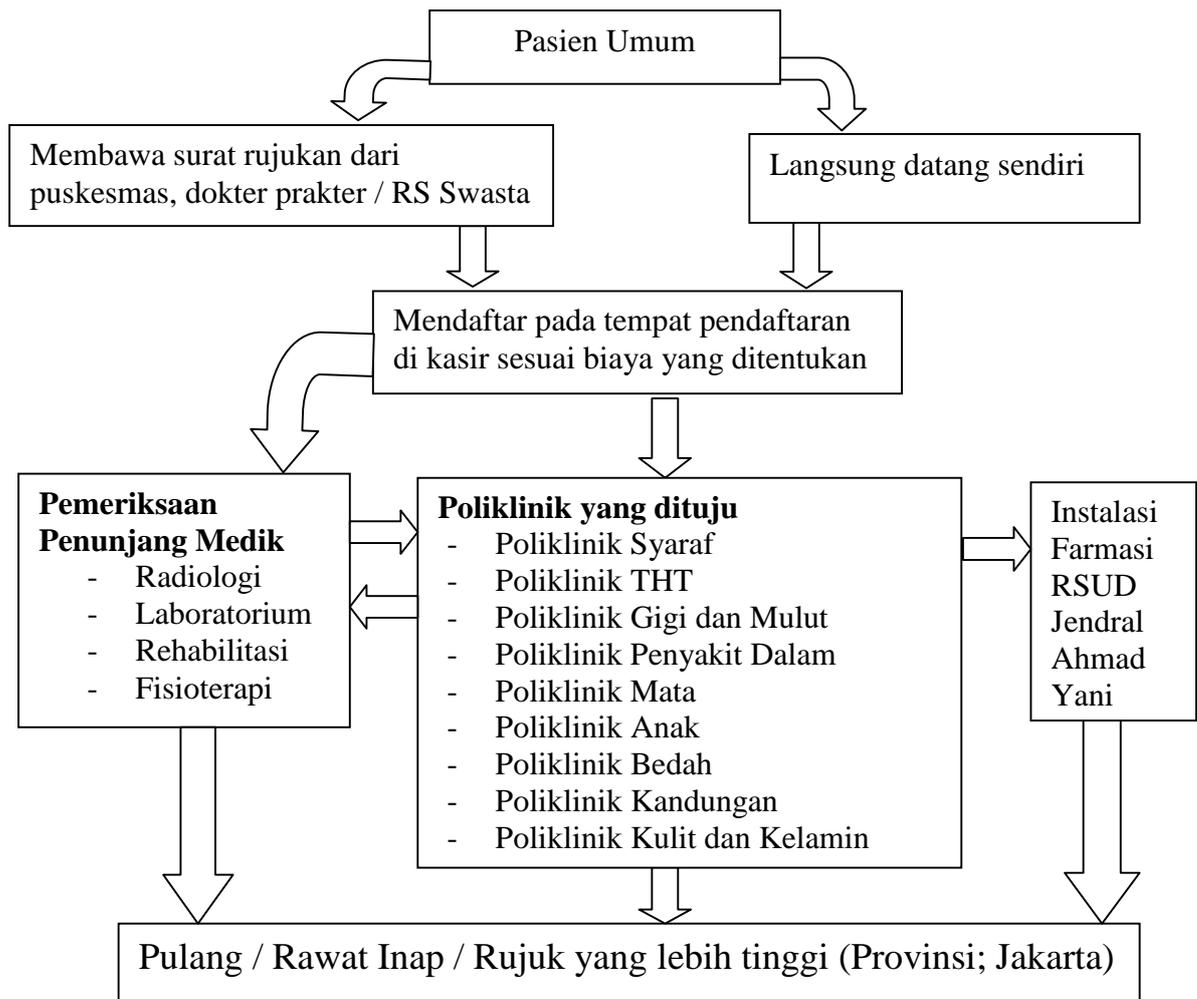
5. *Tangibles* (Bukti Langsung)

Yaitu sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pelanggan. Dalam pelayanannya adalah kecukupan tempat duduk diruang tunggu, kebersihan ruangan, kenyamanan ruangan dengan kipas angin atau AC, serta ketersediaan televisi (Harianto, 2005).

Pelayanan kefarmasian rawat jalan adalah pelayanan kefarmasian yang diberikan atas permintaan dokter kepada farmasis melalui resep dokter, untuk penyediaan obat-obat dan atau perbekalan farmasi lain bagi pasien dari poliklinik umum, poliklinik spesialis, dan poliklinik gigi, dan sekaligus farmasis memberikan pelayanan penyuluhannya. Pengertian Apotek berbeda dengan Farmasi. Apotek adalah tempat pengabdian dan praktek profesi farmasi, sedangkan farmasi adalah profesi kesehatan yang berhubungan dengan pembuatan dan distribusi dari produk yang berkhasiat obat. Rantai hubungan tugas apoteker

rumah sakit di unit rawat jalan adalah dokter–apoteker–pasien (Anief, 2001).

#### Alur pelayanan pasien umum poliklinik RSUD Jendral Ahmad Yani



**Gambar 2.2** Alur Pelayanan Pasien Umum Poliklinik RSUD Jendral Ahmad Yani (RSUD Jendral Ahmad Yani, 2015).

Dalam mengelola IFRS ada dua hal penting yang harus dipertimbangkan yaitu staf atau Sumber Daya Manusia (SDM) yang meliputi manajemen atau apoteker penanggung jawab, staf profesional atau asisten apoteker, pembantu asisten apoteker, serta tata letak fasilitas bangunan fisik. Sedangkan faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pelayanan resep meliputi :

- a. Pelayanan yang cepat dan ramah disertai jaminan tersedianya obat dengan kualitas baik,
- b. Harga kompetitif,
- c. Adanya kerjasama dengan unsur lain di rumah sakit seperti dokter dan perawat,
- d. Faktor-faktor lain seperti lokasi apotek dan kenyamanan apotek (Aditama, 2007).

Kegiatan pelayanan IFRS akan memperoleh sambutan positif dari masyarakat atau pasien apabila mereka diberi kepuasan karena seperti yang dikemukakan Engel, J (2001) kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purna beli (Engel, 2001).

Untuk dapat mengetahui persepsi pasien terhadap pelayanan IFRS dan pengaruh dimensi kualitas pelayanan farmasi adalah sebagai berikut:

## 1. Lama pelayanan petugas

Lama pelayanan sangat penting karena pada masyarakat modern waktu adalah komoditi yang tidak bisa diulang kembali. Pasien datang ke rumah sakit membutuhkan waktu cukup lama untuk antre diperiksa dokter, selanjutnya pada proses pengambilan obat mulai dari resep masuk ke apotek sampai pasien menerima obat yang sudah selesai diracik atau diambilkan, diharapkan tidak terlalu lama supaya pasien tidak jenuh menunggu (Ifmaily, 2006).

Berdasarkan permenkes nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit disebutkan bahwa untuk waktu tunggu pelayanan obat jadi yaitu 30 menit dan waktu pelayanan untuk obat racikan 60 menit. Lama pelayanan petugas menurut Setiawan (2004), waktu tunggu pelayanan resep yang ideal adalah 15 menit (Setiawan, 2004). Sedangkan menurut Gita (1999) mengemukakan bahwa pelayanan resep dengan komposisi 2 R/ sampai 3 R/ obat jadi membutuhkan waktu 32,67 menit dan untuk obat racikan membutuhkan waktu 47,39 menit (Gita, 1999). Wahyuningsih, E dalam penelitiannya mendapatkan bahwa pelayanan resep dengan komposisi 3 R/ obat jadi membutuhkan waktu 26,08 menit, untuk 2 R/ obat jadi dan 1 R/ obat racikan membutuhkan waktu 66,25 menit. Unsur fasilitas yang membuat waktu tunggu lebih menyenangkan yaitu dengan adanya musik, televisi, majalah, kebersihan, *privacy*. Dimana hal ini merupakan faktor penting untuk menarik pasien agar dapat menjamin kelangsungan dari pembelian obat (Wahyuningsih, 2003)

## 2. Pemberian Informasi Obat

Menurut Keputusan Menkes RI No. 1197/MENKES/SK/X/2004 pelayanan informasi obat merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh apoteker untuk memberi informasi secara akurat, tidak bias dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien. PIO (Pelayanan Informasi Obat) didefinisikan sebagai kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi obat yang independen, akurat, komprehensif, terkini oleh apoteker kepada pasien, masyarakat maupun pihak yang memerlukan. Unit ini dituntut untuk dapat menjadi sumber terpercaya bagi para pengelola dan pengguna obat, sehingga mereka dapat mengambil keputusan dengan lebih mantap (Juliantini dan Widayanti, 1996).

Berdasarkan ketentuan Depkes (2004) pelayanan informasi obat terhadap pasien bertujuan untuk :

- a. Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain dilingkungan rumah sakit.
- b. Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan-kebijakan yang berhubungan dengan obat, terutama bagi Panitia/Komite Farmasi dan terapi.
- c. Meningkatkan profesionalisme apoteker Menunjang terapi obat yang rasional.

Apoteker dan petugas apotek harus memberikan informasi tentang obat secara jelas untuk mencegah kemungkinan terjadinya kesalahan dosis,

manfaat, cara pakai obat, lama pemakaian, dan supaya pasien juga mengetahui efek samping dan kontraindikasi obat yang dikonsumsi atau interaksi obat dengan obat lain maupun dengan makanannya (Djojodibroto, 2007).

Untuk meningkatkan derajat kepatuhan dalam penggunaan obat, harus diadakan penyuluhan obat oleh apoteker kepada pasien maupun keluarganya, dalam hal penggunaan dan penyimpanan serta berbagai aspek obat yang lain (Retno, 2005).

### **2.1.3 Unit Rawat Jalan**

Unit rawat jalan adalah unit pelayanan medik yang meliputi upaya pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan dan rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Bagian ini diperuntukkan bagi pasien yang mengalami penyakit dengan tingkat kegawatan yang ringan dan sedang, tanpa harus membutuhkan penanganan medik secara intensif di ruang rawat inap (Wijono, 2000).

### **2.1.4 Instalasi Farmasi Rumah Sakit**

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan salah satu pusat pendapatan utama dalam pengelolaan rumah sakit, mengingat lebih dari 90 % pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan perbekalan farmasi (obat-obatan, bahan kimia, bahan radiologi, bahan alat kesehatan habis pakai, alat kedokteran, dan gas medik), dan 50 % dari seluruh pemasukan rumah sakit berasal dari pengelolaan perbekalan farmasi. Sudah dapat diprediksi bahwa pendapatan rumah sakit akan mengalami penurunan jika masalah perbekalan farmasi tidak dikelola secara cermat serta penuh tanggung jawab. Oleh karena itu, instalasi farmasi perlu diberdayakan, dimulai dari sosialisasi redefinisi peran apoteker rumah sakit, falsafah, visi, misi, sampai tujuan pelayanan farmasi rumah sakit berbasis klinik yang selama ini belum tersosialisasikan dengan baik (Yusmainita, 2005).

#### **1. Falsafah dan Misi IFRS**

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang utuh dan berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, dan pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Instalasi farmasi bertanggung jawab terhadap semua barang farmasi yang beredar di rumah sakit tersebut.

## 2. Visi IFRS

Pelayanan farmasi profesional baik dari aspek manajemen maupun klinik dengan orientasi kepada kepentingan pasien sebagai individu, berwawasan lingkungan, dan keselamatan kerja.

Berdasarkan kode etik :

1. Bertanggung jawab atas pengelolaan farmasi rumah sakit yang berdaya guna dan berhasil guna.
2. Melaksanakan pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada pencapaian hasil pengobatan yang optimal bagi pasien.
3. Berperan serta dalam program-program pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk meningkatkan kesehatan seluruh lapisan masyarakat, baik pasien maupun tenaga kerja rumah sakit.

## 3. Tujuan IFRS

Tujuan pelayanan farmasi di rumah sakit (Ifmaily, 2006) :

1. Menunjang pelayanan farmasi yang optimal, baik dalam keadaan biasa maupun keadaan darurat, sesuai keadaan penderita maupun fasilitas yang tersedia.
2. Pengawasan obat berdasarkan aturan yang berlaku.
3. Memberi informasi dan saran mengenai obat.
4. Menyelenggarakan kegiatan professional dalam pelayanan menurut etika farmasi.
5. Membantu mengawasi dan memberi pelayanan bermutu melalui analisis, telaah dan evaluasi pelayanan.
6. Mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metode.

7. Menyelenggarakan hubungan kerja professional dengan petugas kesehatan lainnya.

Kemudian tujuan IFRS menurut Yusmainita (2005) adalah :

a. Manajemen

1. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien.
2. Menerapkan farmako-ekonomi dalam pelayanan.
3. Menjaga dan meningkatkan mutu kemampuan tenaga kesehatan farmasi dan staf melalui pendidikan.
4. Mewujudkan sistem informasi manajemen tepat guna, mudah dievaluasi, dan berdaya guna untuk pengembangan.
5. Pengendalian mutu sebagai dasar setiap langkah pelayanan untuk peningkatan mutu pelayanan.

b. Kesehatan Keselamatan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH)

1. Melaksanakan prosedur yang menjamin keselamatan kerja dan lingkungan.
2. Melaksanakan prosedur yang mendukung kerja tim infeksi nosokomial.

c. Tugas dan Fungsi IFRS

Tugas :

Melaksanakan seluruh pekerjaan kefarmasian di rumah sakit, meliputi pelayanan farmasi produk dan farmasi klinik.

Fungsi :

1. Pelayanan farmasi produk.
2. Pelayanan farmasi klinik.
3. Penyaluran Perbekalan farmasi.
4. Peranan dalam Panitia Farmasi dan Terapi.
5. Peranan Dalam Program Rumah Sakit.

Indikator untuk menilai keberhasilan pelayanan kefarmasian RS :

- a. Rasionalitas dalam diagnosis dan terapi,
- b. Efektivitas dan keberhasilan terapi,
- c. Efisien, kehematan biaya, kecepatan, dan lancarnya pelayanan,
- d. Kepuasan pasien, keluarga, dan masyarakat (untuk penelitian penulis menggunakan indikator ini) (Yusmainita,2005).

### **2.1.5 Resep Obat**

Resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan dan atau membuat, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien (Syamsuni, 2006).

Jenis Jenis Resep :

1. Resep standar (R/. Officinalis), yaitu resep yang komposisinya telah dibakukan dan dituangkan ke dalam buku farmakope atau buku standar lainnya. Penulisan resep sesuai dengan buku standar.

2. Resep magistrales (R/. Polifarmasi), yaitu resep yang sudah dimodifikasi atau diformat oleh dokter, bisa berupa campuran atau tunggal yang diencerkan dalam pelayanannya harus diracik terlebih dahulu.
3. Resep medicinal. Yaitu resep obat jadi, bisa berupa obat paten, merek dagang maupun generik, dalam pelayanannya tidak mengalami peracikan. Buku referensi : Organisasi Internasional untuk Standarisasi (ISO), Indonesia Index Medical Specialities (IIMS), Daftar Obat di Indonesia (DOI), dan lain-lain.
4. Resep obat generik, yaitu penulisan resep obat dengan nama generik dalam bentuk sediaan dan jumlah tertentu. Dalam pelayanannya bisa atau tidak mengalami peracikan (Jas, 2009).

Format Penulisan Resep Menurut Pefardi (2002), resep terdiri dari 7 bagian:

1. Identitas Dokter Nama, nomor surat ijin praktek, alamat praktek dan rumah dokter penulis resep serta dapat dilengkapi dengan nomor telepon dan hari serta jam praktek. Biasanya sudah tercetak dalam blanko resep.
2. Nama kota (sudah dicetak dalam blanko resep) dan tanggal ditulis resep.
3. Superscriptio Ditulis dengan symbol R/ (recipe=harap diambil). Biasanya sudah dicetak dalam blanko. Bila diperlukan lebih dari

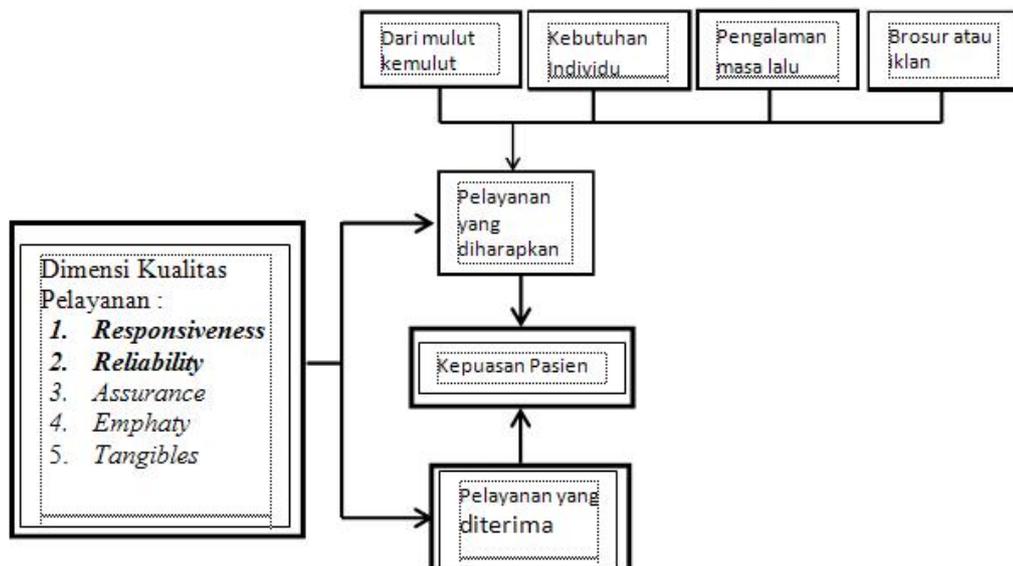
satu bentuk sediaan obat/formula resep, diperlukan penulisan R/ lagi.

4. *Inscriptio* Ini merupakan bagian inti resep, berisi nama obat, kekuatan dan jumlah obat yang diperlukan dan ditulis dengan jelas.
5. *Subscriptio* Bagian ini mencantumkan bentuk sediaan obat (BSO) dan jumlahnya. Cara penulisan (dengan singkatan bahasa latin) tergantung dari macam formula resep yang digunakan. Contoh: - m.f.l.a. pulv. d.t.d.no. X - m.f.l.a. sol - m.f.l.a. pulv. No XX da in caps.
6. *Signatura* Berisi informasi tentang aturan penggunaan obat bagi pasien yaitu meliputi frekuensi, jumlah obat dan saat diminum obat, dll. Contoh: s.t.d.d.tab.I.u.h.p.c ( tandailah tiga kali sehari satu tablet satu jam setelah makan).
7. Identitas pasien Umumnya sudah tercantum dalam blanko resep (tulisan pro dan umur). Nama pasien dicantumkan dalam pro. Sebaiknya juga mencantumkan berat badan pasien supaya kontrol dosis oleh apotek dapat akurat (Pefardi, 2002).

## 2.2 Kerangka Pemikiran

### 2.2.1 Kerangka Teori

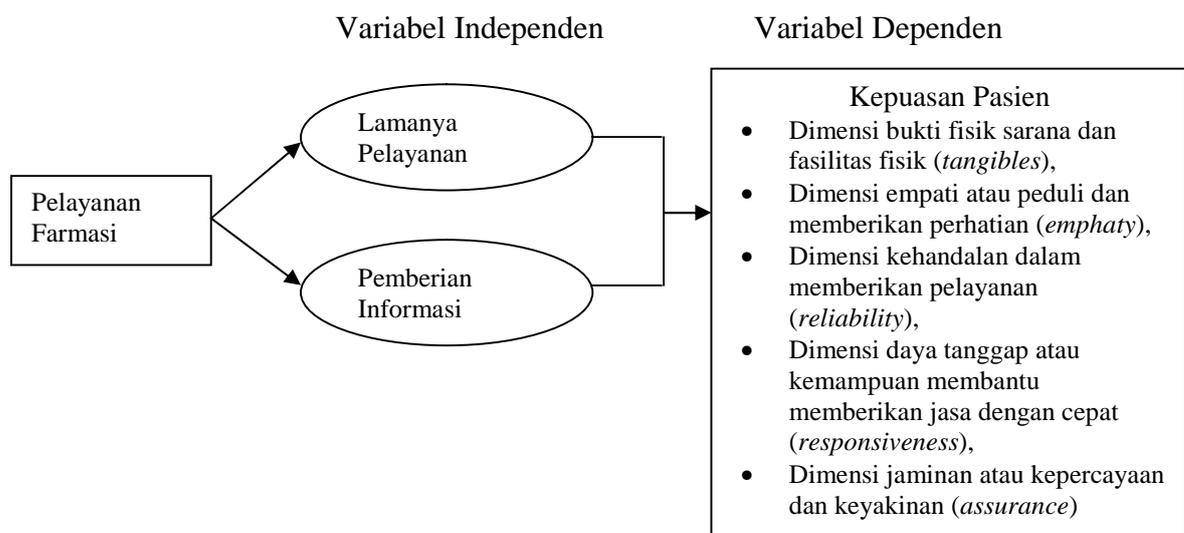
Kualitas pelayanan kesehatan dinilai dari dua hal yaitu berdasarkan derajat kepuasan pasien dan berdasarkan pemenuhan terhadap standar pelayanan yang dilakukan. Bahwa pelayanan pada IFRS berdasarkan kualitas pelayanan dapat dilihat pada pemberian informasi dan lamanya pelayanan farmasi yang dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk pengaruh dari bukti nyata, kepercayaan, kecakapan, kesopanan, kredibilitas, keamanan, kemampuan, komunikasi, dan memahami pelanggan. Seperti terlihat pada gambar 2.1 menunjukkan faktor yang memengaruhi persepsi atau kepuasan pasien. Beberapa faktor tersebut saling memengaruhi (Zeithaml, 1993).



**Gambar 2.3** Kerangka Teori Penelitian Menurut Zeithaml, 1993 dan Kolter dan Keller, 2007

### 2.2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilaksanakan (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan tujuan penelitian di atas maka kerangka konsep penelitian ini adalah:



**Gambar 2.4** Kerangka Konsep Variabel Penelitian

### 2.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan urian diatas dapat dirumuskan suatu hipotesis yaitu

Ho : Tidak terdapat hubungan antara pemberian informasi dan lama pelayanan farmasi resep jadi dengan kepuasan pasien umum rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Jendral Ahmad Yani.

Ha : Terdapat hubungan antara pemberian informasi dan lama pelayanan farmasi resep jadi dengan kepuasan pasien umum rawat jalan di Instalasi Farmasi RSUD Jendral Ahmad Yani.