

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Pendidikan

#### 2.1.1 Definisi Pendidikan

Pendidikan adalah aktivitas dan usaha manusia untuk meningkatkan kepribadiannya dengan jalan membina potensi-potensi pribadinya, yaitu rohani (pikir, karsa, rasa, cipta dan budi nurani). Pendidikan juga berarti lembaga yang bertanggungjawab menetapkan cita-cita (tujuan) pendidikan, isi, sistem dan organisasi pendidikan. Lembaga-lembaga ini meliputi keluarga, sekolah dan masyarakat menurut Fuad (2005) dalam Caniago (2012). Menurut Tirtarahardja (2005) dalam Caniago (2012) proses pembentukan pribadi dua sasaran yaitu pembentukan pribadi bagi mereka yang belum dewasa oleh mereka yang dewasa, dan bagi yang sudah dewasa atas usaha sendiri. Yang terakhir ini disebut pendidikan diri sendiri (*zelf vorming*). Keduanya bersifat alamiah dan menjadi keharusan. Bayi yang baru lahir kepribadiannya belum terbentuk, belum mempunyai warna dan corak kepribadian yang tertentu. Dia baru merupakan individu, sebelum suatu pribadi. Untuk menjadi suatu pribadi perlu mendapat bimbingan, latihan-latihan, dan pengalaman melalui bergaul dengan lingkungannya, khususnya dengan lingkungan pendidikan (Caniago, 2012).

#### 2.1.2 Pengukuran Tingkat Pendidikan

Berdasarkan sifatnya pendidikan dibedakan menjadi tiga menurut Ahmadi (2003) yang pertama pendidikan formal yaitu, pendidikan yang diperoleh seseorang dari pengalaman sehari-hari dengan sadar atau tidak sadar sepanjang hayat. Pendidikan ini dapat berlangsung dalam keluarga dalam pergaulan sehari-hari maupun dalam pekerjaan, masyarakat, keluarga,

organisasi. Kemudian pendidikan formal, yaitu pendidikan yang berlangsung secara teratur bertingkat dan mengikuti syarat-syarat tertentu secara ketat serta pendidikan ini berlangsung di sekolah. Setelah itu pendidikan non formal, yaitu pendidikan yang dilaksanakan secara tertentu dan sadar tetapi tidak terlalu mengikuti aturan yang ketat (Caniago, 2012).

Untuk tingkatannya sendiri dibagi menjadi 2 yaitu tingkat pendidikan tinggi dan tingkat pendidikan rendah. Setelah terbentuknya Peraturan Presiden (Perpres) sebagai landasan hukum program wajib belajar 12 tahun, sehingga aturan ini sebagai payung hukum yang sah untuk wajib belajar 12 tahun (Wuriananda, 2015). Jika dihitung dari tingkat sekolah dasar, maka wajib belajar selama 12 tahun ini hingga mencapai lulusan SMA. Sehingga untuk tingkat pendidikan tinggi adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan setelah SMA, seperti contohnya D3, S1, dan S2. Untuk tingkat pendidikan rendah adalah orang yang menyelesaikan pendidikan dari SMA, SMP, SD.

## 2.2 Pendapatan

### 2.2.1 Definisi Pendapatan

Pendapatan merupakan salah satu unsur yang paling utama dari pembentukan laporan laba rugi dalam suatu kegiatan ekonomi. Dalam penggunaan istilah pendapatan sendiri terdapat dua definisi yaitu *revenue* dan *income* (Karlina, 2010). Menurut Standar Akuntansi Keuangan (2004) dalam Karlina (2010), kata *income* diartikan sebagai penghasilan dan kata *revenue* sebagai pendapatan, penghasilan maupun keuntungan. Pendapatan adalah penghasilan yang timbul dari aktivitas ekonomi yang dikenal dengan sebutan seperti penjualan, penghasilan jasa, bunga, dividen, royalti dan sewa (Karlina, 2010).

Pendapatan adalah jumlah pendapatan yang diterima oleh para anggota masyarakat untuk jangka waktu tertentu sebagai balas jasa atas faktor-faktor produksi yang mereka sumbangkan dalam turut serta membentuk produk nasional. Menurut Reksoprayitno (2009) dalam Suparyanto (2014), pendapatan atau *income* adalah uang yang diterima oleh seseorang dan perusahaan dalam bentuk gaji, upah, sewa bunga, dan laba termasuk juga beragam tunjangan, seperti kesehatan dan pensiun (Suparyanto, 2014).

Menurut Sunuharjo (2009) dalam Suparyanto (2014) ada tiga kategori pendapatan yaitu, yang pertama adalah pendapatan berupa uang yaitu segala penghasilan berupa uang yang sifatnya reguler dan yang diterima biasanya sebagai balas jasa atau kontra prestasi. Kemudian yang kedua adalah pendapatan berupa barang adalah segala pendapatan yang sifatnya reguler dan biasa, akan tetapi selalu berbentuk balas jasa dan diterima dalam bentuk barang dan jasa. Untuk yang ketiga adalah pendapatan yang bukan merupakan pendapatan adalah segala penerimaan yang bersifat transfer redistributive dan biasanya membuat perubahan dalam keuangan rumah tangga (Suparyanto, 2014).

### **2.2.2 Pengukuran Tingkat Pendapatan**

Pengukuran pendapatan sangat penting untuk setiap transaksi yang menimbulkan pendapatan. Tanpa pengukuran yang tepat kinerja suatu aktivitas ekonomi akan sulit diketahui, pendapatan sebagai suatu item yang sangat penting dalam laporan keuangan khususnya laporan laba rugi perlu diukur dengan akurat (Karlina, 2010).

Menurut Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kota Malang sesuai dengan Pergub Jatim tahun 2015 Upah Minimum Kerja adalah sebesar Rp.

1.882.250 per bulan. Adapun tingkat pendapatan dibagi menjadi dua tingkatan yaitu, tingkat pendapatan rendah jika kurang dari Rp. 1.882.250 per bulan dan tingkat pendapatan tinggi jika lebih dari Rp. 1.882.250 per bulan (PERGUB, 2015).

## 2.3 Persepsi

### 2.3.1 Definisi Persepsi

Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi mengandung pengertian yang sangat luas, menyangkut *intern* dan *ekstern*. Berbagai ahli telah memberikan definisi yang beragam tentang persepsi, walaupun pada prinsipnya mengandung makna yang sama (Ina, 2012).

Menurut Sugiharto (2007) dalam Ina (2012) mengemukakan bahwa persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia terdapat perbedaan sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata (Ina, 2012).

Menurut Bimo (2004) dalam Ina (2012) mengungkapkan bahwa persepsi merupakan suatu proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga menjadi sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang *integrated* dalam diri individu. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dengan berbagai macam bentuk. Stimulus mana yang akan mendapatkan respon dari individu tergantung pada perhatian individu yang bersangkutan. Berdasarkan hal

tersebut, perasaan, kemampuan berfikir, pengalaman-pengalaman yang dimiliki individu tidak sama, maka dalam mempersepsi sesuatu stimulus, hasil persepsi mungkin akan berbeda antar individu satu dengan individu lain (Ina, 2012).

Menurut Waidi (2006) dalam Ina (2012) setiap orang mempunyai kecenderungan dalam melihat benda yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Perbedaan tersebut bisa dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya adalah pengetahuan, pengalaman dan sudut pandangnya. Persepsi juga bertautan dengan cara pandang seseorang terhadap suatu objek tertentu dengan cara yang berbeda-beda dengan menggunakan alat indera yang dimiliki, kemudian berusaha untuk menafsirkannya. Persepsi baik positif maupun negatif ibarat *file* yang sudah tersimpan rapi didalam alam pikiran bawah sadar kita. *File* itu akan segera muncul ketika ada stimulus yang memicunya, ada kejadian yang membukanya. Persepsi merupakan hasil kerja otak dalam memahami atau menilai suatu hal yang terjadi di sekitarnya (Ina, 2012).

Dari berbagai pendapat para ahli mengenai persepsi sendiri secara garis besar tidak berbeda. Kemudian bisa ditarik kesimpulan dari definisi persepsi sendiri yaitu, tanggapan seseorang secara sadar terhadap lingkungan melalui inderanya.

### **2.3.2 Persepsi Pasien terhadap Layanan Kesehatan**

Dalam dunia kesehatan tentu selalu berupaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik. Mulai dari tenaga medis dan non medis. Serta dalam pelayanan kesehatan juga terbagai menjadi dua yaitu layanan tradisional dan layanan modern. Menurut Sunarto (1992) dalam Supardi (2008), pengobatan tradisional ialah upaya pengobatan atau perawatan “diluar ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan”. Kemudian WHO (2003) dalam Supardi (2008) juga

mendefinisikan pengobatan tradisional sebagai praktik, pendekatan, pengetahuan dan kepercayaan kesehatan yang mencakup obat berbasis tanaman, hewan, mineral, dan spiritual. Perbedaan yang mendasar dari layanan medis tradisional dan modern menurut Supardi (2008) adalah dalam pengobatan tradisional tidak dapat ditemukan asuransi kesehatan dan juga tidak ada pengajaran khusus dalam perguruan tinggi (Supardi, 2008).

Jika dilihat dari ilmu antropologi dimana setiap individu mempunyai sifat dan karakteristik yang berbeda-beda mengenai keputusan untuk datang ke layanan kesehatan juga akan berbeda. Dengan demikian pasien yang memiliki kemampuan berfikir logis akan memilih datang berobat ke layanan kesehatan modern seperti halnya praktek dokter, puskesmas, dan klinik dimana tempat tenaga kesehatan bersertifikat bekerja. Pasien tersebut mempunyai keingintahuan tentang penyakit yang dideritanya dan tenaga kesehatan di layanan modern akan menjelaskan mekanisme terjadinya penyakit tersebut secara logis. Kemudian pilihan terapinya akan diberikan sesuai dengan standar operasional prosedur penyakit tersebut. Namun bagi pasien yang memiliki persepsi terhadap layanan kesehatan tradisional, maka pasien tersebut akan datang ke dukun untuk berobat. Dengan demikian dukun tersebut akan memberikan ramuan ataupun jamu dengan asumsi tidak logis sebagai contohnya penyakit pasien tersebut dikarenakan oleh roh halus. Alasan masyarakat yang tetap memilih layanan kesehatan tradisional ada berbagai faktor menurut Supardi (2008), faktor sosial, faktor ekonomi, faktor budaya, faktor psikologis, faktor kejenuhan terhadap pelayanan medis, faktor manfaat dan keberhasilan, serta faktor pengetahuan (Supardi, 2008).

Pada pasien yang memiliki persepsi layanan kesehatan modern akan datang mencari bantuan pertolongan ke dokter maupun tenaga medis yang mempunyai sertifikat jika sedang sakit. Sesuai alur jaminan kesehatan di Indonesia menurut BPJS (2013) pasien yang ingin berobat diarahkan ke pusat layanan primer terlebih dahulu seperti puskesmas (BPJS, 2013). Menurut Andersen (1968) dalam Supardi (2008) ada tiga faktor yang menyebabkan perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan yaitu, faktor predisposisi yang berkaitan dengan karakteristik individu mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Kemudian yang kedua adalah faktor pemungkin mencakup akses untuk datang menuju tempat layanan seperti status ekonomi, akses menuju tempat pelayanan dan biaya. Untuk faktor ketiga adalah faktor kebutuhan dimana kondisi individu mengeluhkan sakit (Supardi, 2008).

## **2.4 Patient-Centered Care**

### **2.4.1 Definisi Patient-Centered Care**

Sejarah dari *Patient-Centered Care* sendiri sudah ada sejak tahun 400 sebelum masehi yang ditemukannya tulisan Yunani kuno. Awalnya dikenali dengan penanganan pasien secara holistik terhadap penyakit. Para pakar menjelaskan bahwa penanganan secara holistik ini melibatkan suatu elemen yang berkontribusi terhadap penyakit yang dialami seorang pasien. Plato mengatakan bahwa kesalahan terbesar dari penanganan medis adalah para tenaga kesehatan menangani penyakitnya dengan baik namun melupakan jiwa dari pasiennya, dimana kedua poin ini tidak bisa dipisahkan. Pada akhirnya konsep ini digunakan di Inggris di setiap praktek umum dan diseluruh dunia (Dambha *et al.*, 2014).

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC) adalah suatu pendekatan yang inovatif untuk merencanakan,

penyampaian, dan evaluasi pelayanan kesehatan yang berdasarkan hubungan kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga. *Patient-Centered Care* dapat diterapkan dalam berbagai usia, dan dapat dipraktekan dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan. Konsep terdahulu mengatakan bahwa dokter merupakan unit sentral atau pusat terhadap pelayanan kesehatan. Namun hal ini keselamatan pasien tidak terjamin dengan baik, sehingga perlu dari anggota pelayanan kesehatan tersebut seperti perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapi, radiografer dan lainnya ikut serta dalam hal ini. Pada model dari *Patient-Centered Care* semua elemen seperti perawat, apoteker dan lainnya yang tergabung dalam suatu pelayanan kesehatan, peran dokter disini sebagai pemimpin dan setelah diberlakukan *Patient-Centered Care* kemitraan antara dokter dan pasien adalah setara.

Menurut McWhinney (2009) dalam Dambha (2014) mengartikan *Patient-Centered Care* sendiri adalah mengetahui elemen-elemen subyektif dalam perawatan pasien, mengerti penyakitnya, dan prioritas pasien adalah yang utama. Seorang dokter diminta mampu untuk masuk kedalam dunia pasien tersebut agar mengetahui seperti apa yang dialami oleh pasien tersebut. Saat berkomunikasi dengan pasien poin umum yang diharapkan bisa didapat adalah kehidupan pasien, budaya, agama, sosial, kepercayaan, keluhannya, dan rencana terapinya. Dengan mengetahui hal tersebut hubungan dokter dan pasien akan lebih nyaman. Dengan mengetahui sudut pandang pasien tersebut sesuai dengan masalah yang sedang dialami seorang dokter bisa menegosiasikan terapi pilihan yang akan dilakukan. Contohnya seperti orang yang berpendapatan rendah diberikan obat yang murah namun efek obat tersebut sama dengan yang mahal. Dengan banyaknya pengetahuan seorang dokter mengenai bidang

kesehatan ini maka pelayanan yang berpusat kepada pasien ini lebih mudah dilakukan.

Menurut Roebijoso (2010) dalam Humas (2010) dalam konsep dokter keluarga pendekatan pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga hal. Pertama adalah pelayanan kesehatan dengan sistem liberal memiliki karakteristik biaya tinggi, peralatan canggih serta eksploitasi pasien yang mengakibatkan *over diagnosis* dan *over treatment*. Sementara sistem sosialis memiliki karakteristik murah, tetapi fasilitas tidak memadai dan pasien tidak diperdayakan. Namun berbeda dengan kedua sistem tersebut, dokter keluarga tidak bersifat liberalis maupun sosialis, tetapi dengan pendekatan holistik. Yaitu mengutamakan pencegahan, pelayanan berkelanjutan, advokatif serta menggunakan pengobatan dan intervensi kesehatan yang rasional (aman, murah, dan dapat diterima). Pendekatan holistik ini sama halnya dengan definisi kuno Yunani yang artinya *Patient-Centered Care* juga (Humas, 2010).

Konsep *Patient-Centered Care* menurut Stewart, Weston, & Freeman (2003) dalam Dambha (2014) sebagai berikut, yaitu yang pertama adalah realistis, menggali riwayat penyakit, memahami pasien secara utuh, kesepakatan oleh kedua pihak, memberikan promosi kesehatan, meningkatkan hubungan dokter pasien (Dambha *et al.*, 2014). Konsep *Patient-Centered Care* menurut Mead & Bower (2000) dalam Dambha (2014) adalah sebagai berikut, yaitu mempertimbangkan aspek biologis, psikologis dan sosial terhadap penyakitnya, menggali riwayat penyakit, bertukar pendapat saat membuat keputusan, merencanakan tujuan manajemen terapi, kesadaran dari kesubjektifan dan pengaruh personal dari dokter

Pada dasarnya usulan definisi dari *Patient-Centered Care* oleh para pakar telah mencakup inti yang sama dari konsep-konsep pakar lainnya. Konsep modern dari *Patient-Centered Care* sebagian besar didasarkan dari penelitian pada tahun 1993 oleh Picker Institute, yang bekerjasama dengan *Harvard School of Medicine*. Pada penelitian ini mengidentifikasi delapan dimensi dari *Patient-Centered Care* yang awalnya didokumentasikan dalam buku, *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care* dalam Lumenta (2013). Kedelapan dimensi tersebut adalah sebagai berikut, menghormati nilai-nilai dan kebutuhan yang diutarakan oleh pasien, koordinasi dan integrasi asuhan, informasi, komunikasi dan edukasi, kenyamanan fisik, dukungan emosional dan penurunan rasa takut serta kecemasan, keterlibatan keluarga dan teman-taman, asuhan yang berkelanjutan dan transisi yang lancar, akses terhadap pelayanan

Susunan diatas menjelaskan persepsi pasien pertama kali dan dilayani sebagai dasar dari survey yang dilakukan oleh Picker untuk mengukur pengalaman di pelayanan kesehatan. *Patient-Centered Care* juga fokus terhadap pegawai kesehatannya. Untuk mensukseskan ini pengalaman seorang pegawai harus melaksanakan pendekatan *Patient-Centered Care*, karena kemampuan pegawai dan kecenderungan untuk merawat dengan baik kepada pasien maka pasien akan merasa tidak diperhatikan jika pelayanan tersebut kurang memuaskan (Luxford et al., 2011).

Definisi *Patient-Centered Care* oleh *International Alliance of Patients' Organization* pada tahun 2007 hampir sama dengan inti dari definisi yang sebelumnya. Sesuai dengan *International Alliance of Patients' Organization*, elemen yang paling umum untuk definisi *Patient-Centered Care* adalah

menghormati kebutuhan, keinginan, preferensi dan nilai seorang pasien. Pada tahun 2000, diadakan seminar di Salzburg, Austria, dihadiri oleh 64 peserta dari 29 negara. Mereka mempertimbangkan penginformasian dan pengambilan keputusan bersama, komitmen bersama terhadap kualitas dan kesehatan, dan kerjasama pasien dalam pemerintahan. Dalam seminar itu muncul sebuah frase '*nothing about me without me*' menurut Jacquise Foss adalah merupakan kekuatan dalam diri sendiri untuk membuat suatu keputusan dalam menjalani hidupnya. Sejak saat itu frase itu mulai dipopulerkan dan dianggap sebagai upaya untuk memajukan visi dari *Patient-Centered Care*.

Banyaknya konsep tentang pengertian *Patient-Centered Care* ini menjadi perdebatan oleh pakar di dunia. Tidak masalah tentang perbedaan tersebut, pada intinya seorang dokter harus mampu menggali keluhan pasien, menjadi seorang yang peduli, menjadi pendengar yang baik dan dapat memahami perasaan pasien ( Dambha *et al.*, 2014). Oleh karena itu komponen penting dari *Patient-Centered Care* sendiri adalah komunikasi dan empati.

#### **2.4.2 Keuntungan *Patient-Centered Care***

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa banyak sekali manfaat dari *Patient-Centered Care*. Terutama dari manfaat didapat dari pasien yang datang untuk dirawat mulai dari menurunnya kecemasan pasien, menurunnya angka rujukan, meningkatnya kepuasan pasien, dan menurunnya keparahan pasien. Namun hal tersebut dipengaruhi dari kerjasama antara petugas kesehatan, administrasi pelayanan kesehatan, pasien, dan keluarga pasien. Cara mengaplikasikan *Patient-Centered Care* ini berlaku untuk semua kalangan mulai dari lansia dan non lansia serta jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Keuntungan lainnya dari penerapan *Patient-Centered Care* adalah menurunnya angka kematian, menurunnya angka kedatangan ke UGD, menurunnya

kesalahan pengobatan, menurunnya kasus infeksi, status fungsional meningkat, meningkatnya perawatan klinis, dan meningkatnya kewajiban dari tenaga medis untuk merawat dengan baik (Luxford *et al.*, 2010)

Penelitian yang dilakukan oleh Griffin (2004) dalam Dambha menyatakan bahwa pada pasien dengan diabetes tipe 2 yang telah diaplikasikan *Patient-Centered Care* dilaporkan jika gula darah, kandungan lipid, dan BMI pasien tersebut dapat terkontrol dengan baik (Dambha *et al.*, 2004). Kemudian penelitian Mercer (1995) dalam Dambha menyatakan bahwa manajemen terhadap pasien dengan hipertensi dan penyakit jantung dilaporkan bahwa tekanan darah dan kadar lemak tubuh mengalami perbaikan. Gejala yang timbul dapat terkontrol lebih baik dan terbukti angka rujukan pasien ke rumah sakit lebih sedikit (Dambha *et al.*, 1995). Berdasarkan penelitian diatas maka dapat dibuktikan bahwa dokter yang mengaplikasikan *Patient-Centered Care* dapat menurunkan kecemasan, keparahan, dan angka rujukan ke rumah sakit. Pada kasus kronis ini, studi menyebutkan bahwa penerapan *Patient-Centered Care* ini menunjukkan meningkatnya kepuasan pasien dan dokter, meningkatnya kepatuhan pasien dalam melaksanakan terapi, menurunnya kecemasan pasien, dan meningkatnya kualitas hidup.

Penelitian yang dilakukan Charmel (2008) dalam Luxford (2011) memeriksa data dari unit rawat inap di dua rumah sakit yang sama di Amerika Serikat selama lima tahun. Rumah sakit pertama dikenalkan dengan program *Patient-Centered Care*, dan yang lainnya menggunakan program sehari-harinya. Studi ini menemukan bahwa rumah sakit yang menerapkan program *Patient-Centered Care* menunjukkan angka rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menginap dari pasien rawat inap yang pendek, kemudian biaya berobat secara signifikan menurun setiap kasus yang datang, dan angka kepuasan pasien

meningkat. Pada penelitian ini juga menyebutkan telah mengaplikasikan program *Patient-Centered Care* di 12 Rumah Sakit dan tingkat dari kepuasan pasien meningkat juga.

*The Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC) dari 30 negara telah menjadikan *Patient-Centered Care* sebagai kewajiban program yang harus diaplikasikan di pelayanan kesehatan. Melihat dari banyaknya penelitian yang menyebutkan manfaat-manfaat yang muncul saat penerapannya. Selama tiga tahun terakhir *Medical Collage of Georgia* (MCG) menunjukkan data dari penerapan *Patient-Centered Care* yaitu angka kepuasan meningkat dari 10% menjadi 95%. Angka kepulangan pasien dari rumah sakit meningkat menjadi 15,5%. Menurunnya lama menginapnya pasien menjadi 50%. Kesalahan medis menurun menjadi 62%. Persepsi positif dari pasien kepada dokter dan petugas medis lainnya .

