

**ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN DALAM
IMPLEMENTASI MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN
PROFESIONAL (MPKP) DI RUANG PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI CIREBON**

(Studi Kuantitatif dan Kualitatif)

TESIS S2

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit**



**Oleh
T u k i m i n
NIM : E4A002049**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:

ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN DALAM IMPLEMENTASI MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL DI RUANG PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI CIREBON

(Studi Kuantitatif & Kualitatif)

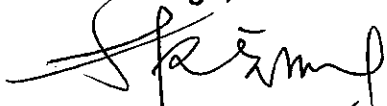
Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Tukimin

NIM : E4A002049

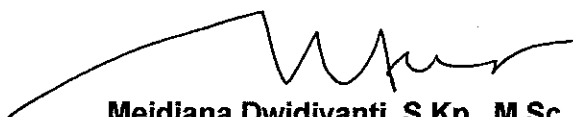
Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 12 Februari 2005 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama



Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP. 131 958 815

Pembimbing Pendamping



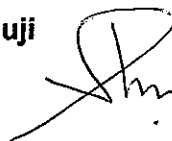
Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
NIP. 140 145 925

Penguji



dr. Wibowo Kurniadi, MARS
NIK 211/SMG/YAKKUM

Penguji



dr. Sudiro, MPh., Dr. PH
NIP. 131 252 965

Semarang, Maret 2005
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat



dr. Sudiro, MPh., Dr. PH
NIP. 131 252 965

| | |
|------------------|-----------------|
| LPT-PUSTIK-UNDIP | |
| No. Date: | 3866/T/mikumley |
| Tgl. | : 23. Juni 05 |

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah yang selalu melimpahkan rahmat, karunia dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Analisis Tingkat Kepuasan Pasien dalam Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon".

Tesis ini berhasil disusun bukan semata-mata jerih payah usaha penulis semata akan tetapi melibatkan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Sudiro, M.PH, Dr.PH, selaku ketua konsentrasi Administrasi Rumah Sakit MIKM, yang dalam hal ini juga sebagai penguji yang telah banyak memberikan masukan demi kesempurnaan tesis ini.
2. dr. Sudiono, M.Kes selaku Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon yang telah merestui dan memberikan ijin pelaksanaan penelitian ini.
3. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes, selaku pembimbing I yang telah banyak mengorbankan waktunya untuk membimbing dan memberikan arahan terhadap proses penyusunan tesis ini.
4. Meidiana Dwidiyanti, SKp., M.Sc, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan sehingga terselesaikannya tesis ini.
5. dr. Wibowo Kurniadi, MARS, selaku penguji utama yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan tesis ini.
6. Seluruh dosen konsentrasi ARS yang telah banyak memberikan wawasan sehingga penulis mempunyai ide untuk menyusun tesis ini.
7. Petugas perpustakaan Program Pasca Sarjana IKM dan kepada semua pihak terkait yang tidak memungkinkan disebutkan satu persatu dalam lembaran ini.

Meskipun penulis telah berusaha sebaik-baiknya namun penulis berpengetahuan terbatas. Oleh karenanya demi kesempurnaan tesis ini penulis terbuka menerima kritik yang membangun. Penulis berharap tesis tentang kepuasan pasien ini dapat memperkaya hasanah ilmu pengetahuan tentang Model Praktek Keperawatan Profesional dan kepuasan pasien di rumah sakit.

Semarang, Februari 2005

Penulis

Tukimin

DAFTAR ISI

| | |
|------------------------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR TABEL..... | v |
| DAFTAR BAGAN..... | vi |
| DAFTAR SINGKATAN..... | vii |
| ABSTRAK..... | viii |
| | |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Perumusan Masalah..... | 5 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 6 |
| D. Ruang Lingkup..... | 7 |
| E. Manfaat Penelitian..... | 7 |
| F. Keaslian Penelitian..... | 8 |
| | |
| BAB II : TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Pelayanan Kesehatan | |
| 1. Rumah sakit..... | 9 |
| 2. Pelayanan keperawatan..... | 11 |
| 3. Standar Asuhan Keperawatan..... | 14 |
| 4. Praktik profesional..... | 16 |
| 5. Model praktik keperawatan profesional (MPKP)..... | 19 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| B. Kepuasan Pasien | |
| 1. Pengertian..... | 39 |
| 2. Faktor yang mempengaruhi..... | 41 |
| 3. Manfaat mengetahui kepuasan pasien..... | 43 |
| 4. Aspek-aspek kepuasan pasien..... | 44 |
| 5. Mengukur kepuasan pasien..... | 45 |
| C. Model Praktek Keperawatan Profesional dan Kepuasan Pasien..... | 46 |
| D. Pendekatan sistem..... | 49 |
| E. Kerangka Teori..... | 52 |

BAB III: METODOLOGI PENELITIAN

| | |
|-------------------------------------------|----|
| A. Kerangka konsep..... | 53 |
| B. Hipotesis..... | 54 |
| C. Jenis dan Rancangan Penelitian..... | 54 |
| D. Populasi Penelitian dan Sampel..... | 55 |
| E. Variabel dan Definisi operasional..... | 55 |
| F. Pengumpulan data..... | 58 |
| G. Pengolahan dan Analisa Data..... | 62 |
| H. Jalannya Penelitian..... | 65 |
| I. Jadwal Penelitian..... | 70 |

BAB IV: HASIL PENELITIAN

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| A. Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian..... | 72 |
| B. Identifikasi Pasien..... | 74 |
| C. Respon Pasien..... | 77 |

| | |
|---------------------------------------------------------|-----|
| D. Kepuasan Pasien | |
| 1. Kepuasan berdasarkan dimensinya | 83 |
| 2. Kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan | 89 |
| 3. Kepuasan berdasarkan karakteristik pasien..... | 91 |
| E. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada kelompok . | |
| Kasus dan Kontrol..... | 96 |
| F. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada Kelompok | |
| Kasus dan Kontrol berdasarkan Dimensi Kepuasan..... | 97 |
| G. Bentuk dan Penyebab Ketidakpuasan Pasien | |
| 1. Ketidakpuasan menurut keterangan klien..... | 98 |
| 2. Ketidakpuasan menurut keterangan perawat..... | 105 |
| 3. Ketidakpuasan menurut keterangan kepala ruangan..... | 110 |

BAB V: PEMBAHASAN

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| A. Tingkat Kepuasan Pasien | |
| 1. Gambaran tingkat kepuasan pasien kelompok kasus..... | 113 |
| 2. Gambaran tingkat kepuasan pasien kelompok kontrol..... | 116 |
| B. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada | |
| Kelompok Kasus dan Kontrol..... | 122 |

BAB VI: KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|--------------------|-----|
| A. Kesimpulan..... | 130 |
| B. Saran | 131 |

| | |
|----------------------------|------------|
| DAFTAR PUSTAKA..... | 132 |
|----------------------------|------------|

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 1: Efisiensi Pengelolaan RSUD Gunung Jati Cirebon..... | 3 |
| Tabel 2: Indeks Tenaga Keperawatan Menurut Douglas..... | 25 |
| Tabel 3: Karakteristik Pasien berdasarkan Umur..... | 74 |
| Tabel 4: Karakteristik Pasien berdasarkan Pendidikan..... | 74 |
| Tabel 5: Karakteristik Pasien berdasarkan Pekerjaan..... | 75 |
| Tabel 6: Karakteristik Pasien berdasarkan Kelas Perawatan..... | 75 |
| Tabel 7: Karakteristik Pasien berdasarkan Lama Hari Perawatan..... | 76 |
| Tabel 8: Karakteristik Pasien berdasarkan Rujukan..... | 76 |
| Tabel 9: Distribusi Frekwensi Respon Responden terhadap yankep Pada Kelompok Kasus..... | 77 |
| Tabel 10: Distribusi Frekwensi Harapan Responden kelompok Kasus | 78 |
| Tabel 11: Distribusi Frekwensi Respon Responden terhadap yankep Pada Kelompok Kontrol..... | 80 |
| Tabel 12: Distribusi Frekwensi Harapan Responden kelompok Kontrol..... | 82 |
| Tabel 13: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Tangible kelompok kasus..... | 83 |
| Tabel 14: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Reliability kelompok kasus..... | 84 |
| Tabel 15: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Responsivensess kelompok kasus..... | 84 |
| Tabel 16: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Assurance kelompok kasus..... | 85 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 17: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimens Emphaty | |
| kelompok kasus..... | 85 |
| Tabel 18: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Tangible | |
| kelompok kontrol..... | 86 |
| Tabel 19: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Reliability | |
| kelompok kontrol..... | 86 |
| Tabel 20: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Responsivensess | |
| kelompok kontrol..... | 87 |
| Tabel 21: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Assurance | |
| kelompok kontrol..... | 87 |
| Tabel 22: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Dimensi Emphaty | |
| kelompok kontrol..... | 88 |
| Tabel 23: Distribusi Kepuasan Pasien pada Kelompok Kasus..... | 89 |
| Tabel 24: Distribusi Kepuasan Pasien pada Kelompok Kontrol..... | 90 |
| Tabel 25: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Umur pada | |
| kelompok kasus..... | 91 |
| Tabel 26: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Pendidikan pada | |
| kelompok kasus..... | 91 |
| Tabel 27: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Pekerjaan pada | |
| kelompok kasus..... | 92 |
| Tabel 28: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Kelas Perawatan pada | |
| kelompok kasus..... | 92 |
| Tabel 29: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Lama Hari Rawat pada | |
| kelompok kasus..... | 92 |
| Tabel 30: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Rujukan pada | |
| kelompok kasus..... | 93 |
| Tabel 31: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Umur pada | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| kelompok kontrol..... | 93 |
| Tabel 32: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Pendidikan pada kelompok kontrol..... | 94 |
| Tabel 33: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Pekerjaan pada kelompok kontrol..... | 94 |
| Tabel 34: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Kelas Perawatan pada kelompok kontrol..... | 95 |
| Tabel 35: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Lama Hari Rawat pada kelompok kontrol..... | 95 |
| Tabel 36: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Rujukan pada kelompok kontrol..... | 96 |
| Tabel 37: Perhitungan Statistik Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol..... | 96 |
| Tabel 38: Perhitungan Statistik Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol berdasarkan Dimensinya..... | 97 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 1. Bagan 1 Sistem pemberian asuhan keperawatan fungsional..... | 26 |
| 2. Bagan 2 Sistem pemberian asuhan keperawatan kasus..... | 27 |
| 3. Bagan 3 Sistem pemberian asuhan keperawatan tim..... | 32 |
| 4. Bagan 4 Sistem pemberian asuhan keperawatan primer..... | 35 |
| 5. Bagan 5 Sistem pemberian asuhan keperawatan tim primer..... | 37 |
| 6. Hubungan unsur sistem..... | 51 |

DAFTAR SINGKATAN

1. MPKP = Model Praktik Keperawatan Profesional
2. SAK = Standar Asuhan Keperawatan
3. PP = Perawat Primer
4. PA = Perawat Asosiet
5. RSUD = Rumah Sakit Umum Daerah

Tukimin
NIM: E4A002049

ABSTRAK

ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN DALAM IMPLEMENTASI MODEL PRAKTEK KEPERAWATAN PROFESIONAL (MPKP) DI RUANG PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI CIREBON

VI BAB, 131 halaman, 38 tabel, 11 lampiran

Dilatarbelakangi oleh visi misi serta tujuan RSUD Gunung Jati Cirebon untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan pasien, efisiensi rumah sakit berdasarkan *Bed Occupation Rate* di bawah standar dan hasil survey terdahulu yang menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan memiliki tingkat kepuasan yang terendah dibanding pelayanan gizi, medis dan lain-lain. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien pada kelompok yang mendapat implementasi MPKP (kasus), mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien pada kelompok yang tidak mendapat implementasi MPKP (kontrol) dan mengetahui perbedaan tingkat kepuasan pasien pada kelompok kasus dan kelompok kontrol.

Penelitian dilakukan terhadap 30 pasien kelompok kasus dan 30 pasien kelompok kontrol. Variabel penelitian ini adalah kepuasan pasien. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dengan metode *Quasy Experimental Design* jenis *Post Test Only Control Design*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum semua pasien pada kelompok kasus memiliki tingkat kesesuaian (TK) > 100% yang berarti semua pasien merasa puas, kelompok kontrol 80% TK > 100% yang berarti pasien puas dan 20% TK < 100% yang berarti tidak puas. Berdasarkan uji t tes menunjukkan bahwa $p < 0,05$ yang berarti terdapat perbedaan kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol. Berdasarkan uji t tes untuk tiap dimensi menunjukkan bahwa dimensi *tangible* $p = 0,001 < 0,05$ (terdapat perbedaan), *reliability* $p = 0,554 > 0,05$ (tidak terdapat perbedaan), *responsiveness* $p = 0,003 < 0,05$ (terdapat perbedaan), *assurance* $p = 0,001 < 0,05$ (terdapat perbedaan) dan *emphaty* $p = 0,633 > 0,05$ yang berarti tidak terdapat perbedaan kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kelompok kasus yang mendapat implementasi MPKP memiliki tingkat kepuasan yang lebih baik dari pada kelompok kontrol tanpa implementasi MPKP, terdapat perbedaan tingkat kepuasan untuk dimensi *tangible*, *responsiveness* dan *assurance*, tidak terdapat perbedaan tingkat kepuasan berdasarkan dimensi *reliability* dan *emphaty*, terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol serta implementasi MPKP dengan metode tim primer di RSUD Gunung Jati Cirebon dapat meningkatkan kepuasan pasien. Disarankan kepada manajemen rumah sakit bahwa MPKP dapat dijadikan sebagai alternatif untuk penetapan kebijakan dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien, dalam rangka optimalisasi pelaksanaan MPKP perlu diadakan bimbingan dari tim pengembang MPKP terutama untuk meningkatkan kompetensi *reliability* dan *emphaty*, untuk perawat hendaknya lebih meningkatkan keramahan, kecepatan layanan, keteraturan layanan, pemberian informasi dan kejujuran, kesungguhan, keteraturan layanan, ketrampilan profesional dan ketekunan, serta kepada peneliti lain untuk dapat menindaklanjuti hasil penelitian tentang MPKP.

Daftar Pustaka: 35 (1995 – 2004)

Tukimin
NIM: E4A002049

ABSTRACTION

ANALYSIS SATISFACTION LEVEL OF THE PATIENT WITH GET IMPLEMENTATION PROFESSIONAL NURSING PRACTICE MODEL IN INTERNAL DISEASE ROOM GUNUNG JATI PUBLIC HOSPITAL OF CIREBON

VI CHAPTER, 131 page; yard, 38 tables, 11 enclosure

Background by mission vision and also the target of Gunung Jati Publik Hospital to give health service able to gratify patient, hospital efficiency pursuant to Bed Occupation Rate below the standar and result of former survey which is the direction that treatment service have satisfaction level which is lower compared to gizi service, medical and others. Target of this research is to know picture mount satisfaction of patient at group getting implementation professional practice model (case), knowing picture mount satisfaction of patient at group which do not get implementation professional practice model (control) and know difference mount satisfaction of patient at case group and control group

Research done to 30 case group patient and 30 control group patient. This Research variable is satisfaction of pasien. Research use quantitative approach and qualitative with Quasy Experimental Design with type method Post Test Only Control Design. Result of research of mention that in general all patient at case group have level according to $> 100\%$ meaning all patient lick lips, in group control 80% level according $> 100\%$ be meaning satisfied patient and 20% level according $< 100\%$ meaning to dissatisfy. Pursuant to tes t test that $p < 0,05$ meaning there are difference of satisfaction in case group patient and control. Pursuant to every dimension t test that tangible dimension is $p=0,001 < 0,05$ (there are difference), reliability is $p=0,554 > 0,05$ (do not there are difference), responsiveness is $p=0,003 < 0,05$ (there are difference), assurance is $p=0,001 < 0,05$ (there are difference) and emphaty is $p=0,633 > 0,05$ meaning do not there are difference of satisfaction in case group patient and control

Pursuant to result of research can be concluded that case group getting iimplementation professional practice model have better satisfaction level from at group control without implementation professional practice model, there are difference mount satisfaction for the dimension of tangible, assurance and responsiveness, do not there are difference mount satisfaction pursuant to reliability dimension and emphaty, there are difference mount satisfaction of case group patient and control, implementation professional practice model with primary team method in Gunung Jati Public Hospital also can improve satisfaction of patient. Suggested to hospital management that Professional Nursing Practice Model can be made alternatively for the stipulating of policy in the effort improving satisfaction of patient, in order to optimalization Professional Nursing Practice Model execution require to be performed by tuition from it developer team especially for the increase of reliability interest and emphaty, for the nurse of shall be more improve sociability, speed of service, regularity of service, gift/ giving of sincerity and information, seriousness, regularity of service, skilled of assidinity and professional, and also to other researcher to be able follow up result of research about Professional Nursing Practice Model.

Bibliography: 35 (1995 - 2004)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sistem Kesehatan Nasional diselenggarakan dan diarahkan dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yaitu kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal.¹

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilakukan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok dan masyarakat.²

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.³ Sebagai penyedia pelayanan kesehatan rumah sakit bersaing dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, rumah sakit yang mampu bertahan dalam persaingan adalah rumah sakit yang berorientasi pada kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*).⁴

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mempunyai peranan besar terhadap pencapaian efisiensi, mutu dan citra rumah sakit di mata masyarakat. Oleh

karena itu pengelolaan tenaga perawat perlu mendapat perhatian dari manajer rumah sakit.⁵

Perawat merupakan salah satu tenaga profesional yang jumlahnya terbanyak di rumah sakit sehingga upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui upaya peningkatan pelayanan keperawatan dalam bentuk implementasi model praktik keperawatan profesional merupakan pilihan yang tepat. Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan secara profesional yang dapat memuaskan pasien. Hal ini sejalan dengan pernyataan Putra S, (2002) yang menyatakan bahwa tantangan pelayanan kesehatan di Indonesia adalah bagaimana memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasien.⁶

Departemen Kesehatan RI telah melakukan berbagai kegiatan untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan antara lain adanya akreditasi rumah sakit, penerapan standar asuhan keperawatan, pendidikan berkelanjutan dan lain-lain namun demikian masih terdapat masalah ketidakpuasan pasien terhadap layanan kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon berdasarkan SK Mendagri no. 445.03-1023 tanggal 12 November 1998 merupakan rumah sakit kelas B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Kotamadya Cirebon yang mempunyai visi sebagai pusat rujukan dengan pelayanan prima, sebagai sarana pendidikan yang berkualitas di Jawa Barat dan sekitarnya serta terlaksananya penelitian dan pengembangan pelayanan medis di rumah sakit dalam rangka terwujudnya Cirebon sebagai kota yang sehat. Untuk merealisasikan visi tersebut RSUD Gunung Jati Cirebon memiliki misi mengembangkan RSUD menjadi rumah sakit pendidikan, memberikan

pelayanan prima yang terjangkau masyarakat dan mengutamakan kepuasan pelanggan yang senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, memberikan kepuasan kepada provider di rumah sakit melalui pelayanan kesehatan lanjut, pendidikan dan penelitian, mewujudkan RSUD Gunung Jati yang mandiri dalam aspek Sumber Daya Manusia (SDM) dan pembiayaan, Melaksanakan penelitian berkelanjutan guna mewujudkan pelayanan prima, pendidikan dan penelitian berkualitas dengan pengembangan rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu pelayanan (Profil RS Gunung Jati Cirebon, 2003)

Selain visi dan misi tersebut diatas RSUD Gunung Jati juga mempunyai tujuan yaitu: memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pengelolaan rumah sakit secara efektif dan efisien, meningkatkan SDM yang berkualitas dan mewujudkan RSUD Gunung Jati sebagai pusat pendidikan kesehatan di wilayah Cirebon. Dengan demikian RSUD mempunyai peranan yang besar terhadap upaya peningkatan derajat kesehatan khususnya di wilayah Cirebon.

Efisiensi rumah sakit berdasarkan indikator BOR, LOS, TOI dan BTO pada tahun 2000 sampai dengan 2003 adalah sebagai berikut:

Tabel 1: Efisiensi Pengelolaan RSUD Gunung Jati Cirebon

| NO | INDIKATOR | 2001 (%) | 2002 (%) | 2003 (%) | STANDAR |
|----|-----------|----------|----------|----------|-------------|
| 1 | BOR | 52,37 | 53, 23 | 55, 31 | 60-80 % |
| 2 | LOS | 3,76 | 3, 78 | 3, 75 | 5-6 Hari |
| 3 | TOI | 3,36 | 3, 26 | 2, 96 | 1-3 |
| 4 | BTO | 51,72 | 52, 23 | 54, 98 | 3 1/3-4 1/6 |

Sumber: *Medical Record* RSUD Gunung Jati

Besarnya efisiensi di atas juga dipengaruhi oleh adanya pasien keluarga miskin (Gakin) dalam rangka melaksanakan fungsi sosial rumah sakit. Adapun banyaknya pasien gakin adalah sebagai berikut: pada tahun 2001 7,4%. dari total pasien rawat inap, tahun 2002 12% dari total pasien rawat inap, tahun 2003 15% dari total pasien rawat inap.

Berdasarkan survey kepuasan yang pernah dilakukan RSUD Gunung Jati Cirebon pada tahun 2002 diperoleh data bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap sarana/fasilitas rumah sakit sebesar 33% tidak puas, layanan medis 35% tidak puas, layanan keperawatan 58% tidak puas dan layanan gizi 36% tidak puas (Sadli H., 2002)

Hasil survey di atas menunjukkan bahwa persentase terbesar pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan di RSUD Gunung Jati Cirebon adalah pelayanan keperawatan (58%). Hal ini menjadi sangat penting untuk dicermati mengingat bahwa pelayanan keperawatan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana perawat merupakan profesi yang berinteraksi langsung dengan pasien selama 24 jam.

Berdasarkan *indepth interview* terhadap 5 orang pasien yang dipilih secara acak keluhan terhadap layanan kesehatan di RSUD Gunung Jati Cirebon sebagian besar mengeluh pada layanan keperawatan, sebagaimana diungkapkan berikut:

"...kalau masuk ke ruang pasien tidak pernah tersenyum, kecuali Ibu A...." (Informan No. 4)

"....sewaktu pasien sebelah bertanya kenapa terlambat diganti verbannya perawat marah dengan menjawab emang hanya anda yang kami layani..." (Informan No. 1)

*"...saya pernah merintih kesakitan karena obat belum diberikan...."
(Informan No. 3)*

"...ketika infus saya mau habis adik lapor ke perawat tapi sampai infus habis perawat juga belum datang..." (Informan No. 5)

“....saya tidak mendapat informasi tariff/biaya perawatan di sini padahal itu penting untuk keluarga saya...” (Informan No. 2)

Berdasarkan keterangan dari berbagai sumber menyatakan bahwa RSUD Gunung Jati Cirebon belum menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional. Berdasarkan analisis *Strength, Weakness, Opportunity, Threatened* maka perlu diimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional. Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan yang dapat memuaskan pasien.

Berdasarkan fenomena tersebut di atas maka upaya peningkatan layanan keperawatan yang dapat memuaskan pasien perlu dilakukan melalui upaya strategik yaitu pemberian asuhan keperawatan yang didasarkan pada nilai-nilai profesional dengan mengimplementasikan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di ruang penyakit dalam RSUD Gunung Jati Cirebon.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan fenomena di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu rendahnya tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan di Rumah Sakit Umum Gunung Jati Cirebon dan perlunya implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional khususnya di ruang perawatan penyakit dalam pria. Model praktek Keperawatan Profesional merupakan upaya strategik yang menekankan pada nilai-nilai profesional, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan yang jelas, pendekatan manajemen terutama kecukupan tenaga perawat yang dapat

meningkatkan kualitas layanan keperawatan yang dapat memuaskan pasien

Dari permasalahan di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu: Apakah ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan dengan Implementasi Model Praktik Keperawatan dan layanan keperawatan tanpa Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui perbedaan tingkat kepuasan pasien rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon yang mendapat implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dengan tingkat kepuasan pasien tanpa implementasi MPKP.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan dengan implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di ruang perawatan penyakit dalam (kasus) RSUD Gunungjati Cirebon.
- b. Mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan tanpa implementasi MPKP di ruang perawatan bedah (kontrol) RSUD Gunung Jati Cirebon.
- c. Mengetahui gambaran perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan dengan Implementasi Model Praktik Keperawatan (kasus) dan layanan keperawatan tanpa Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (kontrol) di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon

D. Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup waktu

Penelitian dilakukan dari bulan Maret sampai dengan Desember 2004.

2. Ruang Lingkup tempat

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap perawatan Rumah Sakit Umum Gunung Jati Cirebon yaitu ruang perawatan penyakit dalam pria (sebagai kasus) dan ruang perawatan bedah pria (sebagai kontrol) RSUD Gunung Jati Cirebon.

3. Ruang lingkup materi

Penelitian ini dibatasi pada hal yang berkaitan dengan implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional dan kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat ilmu pengetahuan

- a. Memberikan pengetahuan tentang Model Praktik Keperawatan Profesional
- b. Memberikan pengetahuan tentang kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan.

2. Manfaat aplikatif

- a. Memberikan gambaran tentang kepuasan pasien sehingga dapat digunakan sebagai bahan evaluasi bagi layanan keperawatan dan organisasi keperawatan untuk meningkatkan kinerja keperawatan.
- b. Bagi rumah sakit sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan layanan keperawatan yang dapat memuaskan pasien.

c. Memberikan masukan bagi pengambil keputusan (manajer) dalam mengembangkan keperawatan di Indonesia

3. Manfaat metodologis

Dapat digunakan sebagai bahan penelitian lanjutan tentang kepuasan pasien dan variabel yang mempengaruhi organisasi atau unit pelayanan keperawatan.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian berjudul analisis tingkat kepuasan pasien dalam implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon ini belum pernah dilakukan. Berdasarkan penelusuran kepustakaan terdapat penelitian yang hampir serupa tetapi tidak sama telah dilakukan oleh beberapa peneliti, antara lain:

1. Haris Zuhri (1999) tentang hubungan karakteristik pasien rawat inap dengan tingkat kepuasan terhadap layanan medis di Rumah Sakit Abdul Muluk dengan mengkorelasikan antara karakteristik pasien: jenis kelamin, usia, kelas perawatan dan cara pembayaran terhadap kepuasan pasien pada pelayanan medis. Sedangkan penelitian kami merupakan studi kualitatif dengan metode fenomenologi tentang kepuasan pasien dalam pelaksanaan Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional.
2. Yusrizal (1998) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap RSUD Lubuk Linggau yaitu studi kuantitatif dengan menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepuasan meliputi faktor internal dan eksternal. Sedangkan penelitian kami menggambarkan kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan dengan implementasi MMPKP dan kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan tanpa implementasi MPKP.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilakukan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan yang ditujukan terhadap perorangan, kelompok dan masyarakat.²

1. Rumah sakit

a. Pengertian rumah sakit

Istilah rumah sakit dalam bahasa Inggris "*hospital*" yang biasa digunakan di abad pertengahan sebagai tempat para pengunjung yang sakit, menderita dan miskin. Sedangkan Willan dan Snook dalam Ilyas (2000) mengatakan bahwa *hospital* berasal dari bahasa Latin "*hostium*" yang artinya tempat untuk menerima tamu.⁷

Sementara itu Depkes RI (1997) mendefinisikan rumah sakit sebagai sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.³

Berkaitan dengan hal tersebut Muninjaya (1999) menyatakan bahwa rumah sakit sebagai salah satu sub sistem pelayanan kesehatan memberikan dua jenis pelayanan kepada masyarakat yaitu

pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan keperawatan. Pelayanan tersebut dilakukan melalui pelayanan rawat jalan, pelayanan gawat darurat dan pelayanan rawat inap.⁸

b. Tugas dan Fungsi rumah sakit

Menurut *American Hospital Association* yang dikutip Aditama (1999) rumah sakit sebagai sebuah institusi yang mempunyai fungsi utama memberikan pelayanan kepada pasien diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan baik bedah maupun non bedah, hanya saja pada fungsi ini lebih menekankan pada pentingnya fungsi rumah sakit, yang terdiri dari lima fungsi, yaitu 1) memberikan pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik, memberikan pelayanan dasar, spesialisik maupun subspecialistik, baik bedah maupun non bedah, juga meliputi penyediaan layanan gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan sebagainya; 2) rumah sakit memberikan pelayanan rawat jalan; 3) rumah sakit mempunyai tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan; 4) rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan dan 5) rumah sakit mempunyai fungsi tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.⁹

c. Rawat inap

Selanjutnya Depkes RI (1997) menyatakan bahwa pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnostik, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur.³ Sementara itu

loho dalam Panca Putra (1999) mengidentifikasi kegiatan rawat inap meliputi pelayanan dokter, pelayanan perawatan, pelayanan makanan, fasilitas perawatan dan lingkungan perawatan. Tenaga dokter dan perawat merupakan tenaga inti dalam jasa pelayanan rawat inap di rumah sakit dimana kualitas tenaga dokter dan perawat memberikan dampak langsung pada kualitas pelayanan rawat inap dan citra rumah sakit.¹⁰

Pelayanan rawat inap mempunyai dua aspek penting yang berkaitan dengan kepuasan pasien yaitu manusia dan alat. Aspek alat merupakan sarana dan prasarana yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan tersebut antara lain lingkungan fisik seperti bentuk bangunan dan disain ruangan sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Aspek manusia merupakan tenaga yang melaksanakan pelayanan rawat inap. Untuk dapat memuaskan pasien diperlukan petugas yang dapat melaksanakan prosedur kerja dengan baik, ramah, sopan, simpatik, penuh pengertian, luwes dan terampil.¹⁰

Unit rawat inap merupakan *revenue center* rumah sakit sehingga tingkat kepuasan pasien bisa dipakai sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subyektif selalu berubah dari waktu ke waktu dan berhubungan erat dengan pelayanan yang diterimanya.¹¹

2. Pelayanan keperawatan

a. Perawat

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan.¹

b. Keperawatan

Berdasarkan hasil loka karya nasional keperawatan 1983 yang dikutip Gaffar (1999) keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dengan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga atau masyarakat yang sehat maupun sakit yang mencakup siklus hidup manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.¹

Sebagai pelayanan profesional maka pelayanan keperawatan dilaksanakan berdasarkan ilmu keperawatan, berorientasi pada pelayanan, mempunyai otoritas / otonomi, memiliki kode etik keperawatan, memiliki organisasi profesi dan melakukan penelitian dalam rangka pengembangan profesi.¹

Perhatian utama keperawatan adalah menyediakan pelayanan keperawatan yang berkualitas tinggi dan terbaru.¹² Pelayanan keperawatan dilakukan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan, mencegah penyakit, pemulihan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama untuk memungkinkan setiap penduduk mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif yang dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab dan etika profesi keperawatan.¹

c. Asuhan keperawatan

Pelayanan keperawatan profesional diberikan dalam bentuk asuhan keperawatan. Menurut konsorsium kelompok kerja

keperawatan asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan yang berpedoman pada standar asuhan keperawatan berdasarkan pada etik dan etiket keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.¹

Asuhan keperawatan menggunakan metode proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang dinamis dalam usaha memperbaiki atau memelihara pasien sampai taraf optimum melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk mengenal dan membantu memenuhi kebutuhan khusus pasien.¹ Sementara itu Yura dan Walsh dalam Nursalam (2001) menyatakan bahwa proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan yang meliputi: mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila kondisinya berubah kualitas tindakan keperawatan ditujukan untuk mengembalikan ke keadaan normal.¹³

Proses keperawatan ini terdiri dari 5 tahap yaitu: **1) Tahap pengkajian keperawatan** yaitu kegiatan pengumpulan, pengelompokan dan analisa data keperawatan untuk merumuskan diagnosa perawatan; **2) Tahap diagnosa keperawatan** yaitu pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual atau potensial; **3) Tahap perencanaan keperawatan** yaitu kegiatan menyusun rencana tindakan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan; **4) Tahap tindakan keperawatan** yaitu pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang telah

disusun untuk memenuhi kebutuhan pasien; **5) Tahap evaluasi** yaitu pengukuran keberhasilan asuhan keperawatan.

3. Standar Asuhan Keperawatan

Undang-Undang RI nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dalam pasal 53 ayat 2 mendefinisikan standar profesi sebagai pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi. Standar Asuhan Keperawatan sebagai standar profesi keperawatan merupakan pedoman dan sebagai tolok ukur mutu asuhan keperawatan profesional.¹⁴

Berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan (Depkes RI., 1998) prasyarat untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan antara lain: a. pimpinan yang peduli dan mendukung; b. ada kesadaran bahwa mutu harus ditingkatkan (sadar mutu); c. tenaga keperawatan disiapkan melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan dengan cara diadakan program pendidikan dan pelatihan; d. sarana, perlengkapan dan lingkungan yang mendukung; serta e. tersedia dan diterapkannya Standar Asuhan Keperawatan (SAK).¹⁵

Ciri asuhan keperawatan yang bermutu adalah a. memenuhi standar profesi yang ditetapkan; b. sumber daya untuk pelayanan asuhan keperawatan dimanfaatkan secara wajar, efisien dan efektif; c. aman bagi pasien dan tenaga keperawatan sebagai pemberi jasa pelayanan; d. memuaskan bagi pasien dan tenaga keperawatan; e. aspek sosial, ekonomi, budaya, agama, etika & tata nilai masyarakat diperhatikan dan dihormati.¹⁵

Standar Asuhan Keperawatan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI terdiri dari kriteria-kriteria yang harus dipenuhi dalam pemberian asuhan keperawatan. Apabila kriteria-kriteria tersebut dapat

terpenuhi maka mutu asuhan keperawatan dapat dipertanggung jawabkan secara profesional.

SAK dimaksud terdiri dari enam standar yaitu: a. Standar pengkajian keperawatan; b. standar diagnosis keperawatan; c. standar perencanaan keperawatan; d. standar pelaksanaan / intervensi keperawatan; e. standar evaluasi keperawatan; f. standar catatan asuhan keperawatan.

- a. Standar pengkajian keperawatan. Asuhan keperawatan yang paripurna memerlukan data yang lengkap dan dikumpulkan secara terus menerus tentang keadaan pasien untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Data kesehatan harus bermanfaat bagi semua anggota tim.
- b. Standar diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien.
- c. Standar perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan. Komponen perencanaan keperawatan meliputi: prioritas masalah yang ada pada pasien, tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan serta berbagai rencana tindakan yang akan dilakukan.
- d. Standar pelaksanaan. Pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya. Pelaksanaan keperawatan berorientasi pada pemenuhan kebutuhan keperawatan.

- e. Standar evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien dan keberhasilan dari asuhan keperawatan.
- f. Standar catatan asuhan keperawatan. Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual untuk setiap pasien selama pasien dirawat. Catatan asuhan keperawatan digunakan sebagai informasi, komunikasi, laporan serta pertanggungjawaban. Carpenito dalam Nursalam (2001) mengungkapkan bahwa dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek keakuratan data, ringkas dan mudah dibaca.¹³

4. Praktik profesional

Seorang perawat dikatakan profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, ketrampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap sesuai kode etik profesi. Adapun yang dimaksud dengan ketrampilan profesional keperawatan bukan sekedar trampil dalam melakukan prosedur keperawatan tetapi mencakup ketrampilan interpersonal, ketrampilan intelektual dan ketrampilan teknikal.¹

Sementara itu Lindberg, Hunter and Kruszewski, 1994; Leddy and Pepper, 1995¹⁶ dan Berger & Williams, 1994¹⁷ menyatakan keperawatan sebagai profesi mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Kelompok pengetahuan yang melandasi ketrampilan untuk menyelesaikan masalah dalam tatanan praktik keperawatan.

Sebelumnya ketrampilan dan praktik keperawatan sangat dilandasi oleh pengetahuan yang bersifat intuitif sedangkan sekarang ketrampilan dan praktik keperawatan didasarkan pada kiat dan ilmu keperawatan. Manusia/klien adalah penerima asuhan keperawatan dan setiap manusia merupakan makhluk bio-psiko-sosial-spiritual yang

berinteraksi dengan lingkungan. Oleh karena itu dalam praktik keperawatan juga menerapkan ilmu dasar berupa ilmu sosial, komunikasi, perilaku, fisika dan biomedik. Inti pengetahuan yang lebih spesifik berhubungan dengan praktik keperawatan terdiri dari teori-teori keperawatan, informasi berhubungan dengan fungsi manusia dalam sehat dan sakit serta pokok bahasan yang terkait dengan pemberian pelayanan/asuhan keperawatan langsung.

b. Kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada masyarakat.

Fungsi unik perawat adalah memberikan bantuan kepada seseorang dalam melakukan kegiatan untuk menunjang kesehatan dan penyembuhan serta membantu agar dapat hidup mandiri. Keperawatan sangat peduli pada kondisi manusia, kualitas kehidupan, kualitas asuhan dan *cost effectiveness*. Keperawatan juga menekankan pada bagaimana mendukung keterlibatan klien dalam melakukan *self care* untuk hidup sehat yang menjadi fokus unik perawat.

c. Pendidikan yang memenuhi standar dan diselenggarakan di perguruan tinggi / Universitas.

Pendidikan keperawatan pada tingkat perguruan tinggi pertama kali didirikan di Universitas Mannesota tahun 1909 Amerika Serikat yang kemudian diikuti dengan berdirinya Program Sarjana di British Empire pada Universitas British Comumbia di Vancouver Canada tahun 1919. Pendidikan tinggi keperawatan pertama di Indonesia didirikan pada tahun 1985 di Universitas Indonesia Jakarta. Beralihnya pendidikan untuk mendapatkan ketrampilan intelektual, interpersonal dan teknikal yang memungkinkan untuk menjalankan peran dengan lebih terpadu dalam pelayanan kesehatan yang menyeluruh.

d. Pengendalian terhadap standar praktik.

Standar adalah pernyataan atau kriteria tentang kualitas praktik. Standar praktik keperawatan menekankan pada tanggung jawab dan tanggung gugat perawat untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan yang bertujuan melindungi masyarakat maupun perawat. Dengan demikian perawat bekerja tidak di bawah pengawasan dan pengendalian profesi lain.

e. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukan.

Tanggung gugat (*accountable*) berarti bertanggung jawab terhadap pelayanan yang diberikan. Tanggung gugat mengandung aspek legal terhadap kelompok sejawat, atasan dan konsumen. Suatu badan keperawatan dapat mencabut ijin praktik bagi perawat yang tidak berkompeten atau jika terjadi penyimpangan terhadap peraturan /perundangan yang berlaku. Perawat juga bertanggung gugat terhadap sejawat yang bekerja sama secara profesional dengannya. Konsep tanggung gugat memiliki dua implikasi yaitu bertanggung jawab terhadap konsekwensi dari tindakan yang dilakukan dan juga menerima tanggung jawab dengan tidak melakukan tindakan pada situasi tertentu.

f. Karier seumur hidup

Karier adalah pekerjaan utama seumur hidup yang dapat dibedakan dengan (*job*) yang merupakan bagian dari pekerjaan rutin. Dalam kariernya perawat bekerja sebagai tenaga penuh, pilihan sendiri yang didasari dengan pendidikan dan pelatihan yang lama dan merupakan pilihan sendiri.

g. Fungsi mandiri

Di negara yang telah maju seperti Amerika perawat telah diakui dengan fungsi mandiri dan mempunyai kewenangan penuh untuk melakukan pelayanan / asuhan keperawatan. Meskipun dalam pelaksanaannya tetap berkolaborasi dengan tenaga profesional lain tetapi asuhan keperawatan yang dilakukan berorientasi kepada kebutuhan klien bukan sebagai ekstensi dari intervensi kedokteran atau profesi lain.

Selanjutnya Kozier, Erb & Wilkinson, 1995¹⁸ mengemukakan karakteristik profesionalisasi yang menjadi landasan dan tercermin pada praktik Keperawatan profesional meliputi:

- a. Konsep misi yang terbuka terhadap perubahan
- b. Penguasaan dan penggunaan pengetahuan teoritis
- c. Kemampuan menyelesaikan masalah
- d. Pengembangan diri secara berkesinambungan
- e. Pendidikan formal
- f. Sistem pengesahan terhadap kompetensi
- g. Penguatan secara legal terhadap standar profesional
- h. Praktik berdasarkan kode etik
- i. Hukuman terhadap malpraktik
- j. Penerimaan dan pelayanan kepada masyarakat
- k. Perbedaan peran antara pekerjaan profesional dengan pekerjaan lain dan membolehkan praktik otonom.

5. Model Praktik Keperawatan Profesional

Menurut Hoffart & Woods, 1996 Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur

pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan. Model ini mempunyai tiga komponen utama yaitu keperawatan primer, struktur keperawatan dan sebagai komponen penunjang adalah kompensasi dan penghargaan.¹⁹

Praktik keperawatan Profesional merupakan suatu sistem (Struktur, proses dan nilai) yang mendukung perawat mengendalikan pemberian pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dan lingkungan dimana pelayanan dan asuhan keperawatan diberikan. Model ini mempunyai tiga komponen utama yaitu keperawatan primer, struktur keperawatan terdesentralisasi dan kolaborasi antar disiplin dan sebagai komponen penunjang adalah kompensasi dan penghargaan.¹⁹

Pengembangan MPKP diperlukan hubungan kolaborasi antar profesi dan diperlukan waktu serta tenaga yang cukup. Meskipun demikian banyak organisasi lain menyepakati bahwa model kolaborasi asuhan keperawatan dapat meningkatkan hasil pelayanan, keefektifan biaya dan kepuasan pasien.²⁰

Ruang MPKP menerapkan fungsi berbagai kepemimpinan diantara profesi pelaksana utama pelayanan kepada pasien yaitu kedokteran dan keperawatan. Oleh karena itu pembinaan dan peningkatan hubungan profesional diantara kedua disiplin ini perlu menjadi fokus utama setiap perawat yang menjadi manajer di ruang model.²⁰

Berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan di beberapa negara Hoffart & Woods (1996) menyimpulkan bahwa MPKP terdiri dari 5 elemen subsistem yaitu nilai-nilai profesional yang merupakan inti dari MPKP, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi & penghargaan.¹⁹

a. *Nilai-nilai profesional*

Menurut Leddy & Pepper, (1995)¹⁶ nilai-nilai profesional yang melandasi praktik keperawatan meliputi nilai intelektual, nilai komitmen moral untuk melayani masyarakat secara mandiri, serta yang sangat penting dan paling mendasari praktik profesional adalah otonomi yang tidak dapat dilepaskan dari konsep kontrol/kendali dan tanggung gugat.

1) Nilai intelektual

Nilai intelektual dalam praktik terdiri dari tiga komponen yang saling terkait, yaitu: a) kelompok ilmu pengetahuan (body of knowledge) yang melandasi praktik profesional, b) pendidikan spesialisasi untuk meneruskan kelompok ilmu pengetahuan dan c) menggunakan ilmu pengetahuan dalam berpikir secara kritis dan kreatif.

Nilai intelektual praktek profesional harus dilandasi oleh kelompok ilmu pengetahuan yang dikembangkan dari pengalaman yang mengarah pada keahlian dan penelitian yang mengarah pada teoritis. Pengetahuan ini mendasari keputusan dan pembenaran terhadap tindakan sesuai dengan situasi tertentu. Dalam melakukan praktek profesional perawatan perawat menggunakan proses berpikir secara logis dan kritis dengan menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan penyelesaian masalah, antara lain dengan mengumpulkan dan mengorganisasi informasi yang diperoleh dari berbagai sumber, berdasarkan informasi tersebut memutuskan apa yang diperlukan, memilih dan mengimplementasikan satu dari beberapa pendekatan dan mengevaluasi hasil dari proses.

Berdasarkan teori proses keperawatan bahwa proses keperawatan metode ilmiah untuk mengatasi masalah pasien yang bersifat sistematis yaitu dilakukan sesuai urutan langkah-langkah dalam proses keperawatan. Bersifat siklik yaitu proses keperawatan dilakukan secara berkesinambungan dan terus menerus selama pasien dirawat dan merupakan siklus yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Bersifat fleksibel yaitu dilakukan sesuai dengan tahapan tetapi tidak kaku karena beberapa tahapan dapat dilakukan secara bersamaan, dapat digunakan dalam segala kondisi klien, dapat digunakan dalam segala tatanan pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit), serta setiap saat dapat dilakukan revisi dan penyempurnaan sesuai dengan perkembangan kondisi/respon pasien. Bersifat *independent* saling tergantung dari tahapan satu dengan tahapan lainnya, yaitu tahap awal yang akurat akan mempengaruhi keakuratan tahap selanjutnya.¹³

2) Nilai komitmen moral

Nilai profesional dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sangat berhubungan dengan konsep altruistik dan memperhatikan kode etik dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan. Pelayanan profesional terhadap masyarakat memerlukan integritas, komitmen moral dan tanggung jawab etik.¹⁶ Dengan kata lain perawat harus memiliki integritas untuk melakukan apa yang benar terutama pada situasi yang menimbulkan dilema moral. Dalam hal ini perawat bertanggung jawab untuk menerapkan prinsip etik secara luas dan bukan mengguakan nilai dan keyakinan personal untuk mengatasi konflik

moral. Perawat perlu memperhatikan keselarasan nilai yang dianut oleh klien dan nilai profesional tanpa mengabaikan nilai dan norma moral. Perilaku perawat harus dilandasi oleh aspek moral yang meliputi:

- a) *Beneficence*, yaitu selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien.
- b) Adil yaitu tidak mendiskriminasikan klien berdasarkan agama, ras, sosial budaya, keadaan ekonomi dan sebagainya tetapi memperlakukan klien sebagai individu yang memerlukan bantuan dengan keunikan yang dimiliki.
- c) *Fidelity* yaitu berperilaku *caring*, selalu berusaha menepati janji, memberikan harapan yang memadai, komitmen moral serta memperhatikan kebutuhan spiritual klien. *Caring* tidak hanya melaksanakan prosedur keperawatan tetapi *caring* yang sebenarnya harus didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang serta perasaan ingin membantu orang lain untuk tumbuh dan berkembang. Perawat merasakan dan memperlakukan orang lain sebagai individu yang mempunyai potensi dan kebutuhan untuk berkembang. Nilai profesional dalam *caring* tercermin dalam perilaku perawat yang berupaya untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. Keperawatan sebagai suatu profesi perlu mengacu pada kode etik profesi.¹⁶

Komitmen moral dalam memberikan asuhan keperawatan tidak dapat dipisahkan dari kesediaan untuk bekerja sama dengan berbagai pihak. Kolaborasi merupakan suatu alat profesionalisasi karena kolaborasi dalam berbagai tingkatan dapat meningkatkan status profesional. Kolaborasi antara perawat dan tenaga profesi lainnya sangat penting untuk mempertahankan standar profesional dan menekankan tanggung gugat dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks.

3) Otonomi, kendali dan tanggung gugat

Otonomi, kendali dan tanggung gugat merupakan tiga konsep yang saling berkaitan. Otonomi berarti kebebasan dan kewenangan melakukan tindakan secara mandiri. Hak untuk otonomi merujuk khususnya pada pengendalian kehidupan diri sendiri yang berarti bahwa praktisi mempunyai kendali terhadap fungsi mereka (perawat). Otonomi melibatkan kemandirian, kesediaan mengambil resiko dan tanggung jawab, bertanggung gugat terhadap tindakannya sendiri, sebagai pengatur dan penentu bagi diri sendiri. Kendali mempunyai implikasi pengaturan terhadap sesuatu atau seseorang. Bagi suatu profesi harus ada kewenangan untuk mengendalikan praktik, menetapkan peran, fungsi dan tanggung jawab anggota profesi. Tanggung gugat berarti tanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan. Tanggung gugat profesional berarti bahwa perawat secara langsung bertanggung jawab terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat.¹⁶

b. Pendekatan manajemen

Salah satu pendekatan manajemen penting adalah pemenuhan tenaga perawat. Dalam penyelenggaraan asuhan keperawatan profesional jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan didasarkan pada jumlah pasien dan derajat ketergantungan pasien.

Menurut Douglas, untuk pasien rawat inap terdapat standar waktu pelayanan menurut klasifikasi derajat ketergantungan pasien terhadap perawat a) *minimal care/self care* diperlukan waktu 1–2 jam/24 jam; b) *partial care* diperlukan waktu 3–4 jam/24 jam; c) *total care* diperlukan waktu 5 - 7 jam/24 jam.⁷

Jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan rumah sakit didapatkan tenaga untuk tugas pagi, siang dan malam tergantung yang banyaknya pada tingkat ketergantungan pasien dengan perhitungan indeks²¹ seperti pada tabel berikut:

Tabel 2: Rumus Douglas

| NO | KLASIFIKASI PASIEN | PAGI | SIANG | MALAM |
|----|--------------------|------|-------|-------|
| 1 | Minimal | 0,17 | 0,14 | 0,07 |
| 2 | Partial | 0,27 | 0,15 | 0,10 |
| 3 | Total | 0,36 | 0,30 | 0,20 |

c. Sistem pemberian asuhan keperawatan

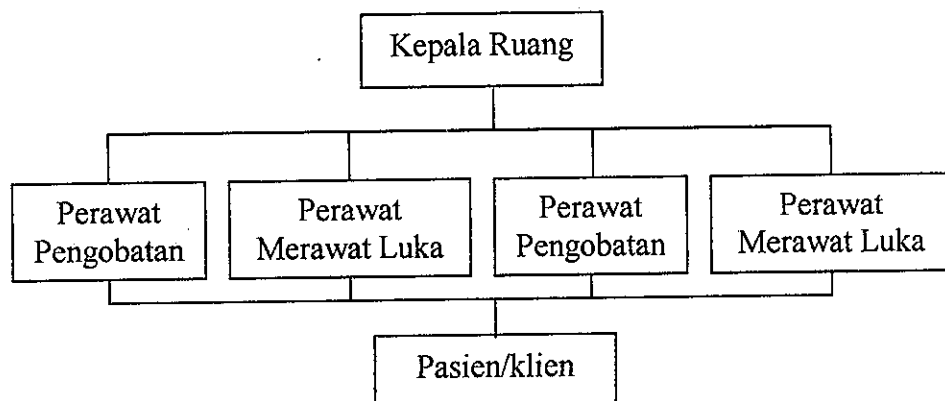
Menurut Marquis & Huston dalam Nursalam (2002)²¹ pemberian asuhan keperawatan terdapat empat model yaitu:

1) Model fungsional

- a) Berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan
- b) Perawat melaksanakan tugas / tindakan tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada.

- c) Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua.
- d) Kelebihan model fungsional
- (1) Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.
 - (2) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga.
 - (3) Perawat senior menyibukan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawatan pasien diserahkan kepada perawat junior dan atau belum berpengalaman.
- e) Kelemahan model fungsional
- (1) Tidak memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat.
 - (2) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan.
 - (3) Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan ketrampilan saja.

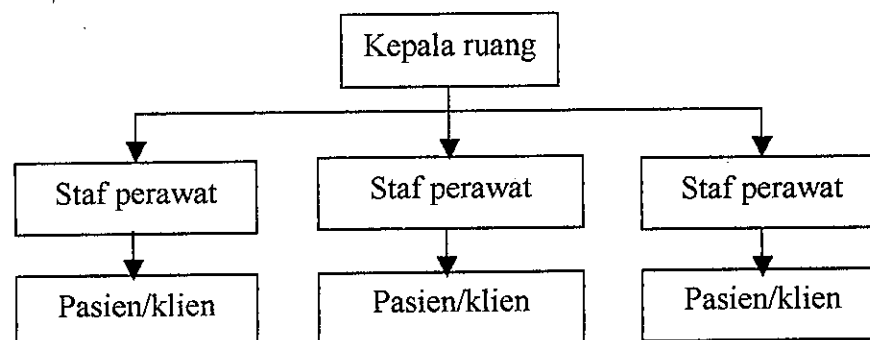
Bagan 1: Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional
(Marquis & Huston, 1998 dalam Nursalam 2002: 144)



2) Model kasus

- a) Berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan
- b) Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan pasien tertentu
- c) Ratio: 1:1 perawat – pasien
- d) Pasien dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh perawat yang sama pada hari berikutnya. Umumnya dilakukan untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus seperti: isolasi, intensif care.
- e) Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien.
- f) Kelebihan manajemen kasus
 - (1) Perawat lebih memahami kasus perkasus.
 - (2) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi mudah.
 - (3) Kelemahan manajemen kasus
 - (4) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab.
 - (5) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.

Bagan 2: Sistem Asuhan Keperawatan *Case Method Nursing*
(Marquis & Huston: 136 dalam Nursalam, 2002: 150)



3) Model tim

- a) Berdasarkan pada kelompok filosofi keperawatan
- b) Enam – tujuh perawat profesional dan perawat associate bekerja sebagai suatu tim yang disupervisi oleh ketua tim.
- c) Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling bekerja sama.
- d) Kelebihan model keperawatan tim
 - (1) Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh.
 - (2) Mendukung pelaksanaan proses keperawatan.
 - (3) Memungkinkan komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim.
- e) Kelemahan model keperawatan tim

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.
- f) Konsep metode tim
 - (1) Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan.
 - (2) Pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin.
 - (3) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim.

(4) Peran kepala ruangan penting dalam model tim. Model tim akan berhasil baik bila didukung oleh kepala ruangan.

g) Tanggung jawab anggota tim

(1) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya.

(2) Kerjasama dengan anggota tim dan antar tim.

(3) Memberikan laporan.

h) Tanggung jawab ketua tim

(1) Membuat perencanaan.

(2) Membuat penugasan, supervisi dan evaluasi.

(3) Mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien.

(4) Mengembangkan kemampuan anggota.

(5) Menyelenggarakan konferensi.

i) Tanggung jawab kepala ruang

(1) Perencanaan

(a) Menunjukkan ketua tim akan bertugas di ruangan masing-masing.

(b) Mengikuti serah terima pasien disift sebelumnya.

(c) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien: gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim.

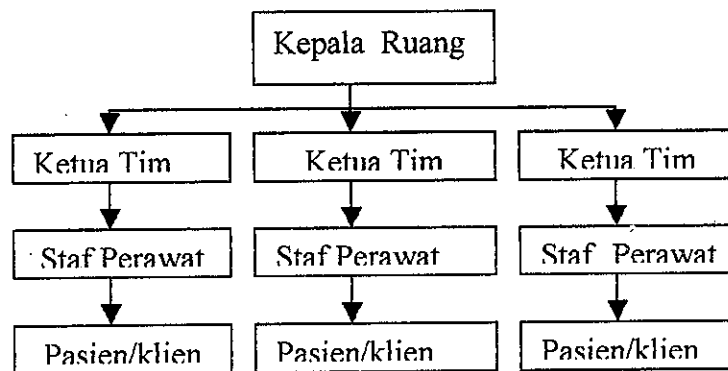
(d) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/penjadwalan.

- (e) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan.
 - (f) Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.
 - (g) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan.
 - ❖ Membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - ❖ Membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan.
 - ❖ Mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah.
 - ❖ Memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk rumah sakit.
 - (h) Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri.
 - (i) Membantu membimbing peserta didik keperawatan.
 - (j) Mewujudkan visi dan misi keperawatan dan rumah sakit.
- (2) Pengorganisasian
- (a) Merumuskan metode penugasan yang digunakan.
 - (b) Merumuskan metode penugasan.
 - (c) Membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim.
 - (d) Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi dua ketua tim dan ketua tim membawahi 2-3 perawat.
 - (e) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dll.
 - (f) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.

- (g) Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik.
 - (h) Mendelegasikan tugas saat kepala ruangan tidak berada di tempat kepada tim.
 - (i) Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien.
 - (j) Mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya.
 - (k) Identifikasi masalah dan cara penanganan.
- (3) Pengarahan
- (a) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim.
 - (b) Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik.
 - (c) Memberikan motivasi dalam memberikan pengetahuan, ketrampilan dan sikap.
 - (d) Menginformasikan hal – hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan klien.
 - (e) Melibatkan bawahan dari awal hinggaakhir kegiatan.
 - (f) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.
- (4) Pengawasan
- (a) Melalui komunikasi: Mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
 - (b) Melalui supervisi:
 - ❖ Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung lisan.

- ❖ Pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim. Membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.
- ❖ Evaluasi yaitu mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim.
- ❖ Audit keperawatan.

Bagan 3: Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan "Team Nursing" (Marquis & Huston dalam Nursalam 2002)



4) Model primer

- a) Berdasarkan pada tindakan komprehensif dari filosofi keperawatan
- b) Perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan.
- c) Ratio 1: 4 / 1: 5 (perawat:pasien) dan penugasan metode kasus
- d) Kelebihan model keperawatan primer
 - (1) Bersifat kontinuitas dan komprehensif.
 - (2) Perawat Primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan diri.

(3) Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter dan rumah sakit. Keuntungan yang diperoleh adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhan secara individu. Selain itu asuhan yang diberikan berkualitas dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena selalu mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbaharui dan komprehensif.

e) Kelemahan model keperawatan primer

Hanya dapat dilakukan oleh perawat berpengalaman dan berpengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik, akontabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin.

f) Konsep dasar model keperawatan primer

- (1) Ada tanggung jawab dan tanggung gugat.
- (2) Ada otonomi.
- (3) Ketertiban pasien dan keluarga.

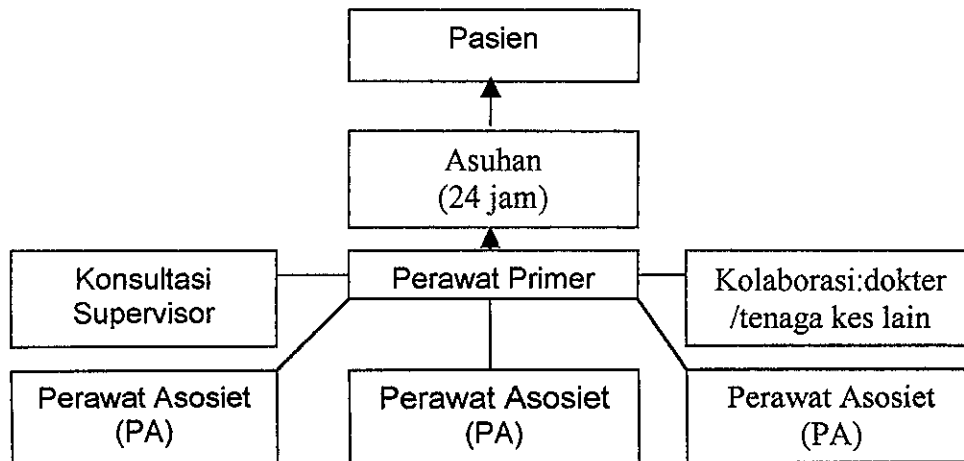
g) Tugas Perawat Primer

- (1) Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien.
- (2) Membuat tujuan dan rencana keperawatan.
- (3) Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama dinas.
- (4) Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain.

- (5) Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai.
 - (6) Menerima dan menyesuaikan rencana.
 - (7) Menyiapkan penyuluhan untuk pulang.
 - (8) Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat.
 - (9) Membuat jadwal perjanjian klinik.
 - (10) Mengadakan kunjungan rumah.
- h) Peran Kepala Ruang/Bangsal dalam Metode Primer
- (1) Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer.
 - (2) Orientasi dan merencanakan karyawan baru.
 - (3) Menyusun jadwal dinas dan memberikan penugasan pada perawat asisten.
 - (4) Evaluasi kerja.
 - (5) Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf.
 - (6) Membuat 1-2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.
- i) Ketenagaan Model Keperawatan Primer
- (1) Setiap Perawat Primer adalah *perawat bed side*.
 - (2) Beban kasus pasien 4-6 orang untuk satu perawat.
 - (3) Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal.
 - (4) Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun non profesional sebagai perawat asisten.
- j) Keuntungan utama
- Memuaskan pasien dan perawat.

Hubungan perawat primer dan tenaga kesehatan lain dapat dilihat pada bagan berikut²²:

Bagan 4 : *Primary Nursing Wise* (1995)



5) Model Tim Primer

Asuhan keperawatan tim primer merupakan kombinasi dari kedua model antara Model Tim dan Model Primer yang kemudian disebut Model Tim-Primer (Primary Team). Menurut Ratna Sitorus S dalam Nursalam (2002)²¹ penerapan sistem model MPKP ini didasarkan pada beberapa alasan:

- a) Model keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai PP harus mempunyai latar belakang S1 Keperawatan atau setara S1.
- b) Model keperawatan tim tidak digunakan secara murni karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim
- c) Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan kontinuitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada ketua Tim-Primer.

Dalam pelaksanaan MPKP tim primer ini diperlukan kerja sama yang baik antara kepala ruangan, perawat primer, perawat asociet.

a) Tugas kepala ruang

- (1) menerima pasien baru,
- (2) memimpin rapat,
- (3) mengevaluasi kinerja perawat,
- (4) membuat daftar dinas,
- (5) menyediakan material,
- (6) perencanaan, pengawasan, pengarahan dan pengendalian

b) Tugas Perawat Primer

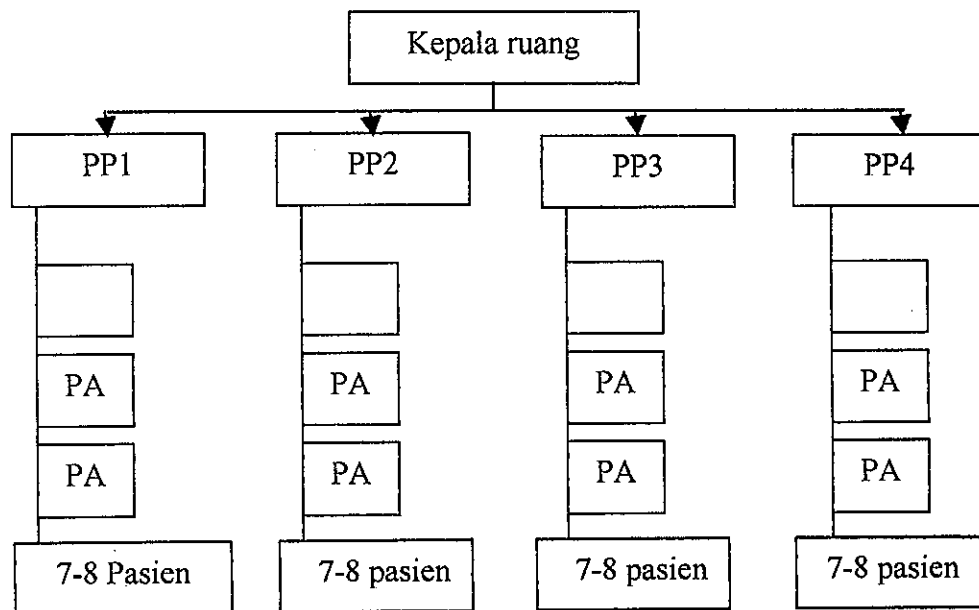
- (1) membuat perencanaan asuhan keperawatan,
- (2) melakukan tindakan kolaborasi,
- (3) memimpin timbangan terima,
- (4) mendelegasikan tugas,
- (5) memimpin ronde keperawatan,
- (6) mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan bertanggung jawab kepada pasien,
- (7) memberi petunjuk jika pasien akan pulang, mengisi resume keperawatan.

Perawat *Asociet* mempunyai tugas memberikan asuhan keperawatan, mengikuti timbangan terima, melaksanakan tugas yang didelegasikan, mendokumentasikan tindakan keperawatan

Menurut Ratna Sitorus untuk kondisi di Indonesia karena saat ini jenis pendidikan perawat yang ada di rumah sakit mayoritas lulusan Akademi Perawatan (AKPER) dan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) maka lebih baik menggunakan model gabungan Tim-Primer yang

merupakan gabungan dari model tim dan primer sebagaimana terdapat pada bagan berikut:

Bagan 5: Model *Primary Team* (Modifikasi Nursalam, 2002:151)



d. Hubungan Profesional

Hubungan profesional dalam pelayanan keperawatan dapat melalui antar perawat dengan tim lain dan juga melalui pemanfaatan dokumen rekam medik untuk kepentingan berbagai profesi.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu unsure penting dalam system dokumentasi rekam meedik karena dengan adanya dokumentasi yang baik informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat segera diketahui dengan jelas secara berkesinambungan.

Fisbach dalam Nursalam (2001)¹³ menyatakan dokumentasi data yang lengkap, nyata dan tercatat tentang tingkat kesakitan, jenis/tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Carpenito dalam Nursalam (2001) juga

menyatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan harus segera dilakukan setelah melakukan kegiatan pada setiap tahapan proses keperawatan, dokumentasi harus memperhatikan aspek keakuratan data, ringkas dan mudah dibaca. Di samping itu dokumentasi juga merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan.¹³

Secara lebih spesifik, dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan, sumber data untuk pemberian asuhan keperawatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bahan bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan. Dokumentasi dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien. Dokumentasi berdasarkan masalah terdiri dari format pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan dan catatan perkembangan pasien.

e. *Kompensasi dan penghargaan*

Pada setiap manusia terdapat berbagai macam kebutuhan yang dapat mendorong untuk melaksanakan perbuatan ke arah suatu tujuan. Dorongan untuk memenuhi kebutuhan inilah yang disebut motivasi. Stimulus ekstrinsik dapat berupa hadiah atau insentif yang dapat mendorong individu untuk melakukan suatu perbuatan.

Motivasi tenaga keperawatan perlu dikelola untuk menghasilkan penampilan kerja seperti yang diharapkan untuk mencapai tujuan rumah sakit. Pengelolaan motivasi adalah proses mendorong perawat sesuai dengan kebutuhan dan pribadinya untuk bekerja mencapai tujuan pelayanan keperawatan selain untuk mencapai tujuan pribadinya. Sistem kompensasi dan penghargaan harus selalu dipertimbangkan untuk dilaksanakan sebagai salah satu upaya mempertahankan kualitas pelayanan keperawatan.¹⁹

B. Kepuasan Pasien

1. Pengertian

a. Pengertian Pelanggan

Pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi maka hanya merekalah yang dapat menentukan kualitas jasa sesuai dengan kebutuhan mereka.²³ Sementara itu Gaspeersz, Vincent yang dikutip Kusumapraja R (1999) mendefinisikan bahwa pelanggan adalah semua orang yang menuntut kita (perusahaan/Rumah Sakit) untuk memenuhi suatu standar tertentu dan karena itu akan memberikan pengaruh pada *performance* kita (perusahaan/RS).²⁴

b. Harapan Pasien terhadap pelayanan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian Sri Ani L (2001) bahwa harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah harapan terhadap kenyamanan pelayanan keperawatan, koordinasi perawat, daya tanggap perawat, profesionalisme serta empati perawat.²⁵

Konsumen mengharapkan adanya kesiagaan sarana medis, kelengkapan sarana non medis, desain dan pemeliharaan fisik serta kenyamanan pasien dari segi kenyamanan keperawatan.²⁵

Koordinasi perawat dipandang dari segi *time lines*, komunikasi perawat, kerja sama antar profesi, serta beban kerja perawat.²⁵

Tugas perawat adalah intervensi perawatan dan sikap dalam memberikan pelayanan keperawatan terdiri dari sikap tanggung jawab, intervensi perawatan, dukungan psikologis, serta kegiatan monitoring ketanggapan perawat diperlukan karena pasien sewaktu-waktu memerlukan bantuan perawat.²⁵

Penampilan, kemampuan perawat, otonomi profesi perawat serta sikap proaktif diharapkan oleh pasien dari segi profesionalisme pelayanan keperawatan. Seorang perawat diharapkan memiliki kemampuan akademis, mental, dan tindakan keperawatan.²⁵

c. Pengertian kepuasan

1) Wilkie & Supranto (2001)

Suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Sedangkan Supranto sendiri menyatakan bahwa cara pengukuran kepuasan merupakan kesesuaian antara kinerja / pelaksanaan / hasil produk/kenyataan dengan harapan pelanggan yang bersifat subjektif.²⁶

2) Philip Kotler (1995) dalam bukunya "Marketing Management" yang dikutip Wijono (1999) mendefinisikan kepuasan pelanggan sebagai tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau outcome produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang. Dengan demikian tingkat kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dengan harapan sehingga dikenal 3 tingkatan kepuasan pasien yakni a) apabila penampilan kurang dari yang diharapkan maka pelanggan tidak terpuaskan (merasa sangat tidakpuas atau merasa tidak puas), b) Apabila penampilan sesuai dengan harapan pelanggan maka pelanggan terpuaskan dan c) apabila penampilan melebihi harapan pelanggan maka pelanggan akan sangat puas atau senang.²⁷

3) Wijono (1999) sendiri menyebutkan kepuasan pelanggan adalah hasil yang dicapai pada saat keistimewaan produk merespon

kebutuhan pelanggan. Kepuasan atau ketidakpuasan adalah suatu keputusan penilaian. Puas atau tidak puas tergantung pada sikapnya terhadap ketidaksesuaian (rasa senang atau tidak senang) serta tingkatan dari pada evaluasi "baik atau tidak" untuk dirinya, melebihi atau di bawah standar.²⁷

Dari beberapa definisi di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya pengertian kepuasan pelanggan merupakan respon emosional yang bersifat subyektif mencakup perbandingan antara kinerja atau hasil yang dirasakan oleh pelanggan dan harapan.

Kepuasan yang diperoleh pelanggan akan diekspresikan dengan berbagai cara bisa dengan cerita positif dari mulut ke mulut mengenai pengalaman menggunakan produk atau jasa tertentu, pujian terhadap pemberi jasa, kesetiaan terhadap merk (*Brand Loyalty*) atau kesetiaan terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Pelanggan dengan kepuasan tinggi akan tetap setia terhadap produk dalam jangka panjang serta kurang sensitif terhadap kenaikan harga.²⁴

2. Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Semua hal yang dilakukan dalam rangka memberikan pelayanan prima kepada pasien tidak akan berarti sama sekali jika tidak berusaha untuk memuaskan pasien.²⁴ Dalam kepuasan pasien hal terpenting adalah persepsi pasien bukan hal-hal aktual yang dipikirkan produsen /pemberi jasa.²⁴

Kepuasan pasien sangat tergantung pada persepsi dan ekspektasi pelanggan. Adapun faktor yang mempengaruhi persepsi dan ekspektasi pelanggan adalah kebutuhan dan keinginan, pengalaman masa lalu, pengalaman teman-teman dan komunikasi melalui iklan dan pemasaran,

faktor umur, pendidikan, jenis kelamin, kepribadian, suku dan latar belakang budaya serta kasus penyakit.¹¹

Kepuasan pasien dapat dipengaruhi oleh karakteristik pasien itu sendiri. Hall dan Dornan dalam Haris Zuhri (1999) berpendapat bahwa ada beberapa hal yang mungkin menjadi alasan mengapa karakteristik umur mempengaruhi kepuasan. Pasien tua lebih merasa puas dibandingkan dengan pasien muda. Tingkat kepuasan pasien yang lebih tua lebih tinggi sementara dokter dan perawat lebih responsive terhadap pasien yang lebih tua.²⁸

Sementara itu Notoatmojo menyatakan bahwa pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih mengerti dan lebih memahami penyakit yang diderita.²⁹ Dari penelitian Cohen dalam Haris Zuhri (1999) menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan dengan status sosial seseorang. Bagi mereka yang bekerja dalam kelompok yang dapat menaikkan status sosialnya akan merasa lebih puas terhadap pelayanan kesehatan.²⁸

Sementara itu Abraham dan Shanley dalam Haris Zuhri (1999) menyatakan bahwa pasien perempuan cenderung lebih puas terhadap pelayanan kesehatan dibanding dengan laki-laki. Hal ini kemungkinan sifat laki-laki lebih cenderung dominan, aktif dan bebas yang ditunjukkan dengan sifat percaya diri, terus terang, keras dan kompetitif, asertif dan yakin. Sedangkan sifat perempuan cenderung sensitif dalam hubungan formal yang ditunjukkan dengan sifat pengertian, hangat, bijaksana, dapat bekerja sama dan sabar.²⁸

Wijono D. dalam Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (1999) menyatakan bahwa kepuasan pelanggan rumah sakit atau kepuasan

pasien dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain yang bersangkutan dengan a) pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang (kesan pada pelayanan pertama); b) Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan dan apa yang dapat diharapkan; prosedur perjanjian (menyangkut tindakan, ketepatan waktu, kejelasan biaya); c) waktu tunggu; d) fasilitas umum yang tersedia (menyangkut kemudahan melakukan sesuatu seperti telepon umum, kantin, mushola dll; e) Fasilitas perhotelan untuk pasien seperti makanan, privacy dan pengaturan kunjungan baik oleh dokter, tenaga perawat, jam besuk); f) outcome terapi dan perawatan yang dapat diterima.²⁷

3. Manfaat mengetahui kepuasan pasien

Tjiptono F (1998) menguraikan manfaat kepuasan pasien di rumah sakit yang perlu diukur untuk perencanaan tindak lanjut diantaranya:

- a) Menjadikan hubungan yang lebih harmonis antara pasien dengan rumah sakit serta membantu menciptakan citra /reputasi rumah sakit yang baik di masyarakat melalui informasi berantai (cerita dari mulut ke mulut.
- b) Memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang jasa yang diberikan.
- c) Dapat mendorong terciptanya loyalitas pasien.
- d) Dapat mendorong peningkatan keuntungan rumah sakit.²³

Kepuasan pasien penting untuk menyusun strategi pemasaran.²⁶ Hal ini terlepas dari fakta empiris bahwa pasien yang puas akan bercerita kepada teman-temannya, keluarga atau tetangganya sehingga mempengaruhi sikap dan keyakinan orang lain untuk mencoba membuktikannya.

4. Aspek-aspek kepuasan pasien

Menurut Supranto (2001) dan Nursalam (2002) model penilaian komprehensif bagi pelayanan di bidang jasa terbagi dalam 5 (lima) komponen yaitu:

- a. *Tangible* atau bukti langsung, misalnya gedung, peralatan rumah sakit, kerapihan, penampilan petugas.
- b. *Responsiviness* atau daya tanggap yaitu keinginan para karyawan (petugas rumah sakit) dalam memberikan pelayanan pasien dengan tanggap.
- c. *Reliability* atau kehandalan yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
- d. *Assurance* atau jaminan yaitu jaminan yang mencakup kemampuan petugas, kesopanan, sifat dapat dipercaya (kejujuran), bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan dalam bertindak.
- e. *Emphaty* yaitu kemudahan melakukan hubungan, penuh perhatian dan memenuhi kebutuhan pelanggan.

Wijono (1999) menyatakan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain yang berhubungan dengan:

- a. Pendekatan dan perilaku petugas, perawatan pasien terutama saat pertama kali datang (kesan pada pelayanan pertama).
- b. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan dan apa yang dapat diharapkan.
- c. Prosedur perjanjian (menyangkut tindakan, ketepatan waktu, kejelasan biaya).
- d. Waktu tunggu
- e. Fasilitas umum yang tersedia (menyangkut kemudahan melakukan sesuatu seperti telepon umum, kantin, musola dll.).

- f. Fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, privacy dan pengaturan kunjungan baik oleh dokter, tenaga perawat, jam besuk).
- g. Outcome dan terapi yang diterima.²⁷

5. Mengukur kepuasan pasien

Kepuasan atau ketidakpuasan yang muncul tidak terlepas dari pengalaman pasien dalam menerima pelayanan. Standar tentang kepuasan itu sendiri bisa disusun sebagaimana standar produk yang dijual. Namun dua hal yang harus diantisipasi yaitu bahwa puas atau tidak puasnya seorang pelanggan terhadap produk atau jasa layanan tergantung kepada:

1. Sikapnya terhadap ketidaksesuaian (rasa senang atau tidaksenang)
2. Tingkatan dari pada evaluasi "baik atau tidak" untuk dirinya, melebihi atau di bawah standar.

Standarnya sendiri adalah suatu harapan dimana nilai yang diharapkan akan terwujud jika sebelumnya lebih dulu melakukan pembelian suatu produk atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan.

Menurut Wijono (1999)²⁷ standarnya dapat berupa:

- a. Penampilan yang diperkirakan - Ideal
- b. Berdasarkan norma dan pengalaman - Toleransi minimum
- b. Kewajaran - Kepantasan
- c. Nilai-nilai - Keinginan/janji penjual

Sementara Tjiptono F. (1998) menjelaskan empat cara untuk mengukur kepuasan pelanggan yaitu dengan:

- a. Sistem keluhan dan saran
- b. Melalui penyediaan kotak saran, customer Hotline, kartu komentar.

Namun demikian dari pengamatan empiris cara ini sering tidak efektif khususnya di rumah sakit yang *background* masyarakatnya

- masih tradisional/pedesaan. Budaya ewuh pakewuh sering terjadi. Artinya minimnya penggunaan kotak saran bukan indikator tingginya tingkat kepuasan.
- c. *Ghostshopping* yaitu menggunakan cara dengan mempekerjakan orang yang menyamar untuk bersikap atau berperan sebagai pembeli potensial sehingga dapat mengadakan pengamatan langsung.
 - d. *Lost Customer Analysis* Artinya menghubungi pelanggan yang berhenti membeli atau menggunakan produk jasa layanan yang diberikan. Kesulitan ada budaya rasa segan berterus terang, alamat yang kurang jelas, atau jauh serta membutuhkan biaya lebih banyak.
 - e. Survey kepuasan pelanggan
 - f. Menggunakan kuesioner melalui angket atau wawancara. Hal ini bisa dilakukan terhadap pasien saat masih dirawat atau saat pulang sehingga lebih praktis dilakukan. Jika dilakukan pada saat pasien masih dirawat daya ingat lebih baik.²³

C. Model Praktik Keperawatan Profesional dan Kepuasan Pasien

Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan. Model ini terdiri dari 5 elemen subsistem yaitu nilai-nilai profesional yang merupakan inti dari MPKP, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi & penghargaan.¹⁹

Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan wacana baru bagi dunia keperawatan untuk meningkatkan profesionalisme dalam

pelayanan keperawatan. Selain itu Model Praktik Keperawatan Profesional juga merupakan wacana baru sebagai upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan di Indonesia.²⁰ Adapun dasar pertimbangan pemilihan Model Praktik Keperawatan Profesional ini adalah dalam rangka mencapai visi, misi dan tujuan layanan keperawatan, dapat diterapkannya proses keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan, dalam rangka efisiensi dan efektifitas penggunaan biaya, terlaksananya komunikasi yang adekwat antar perawat dan tim kesehatan lainnya, kepuasan kinerja perawat serta kepuasan klien, keluarga dan masyarakat.²¹

Di berbagai negara telah dilakukan berbagai kegiatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dapat memuaskan pelanggan internal dan eksternal melalui Model Praktik Keperawatan Profesional antara lain: Pengembangan Profesional practice Model, IOWA Veterans Home pada tahun 1967. Model ini di dasarkan pada pandangan bahwa perawat adalah profesi yang mandiri (*autonomolis professionals*). Hal ini memungkinkan perawat berperan sebagai pembela utama (*primary advocates*) dalam memenuhi kebutuhan pasien. Berdasarkan evaluasi didapat bahwa model ini dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.²⁰

MPKP juga dikembangkan di *Beth Israel Hospital* pada tahun 1973 dengan fokus model adalah asuhan keperawatan yang menekankan hubungan antara pasien/keluarga dengan perawat. Setelah model dilaksanakan dan pada evaluasi pelaksanaan di dapat adanya peningkatan kepuasan perawat dan kepuasan pasien.²⁰

Pada tahun 1991 *The Professional Transitions Workshop* merupakan suatu program yang dilakukan di *Medical College of Virginia Hospitals and Physisians*. Pada tahap awal dibentuk suatu kelompok perawat yang terdiri dari 15 anggota. Kelompok ini terdiri dari perawat

pelaksana, perawat manajer, direktur keperawatan dan perawat spesialis klinik. Kelompok diminta untuk menerapkan model keperawatan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien dan kepuasan perawat. Kegiatan kelompok dimulai dengan mengidentifikasi nilai-nilai profesional dalam keperawatan antara lain tanggung jawab, tanggung gugat dan asuhan yang berkesinambungan sebagai dasar hubungan perawat – pasien. Untuk ini metode pemberian asuhan keperawatan yang diberikan adalah perawatan primer. Pada saat model akan dimulai dilakukan dulu pada ruang percontohan (ruang MPKP). Pada ruang percontohan ini kegiatan utama model adalah diskusi tentang pengalaman di klinik dan mengkaitkannya dengan nilai-nilai profesional yang sudah disepakati. Setelah ada hasil nyata dari ruang percontohan ini baru dilakukan pula di ruang perawatan lain. Hasil yang dicapai adalah perawat mempunyai *critical thinking* yang tinggi dan memahami pentingnya hubungan perawat dan pasien yang baik dalam praktik keperawatan.²⁰

A Transformational Model juga dilakukan di *Shadyside Hospital* pada tahun 1992. Terdapat empat (4) paradigma baru (*paradigma shifts*) dalam nilai-nilai dan asumsi tentang asuhan, mutu, sumber yang tersedia dan profesionalisme dalam keperawatan. Pada model ditekankan adanya kepemimpinan yang dapat membawa paradigma baru antara lain kemampuan melayani dari pimpinan, adanya komunikasi yang terbuka, memberi tanggung jawab dan tanggung gugat pada perawat profesional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah perawatan primer. Hasil yang didapat menunjukkan kepuasan pasien dan kepuasan perawat yang tinggi secara kuantitatif dan secara kualitatif staf keperawatan lebih memberi perhatian pada pekerjaannya.²⁰

Pada tahun 1981 John Hopkins Hospital juga memulai *Professional Practice Model* pada enam belas (16) ruang rawat dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Model ini menekankan pada penghayatan nilai-nilai profesi, masalah pengorganisasian keperawatan dan pemberian tanggung jawab pada perawat profesional dan terdapat konsep manajemen yang mandiri pada tingkat ruang rawat. Metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah perawatan primer. Hasil yang didapat dengan membandingkan antara (8) delapan ruang rawat yang melaksanakan model dengan delapan (8) ruang rawat sebagai kontrol didapat biaya perpasien perhari lebih rendah pada ruang rawat yang melaksanakan model dibandingkan dengan ruang rawat tanpa model. Didapat juga bahwa kepuasan perawat di ruang model lebih tinggi dibanding dengan ruang tanpa melaksanakan model dan angka perpindahan lebih rendah pada ruang rawat yang melaksanakan model dibanding dengan ruang rawat tanpa model.²⁰

D. Pendekatan Sistem dalam Manajemen

1. Pengertian Sistem

*"System as set of interacting elements, or components or may not serve a different function but ultimately they are serve a common purpose to contribute to the over all goal of the system."*¹ Dengan kata lain sistem suatu tatanan yang terdiri dari elemen-elemen atau berbagai komponen yang terpisah dan mempunyai fungsi yang berbeda tetapi saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi dalam upaya mencapai tujuan yang sama berdasarkan kebutuhan dan kepentingan bersama. Sementara itu Azwar, 1996 menyatakan bahwa sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan

yang majemuk dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan.³⁰

2. Komponen sistem

Menurut Azwar, 1996 bagian atau elemen tersebut banyak macamnya namun dapat dikelompokan dalam unsur:

a. Masukan (*input*)

Merupakan elemen yang terdapat dalam sistem yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Menurut Harold Koontz input pada hakekatnya merupakan 4 M dalam manajemen yaitu *Man* (tenaga), *money* (dana), *material* (sarana prasarana), dan *method* (metode, kebijakan, protap dll).²⁸

Input pelayanan keperawatan di sebuah rumah sakit meliputi kategori tenaga keperawatan, peralatan bekerja, kebijaksanaan atasan, protap pelayanan (SOP), pembagian beban tugas atau jadwal, gaji serta imbalan kesejahteraan yang diterima ataupun program diklat dan lain-lain.

b. Proses (*process*)

Merupakan elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi merubah input menjadi output. Menurut Bakhtiar A. dalam proses terjadi interaksi berbagai subsistem seperti subsistem manajerial, subsistem struktur, subsistem strategik, subsistem budaya dan subsistem teknologi.²⁸

Proses layanan keperawatan menyangkut pembuatan rencana askep, pengorganisasian tugas keperawatan, pelaksanaan pelayanan keperawatan sesuai dengan SOP dan kontrol kegiatan keperawatan menyangkut tingkat kepatuhan terhadap SOP.

c. Keluaran (*output*)

Adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi, contohnya health services. Di rumah sakit dalam bentuk jumlah pasien yang dilayani, kelengkapan medical record dll.

d. Umpan balik (*feed back*)

Adalah kumpulan elemen yang merupakan keluaran dari system dan sekaligus sebagai masukan bagi system tersebut. Umpan balik dalam pelayanan keperawatan biasanya dalam bentuk pesan lisan atau tulisan di buku laporan untuk mendapat perhatian bagi petugas lain yang bertanggung jawab.

e. Dampak (*impact*)

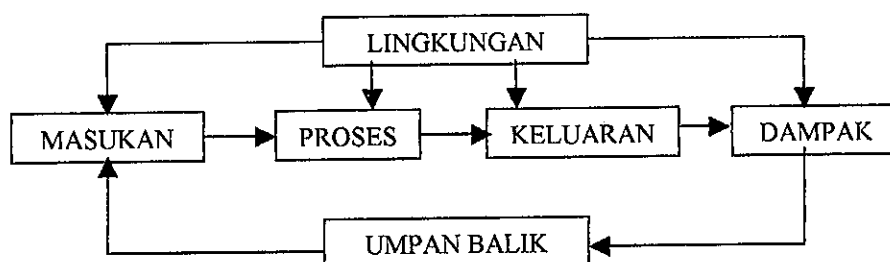
Adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu system, contoh di rumah sakit dalam bentuk kepuasan pelanggan. Sebetulnya selain kepuasan pasien atau keluarga sebagai unsur pelanggan eksternal, juga ada kepuasan pelanggan internal seperti rekan seprofesi, rekan satu tim.

f. Lingkungan (*environment*)

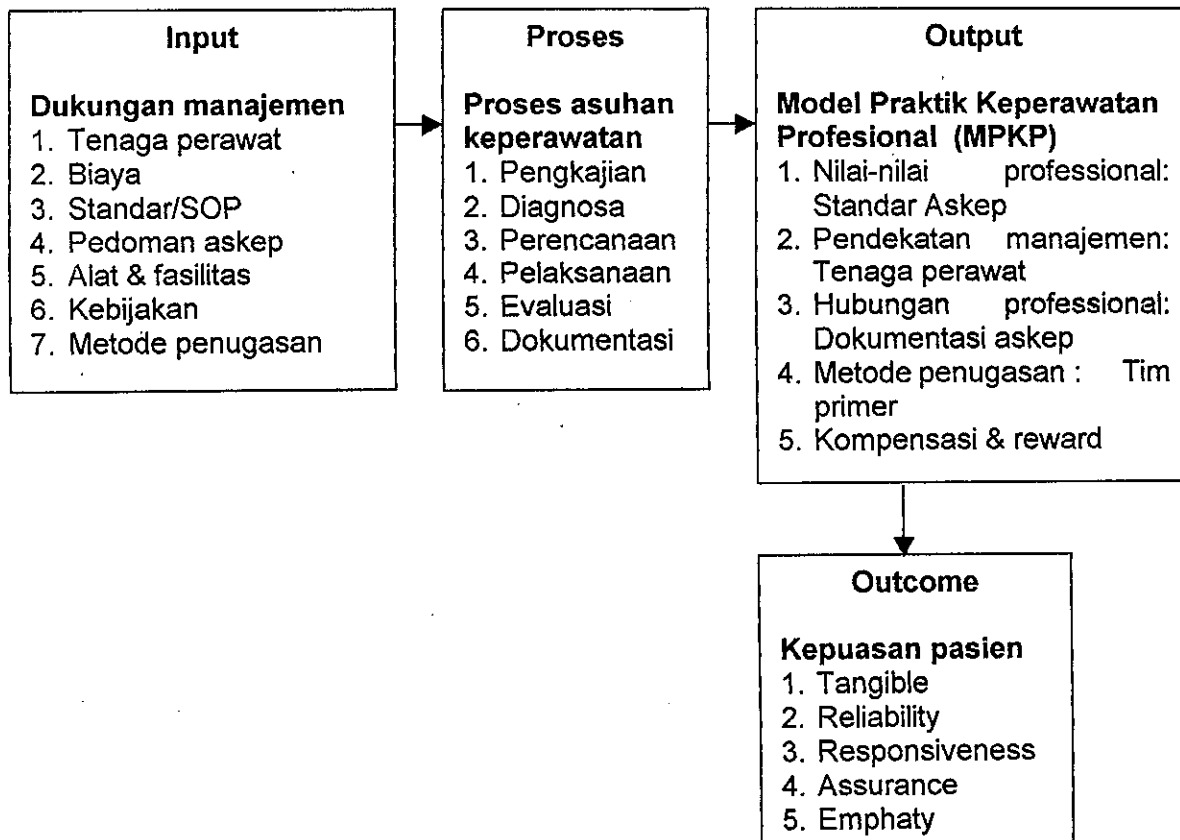
Adalah dunia di luar system yang tidak dikelola oleh system tetapi memiliki pengaruh yang besar terhadap system.

Menurut Azwar (1996)³⁰ hubungan saling mempengaruhi dari keenam komponen di atas dapat dilihat dalam gambar di bawah ini:

Bagan 6: Hubungan Unsur - Unsur Sistem menurut Azwar A (1996)



E. KERANGKA TEORI

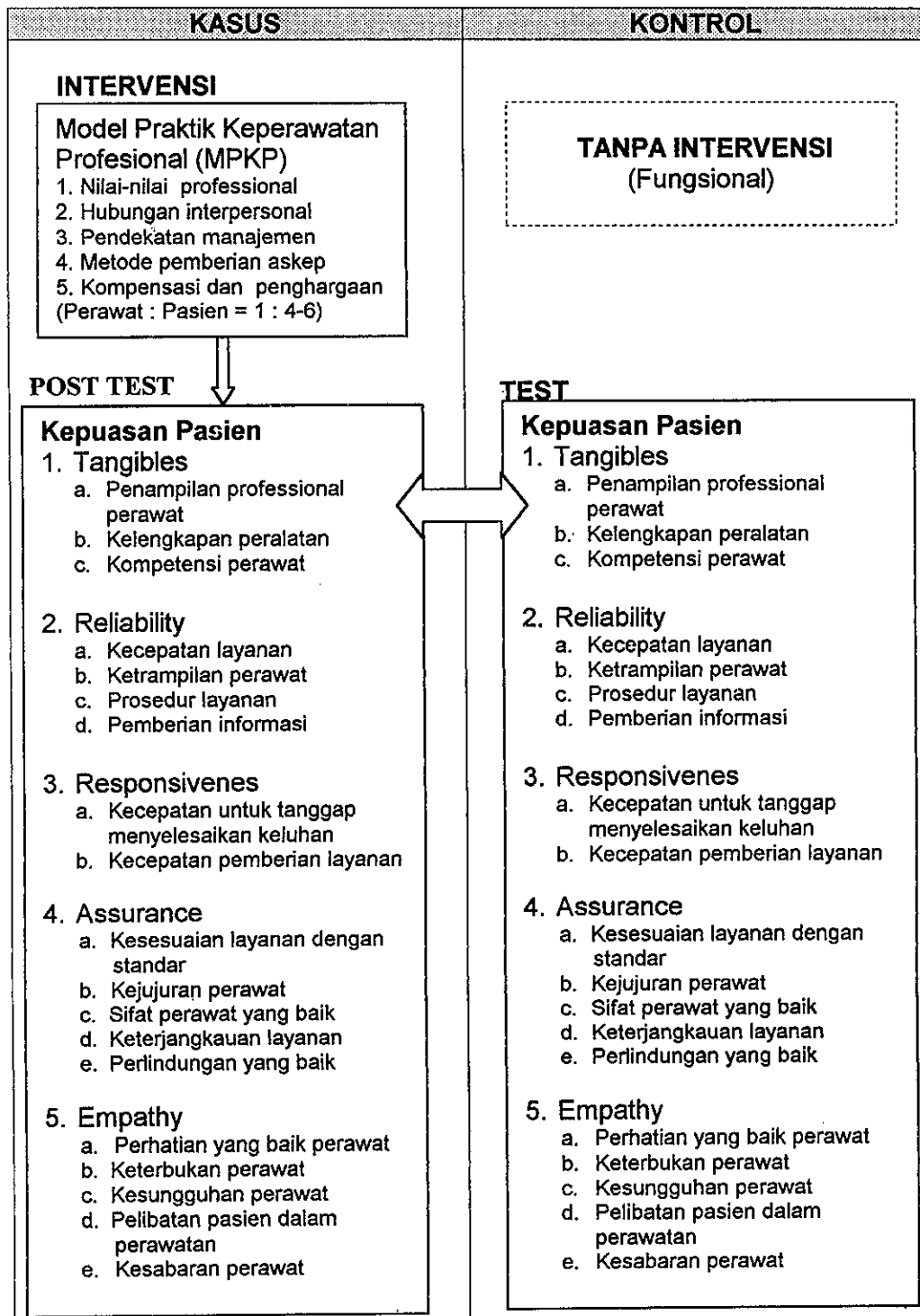


Sumber: Modifikasi dari beberapa sumber (Azwar,1996, Gaffar (1999), Nursalam(2002), Haris Zuhri (1999))

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



B. Hipotesis

Ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan dengan implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (kasus) dan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan tanpa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (kontrol).

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat kepuasan pasien yang mendapat implementasi MPKP dengan pasien yang tidak mendapat implementasi MPKP (kontrol). Untuk melengkapi informasi tentang kepuasan pasien penelitian ini juga menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode fenomenologi yaitu metode yang menekankan pada subjektivitas pengalaman manusia.¹² Pendekatan kualitatif menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dan perilaku yang diamati.³¹ Riset kualitatif merupakan pendekatan induktif untuk menemukan atau mengembangkan pengetahuan yang bertujuan untuk menggali / mengeksplorasi, menggambarkan atau mengembangkan pengetahuan bagaimana kenyataan yang dialami. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *Quasy Experimental Design* jenis *Post test only control design* yaitu dengan cara membandingkan dua kelompok yang dipilih secara random yaitu satu kelompok telah diberikan *treatment* dan satu kelompok yang tidak diberikan *treatment* (kelompok kontrol).³² Penelitian ini bersifat deskriptif yaitu berusaha menggambarkan kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat di ruang perawatan penyakit dalam pria (ruang MPKP) dan ruang perawatan bedah pria sebagai populasi kontrol.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ditentukan dengan menggunakan teknik *quota sampling (judgement sampling)* yaitu teknik penentuan sampel dalam quota berdasarkan tanda-tanda yang mempunyai pengaruh besar terhadap variable yang akan diselidiki sesuai kapasitas/daya tampung (Nursalam, 2003). Sampel dalam penelitian ini ditetapkan sebanyak 30 pasien dari ruang perawatan penyakit dalam (kasus) dan 30 pasien dari ruang perawatan bedah (ruang kontrol). Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang telah dirawat minimal 3 hari, dewasa (18 tahun atau lebih), sadar, mampu berkomunikasi, dapat membaca dan menulis.

E. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel penelitian : kepuasan pasien yang meliputi dimensi *tangible, reliability, responsiveness, assurance dan empathy*

2. Definisi Operasional

| NO | VARIABEL | DEFINISI OPERASIONAL | PENGUKURAN |
|----|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | Model Praktek Keperawatan Profesional tim primer | Sekelompok perawat merawat 6-7 pasien dari mulai masuk RS sampai pulang. Sekelompok perawat tersebut dipimpin oleh ketua tim primer. | |

| NO | VARIABEL | DEFINISI OPERASIONAL | PENGUKURAN |
|----|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Tingkat kepuasan pasien | <p>Tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang ia rasakan dengan harapannya terhadap pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Gunungjati Cirebon.</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |
| 3 | <i>Tangible</i> | <p>Kenyataan yang dialami dan dirasakan oleh klien selama masa perawatan meliputi respon klien terhadap penampilan profesional perawat, kelengkapan peralatan kompetensi perawat.</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |
| 4 | <i>Reliability</i> | <p>Akses layanan keperawatan yang meliputi respon terhadap kecepatan layanan, ketrampilan perawat, prosedur layanan dan pemberian informasi</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |

| NO | VARIABEL | DEFINISI OPERASIONAL | PENGUKURAN |
|----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <i>Responsiveness</i> | <p>Respon pasien terhadap kecepatan untuk tanggap menyelesaikan keluhan dan Kecepatan pemberian layanan</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |
| 6 | <i>Assurance</i> | <p>Jaminan layanan keperawatan yang diterima dan dirasakan oleh pasien meliputi respon pasien terhadap Kesesuaian layanan dengan standar, kejujuran perawat, sifat perawat yang baik, keterjangkauan layanan dan perlindungan yang baik</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |
| 7 | <i>Emphaty</i> | <p>Respon pasien terhadap perhatian yang baik perawat, keterbukaan perawat, kesungguhan perawat pelibatan pasien dalam perawatan dan kesabaran perawat</p> <p>Menggunakan skala Likert Skor untuk tingkat kepuasan menggunakan rumus :</p> $TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$ | <p>Alat ukur: kuesioner</p> <p>Cara ukur: wawancara</p> <p>Hasil ukur: 1. Tidak puas (TK < 100%) 2. Puas (TK ≥ 100%)</p> <p>Skala ukur: Ordinal</p> |

F. Pengumpulan data

1. Jenis data

a. Kuantitatif

Jenis data metode kuantitatif adalah data primer yang diperoleh langsung dari pasien melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner.

b. Kualitatif

Jenis data metode kualitatif adalah data primer yang diperoleh langsung dari kelompok perawat melalui Forum Group Discus (FGD) dan diperoleh langsung dari kepala seksi melalui indepth interview.

2. Prosedur pengumpulan data

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan wawancara (FGD dan indepth) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Meminta izin kepada RSUD Gunung Jati Cirebon melalui surat resmi tentang permohonan penggunaan RSUD Gunung Jati sebagai tempat penelitian.
- b. Uji coba instrumen penelitian.
- c. Pengambilan data dengan bantuan 5 orang mahasiswa keperawatan sebagai innumeratior.
- d. Menemui responden, menjelaskan pentingnya kejujuran dalam mengisi kuesioner dan mengeksplorasikan pengalamannya tentang kepuasan dan ketidakpuasan
- e. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya atau minta penjelasan
- f. Melakukan FGD terhadap kelompok perawat yang mengimplemen-
tasikan MPKP dan kelompok perawat yang tidak

mengimplementasikan MPKP guna mendapatkan kejelasan / kevalidan informasi/data dari pasien.

- g. Melakukan wawancara mendalam dengan kepala ruang keperawatan untuk mendapatkan informasi kepuasan dan ketidakpuasan pasien terhadap layanan keperawatan.

3. Instrumen penelitian

a. Kuantitatif

Data primer kepuasan pasien diperoleh dengan instrumen penelitian berupa kuesioner. Sebelum digunakan kuesioner akan diujicobakan terlebih terhadap 30 pasien di Ruang Perawatan Penyakit Dalam RSUD Gunung Jati untuk kemudian diuji validitas dan reliabilitasnya.

Uji validitas eksternal instrumen akan dilakukan dengan penghitungan statistik (bantuan komputer) mengkorelasikan antara skor tiap butir (X) dengan skor total (Y) dengan rumus korelasi product moment yang dikemukakan oleh Pearson sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

(Arikunto S, 1996)³³

Keterangan: r_{xy} = Korelasi X dan Y

X = Skor tiap item pertanyaan

Y = Skor total item pertanyaan

Butir pertanyaan/pernyataan dianggap valid jika memiliki korelasi positif terhadap skor total. Semakin tinggi makna korelasi semakin valid suatu butir pertanyaan pada instrumen. Dengan

diketahui indeks validitas tiap butir maka dapat diketahui dengan pasti butir-butir pertanyaan manakah yang memenuhi syarat dan tidak memenuhi syarat sebagai kuesioner.

Adapun reliabilitas instrumen akan dihitung dengan menggunakan rumus Spearman-Brown, yaitu:

$$r_{11} = \frac{2 \times r^{1/2}}{1 + r^{1/2}} \quad (\text{Arikunto, 1996})^{33}$$

Keterangan: r_{11} = Reliabilitas instrumen

$r^{1/2}$ = r_{xy} yang disebut sebagai indeks korelasi antara dua belahan instrumen.

Setelah memperoleh angka reliabilitas langkah selanjutnya adalah mengkonsultasikan angka tersebut dengan tabel *r* product moment. Apabila angka reliabilitas sama dengan atau lebih besar dari *r* tabel maka instrumen tersebut reliabel dan apabila *r* hasil lebih kecil daripada *r* tabel maka instrumen tersebut tidak reliabel.

b. Kualitatif

Data primer menyangkut kepuasan pasien diperoleh dengan cara FGD pada kelompok perawat dilakukan oleh peneliti sendiri dengan bantuan pedoman FGD. Data primer yang berhubungan dengan kepuasan pasien juga diperoleh dengan cara *indepth interview* dengan kepala ruang perawatan yang dilakukan oleh peneliti sendiri dengan bantuan pedoman *indepth interview*.

Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan

data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Denzin membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori.³¹

Triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Triangulasi sumber dilakukan pada pasien, perawat dan kepala ruangan yang bersangkutan. Triangulasi metode menurut Patton terdapat dua strategi, yaitu: pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data dan pengecekan beberapa sumber data dengan metode yang sama. Triangulasi penyidikan dilakukan dengan jalan memanfaatkan pengamat atau peneliti lain. Dalam hal ini peneliti memanfaatkan kepala ruang perawatan perawat sebagai penyidik. Triangulasi teori menurut Lincoln dan Guba dapat diperiksa kepercayaannya dengan satu atau lebih teori.³¹

Reliabilitas (keterandalan) pada penelitian kualitatif dapat dicapai dengan melakukan auditing data. Auditing dilakukan baik terhadap proses, hasil dan output. Penelusuran audit memerlukan catatan keseluruhan proses dan hasil studi. Pencatatan itu perlu diklasifikasikan menjadi data mentah, data yang direduksi dan hasil kajian, rekonstruksi data dan hasil sintesis.³¹

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Data yang telah terkumpul dari data kuantitatif dan kualitatif akan diolah sesuai dengan tahapan *editing, scoring, coding, entry dan cleaning* .

a. *Editing*

Editing data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh adalah bersih, yaitu semua data konsisten, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan meneliti tiap lembar kuesioner dan catatan lapangan hasil wawancara tentang kepuasan dan ketidakpuasan pasien terhadap layanan keperawatan.

b. *Skoring*

Setelah memastikan bahwa semua jawaban dapat digunakan langkah selanjutnya yaitu pemberian skor terhadap masing-masing jawaban pasien. Skoring hanya dilakukan untuk penelitian kuantitatif dengan cara sebagai berikut:

1) Statemen kinerja

a) Untuk *favourable statement* jawaban sangat kurang= 1;
kurang =2; cukup = 3; baik = 4; sangat baik = 5

b) Untuk *unfavourable statement* jawaban sangat kurang= 1;
kurang =2; cukup = 3; baik = 4; sangat baik = 5

2) Statemen harapan

Sangat tidak penting = 1; tidak penting = 2; biasa – biasa = 3;
penting = 4; sangat tidak penting = 5

c. *Coding*

Memberikan kode pada item-item yang tidak diberi skor pada setiap data yang ada untuk keperluan analisis

d. Entry

Setelah semua data telah diberi skor dan kode maka data dimasukkan ke dalam komputer untuk dianalisis. Sedangkan data kualitatif dikelompokkan sesuai dengan sifat data / dimasukkan ke dalam lembar respon sesuai dengan jenis pertanyaan.

e. Cleaning

Memastikan bahwa data yang sudah dientry benar-benar siap dianalisis yaitu dengan mengecek kembali data yang sudah ada. Untuk informasi kualitatif mengecek kembali pengelompokan data yang ada untuk menghindari kesalahan pengelompokan.

2. Analisis Data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kuantitatif dan kualitatif. Analisa data disesuaikan dengan tujuan penelitian.

- a. Untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan pada kelompok kasus dan kelompok kontrol dilakukan skoring setiap butir pernyataan pelaksanaan dan harapan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$TK = \frac{\text{Persepsi X}}{\text{Harapan Y}} \times 100\%$$

kemudian dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui apakah data kepuasan pasien memenuhi asumsi kurva normal atau tidak. Selanjutnya dikategorisasikan apabila tingkat kesesuaian (TK) lebih kecil dari 100 % maka dikategorikan tidak puas yang berarti pelaksanaan layanan keperawatan tidak memenuhi harapan pasien dan apabila hasil TK sama dengan atau lebih besar dari 100 % maka

dikategorikan puas yang berarti pelayanan keperawatan memenuhi harapan atau melebihi harapan pasien.

- b. Untuk mengetahui gambaran perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional dan pasien yang mendapat layanan keperawatan tanpa implementasi Model Praktek Keperawatan profesional (kontrol) dilakukan uji beda atau uji t dengan menggunakan bantuan komputer.

Data kualitatif dianalisis berdasarkan keterangan dari berbagai informan mulai berupa hasil FGD dengan kelompok perawat dan *indepth interview* dengan kepala ruang perawatan. Analisa disesuaikan dengan karakteristik penelitiannya dan diolah dengan metode pengolahan analisa deskripsi isi (*Content Analysis*). *Content analysis* dilakukan dengan memperhatikan obyektivitas, menggunakan pendekatan sistematis dan generalisasi (Muhadjir N, 1998). Pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian kemudian dikategorisasikan, diverifikasi dan disajikan dalam bentuk deskripsi.

Menurut Moleong (2004) analisa data penelitian kualitatif dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi dan dokumen resmi. Setelah dibaca, dipelajari dan ditelaah maka langkah berikutnya adalah mereduksi data yang dilakukan dengan jalan membuat abstraksi. Abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada di dalamnya. Langkah selanjutnya adalah menyusun dalam satuan-satuan. Satuan-satuan itu kemudian dikategorisasikan. Kategori ini dilakukan sambil

membuat koding. Tahap akhir dari analisis data ini ialah mengadakan pemeriksaan keabsahan data. Setelah selesai tahap ini mulailah kini tahap penafsiran data dalam mengolah hasil sementara menjadi teori substantif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan di ruang perawatan dalam (kasus) dan ruang perawatan bedah (ruang kontrol).

H. Jalannya Penelitian

Jalannya penelitian diuraikan sesuai dengan tahapan kegiatan, yaitu sebagai berikut: 1) Kegiatan sebelum intervensi, 2) kegiatan selama intervensi dan 3) kegiatan setelah intervensi.

1. Kegiatan sebelum intervensi

- a. Pengajuan usulan untuk implementasi MPKP kepada Direktur melalui Kepala Seksi Perawatan dan mendapat dukungan dari Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon.
- b. Pembentukan tim pengembangan MPKP yang diketuai oleh kepala seksi Perawatan RSUD Gunung Jati Cirebon.
- c. Penetapan ruang rawat penyakit dalam sebagai MPKP dan ruang perawatan bedah sebagai kontrol. Hal ini didasarkan pada kondisi dan karakteristik ang relatif sama.
- d. Penghitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang MPKP. Berdasarkan perhitungan dengan rumus Douglas diperlukan penambahan 4 perawat untuk ruang MPKP ang diperoleh dari formasi Pegawai Negeri Sipil baru yang baru saja selesai masa orientasi dengan kualifikasi 3 perawat S1 dan 1 perawat D III.
- e. Penetapan metode pemberian asuhan keperawatan tim primer dengan alasan bahwa metode tim yang pernah diimplementasikan pada ruang perawatan bedah dinilai kurang efektif karena tanggung jawab perawat

terfragmentasi pada setiap siff jaga sehingga kurang terlihat adanya asuhan keperawatan yang utuh dan berkesinambungan serta konsisten selama 24 jam secara terus menerus selama pasien dirawat. Begitu pula pada metode Primer. Meskipun metode ini merupakan metode yang ideal dalam asuhan keperawatan akan tetapi hal ini belum dapat dilakukan di RSUD Gunung Jati Cirebon karena metode primer diperlukan banyak tenaga profesional keperawatan yang berpengalaman dan minimal berpendidikan Sarjana Keperawatan. Dengan dasar ini dipilih metode yang diperkirakan paling cocok yaitu metode tim-primer yang merupakan gabungan dari metode tim dan primer dengan prinsip sekelompok perawat merawat sekelompok pasien mulai dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan pasien pulang, penekanan pada hubungan profesional antara perawat, pasien/keluarga, perawat dengan dokter dan tim kesehatan lain, hubungan antar perawat yang dapat menjamin asuhan keperawatan yang utuh, berkesinambungan serta konsisten selama pasien dirawat dengan dibuktikan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sekelompok perawat ini dipimpin oleh ketua tim-primer / Perawat Primer (PP) dan yang lain sebagai anggota tim-primer / Perawat Asosiet (PA). PP bertanggung jawab atas asuhan keperawatan pasien dan kelengkapan catatan / dokumentasi asuhan keperawatan.

- f. Penyusunan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) berbagai kasus penyakit dalam dengan memberdayakan staf keperawatan fungsional penyakit dalam dengan referensi dari beberapa literatur standar asuhan keperawatan medikal bedah.
- g. Penetapan sistem pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan SAK Depkes RI tahun 1998.

- h. Penyusunan proposal pelatihan MPKP untuk seluruh perawat ruang MPKP dengan waktu yang disesuaikan dengan tugas agar pelayanan tetap terselenggara dengan lancar. Tim pengajar adalah tim pengembang MPKP yaitu 3 orang Sarjana Keperawatan yang salah satu diantaranya berpendidikan S2 Administrasi. Materi pelatihan menekankan pada pemahaman dan penerapan SAK, pemahaman metode tim primer, dan pendokumentasian keperawatan. Pelatihan ini ditindaklanjuti dengan pemantapan pelaksanaan oleh kepala ruang penyakit dalam.
 - i. Tim pengembangan MPKP bersama kepala ruang dan PP menyusun uraian tugas bagi kepala ruang, PP dan PA serta pedoman kerja untuk dinas pagi, sore dan malam.
 - j. Menginformasikan uraian tugas dan pedoman kerja kepada semua tenaga perawat yang bertugas di ruang MPKP untuk mendapatkan kesepakatan sebagai dasar komitmen bersama dalam pelaksanaan tugas.
 - k. Menginformasikan kepada kepala instalasi, ketua SMF beserta tim dokter dan ahli gizi penyakit dalam tentang pelaksanaan MPKP dengan tujuan mendapatkan dukungan dan adanya peningkatan kerja sama yang lebih baik.
2. Kegiatan selama intervensi
- a. Setelah selesai pelatihan MPKP semua perawat langsung menerapkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan berdasarkan kemampuan yang dimiliki sesuai dengan peran masing-masing. PP bertugas pada pagi hari karena kegiatan yang banyak dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien termasuk kegiatan kolaborasi dengan tim kesehatan terutama dengan dokter dan ahli gizi. PA bertugas bergiliran pada

pagi, sore dan malam hari. PP dan PA melaksanakan tugas sesuai dengan uraian tugas masing-masing yang telah disusun dan telah disepakati bersama.

Tugas PP adalah melakukan pengkajian dan menetapkan diagnosis keperawatan serta menyusun perencanaan keperawatan kepada semua pasien yang menjadi tanggung jawabnya, melakukan kolaborasi terutama dengan dokter dan ahli gizi, bertanggung jawab atas asuhan keperawatan selama pasien dirawat beserta kelengkapan catatan / dokumentasi asuhan keperawatan. Tuga utama PA adalah melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi dan memonitor perkembangan pasien.

Setiap pergantian sift PP dan PA melakukan serah terima pasien yang menjadi tanggung jawabnya baik secara langsung maupun tertulis pada dokumentasi keperawatan. Setiap awal dan akhir tugas PP mengadakan pertemuan singkat dengan semua PA, pada awal tugas untuk melakukan diskusi singkat tentang masalah pasien dan rencana tindakan ang akan dilakukan serta membagi tugas kepada PA dan pada akhir tugas untuk menerima laporan perkembangan pasien dari PA kepada PP sebelum diserahkan kepada perawat yang tugas berikutnya/sore hari. Begitu pula PA yang bertugas pada sore dan malam hari selalu melakukan serah terima tugas kepada PA dan PP yang jaga berikutnya.

PP melakukan pemantauan tugas yang dilaksanakan oleh PA, termasuk pengisian dokumen/catatan asuhan keperawatan dan apabila PA mengalami kesulitan dalam pelaksanaan tugas maka PP ang mengatasi atau melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan.

b. Tim pengembangan MPKP melakukan bimbingan kepada keala ruang, PP dan PA setiap minggu sekali atau sewaktu-waktu bila diperlukan. Bimbingan ang dilakukan sebulan sekali ditujukan kepada seluruh perawat yang tugas diruang MPKP bersamaan dengan pertemuan rutin ruangan. Pertemuan ini selain untuk bimbingan juga untuk mengidentifikasi permasalahan dan hambatan yang ada untuk diatasi. Selama implementasi MPKP dan dari berbagai pertemuan yang dilakukan secara singkat diperoleh hasil sebagai berikut:

- 1) Pada awal implementasi MPKP, PP merasa dibebani tugas yang berat karena harus bertanggung jawab atas asuhan keperawatan dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat serta penetapan diagnosis dan perencanaan keperawatan pada semua pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Tetapi semakin lama pengimplementasian MPKP dirasa kemampuan PP untuk menetapkan diagnosis dan penyusunan rencana keperawatan menjadi semakin lancar dan tidak mengalami kesulitan karena PP memanfaatkan buku SAK dari berbagai kasus penyakit dalam dirasa semakin meningkat dan pelaksanaan tugas menjadi semakin lancar.
- 2) Bagi PA, pada awalnya ada sebagian PA yang tugasnya meraca cukup berat terutama pada sore dan malam hari karena pada metode tim primer masing-masing perawat bertanggung jawab atas asuhan keperawatan pada pasien tertentu yang menjadi tanggung jawabnya. Hal ini belum biasa dilakukan sebelumnya karena dengan metode fungsional tugas dan tanggung jawab semua pasien dilakukan masing-masing sesuai dengan jenis tindakan keperawatan. Semakin lama implementasi mpkp

dilaksanakan serta adanya bimbingan yang dilakukan secara terus menerus dari PP, kepala ruang maupun tim pengembang MPKP maka PA semakin menyadari bahwa tugas tersebut merupakan kewajiban untuk dilaksanakan sebagai perawat profesional.

- 3) Kepala ruang selalu memberikan bimbingan pada semua PA dan PP serta selalu membantu apabila ada kesulitan. Kepala ruangan selalu berusaha memfasilitasi kebutuhan PP dan PA dengan harapan agar asuhan keperawatan tetap terjaga kualitasnya selama 24 jam terus menerus. Dengan implementasi MPKP kepala ruangan merasa terbantu karena tanggung jawab asuhan keperawatan kepada pasien telah didelegasikan kepada PP yang memiliki kemampuan, motivasi, dedikasi yang tinggi sehingga asuhan keperawatan dilaksanakan dengan baik dan lancar.

3. Kegiatan setelah intervensi

- a. Belum pernah dilakukan evaluasi tentang kepatuhan perawat dalam penerapan SAK.
- b. Dilakukan pengukuran kepuasan pasien

I. Jadwal Penelitian

| WAKTU | KEGIATAN PENELITIAN | PELAKSANA |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1- 4 Maret 2004 | Prasurvey | Peneliti |
| 5 – 25 Maret 2004 | Penyusunan proposal | Peneliti |
| 27 Maret 2004 | Pengajuan proposal MPKP melalui kasi perawatan RSUD Gunung jati Cirebon | Peneliti |
| 30 Maret 2004 | Pengajuan usulan pembentukan tim pengembangan MPKP | Peneliti dan kasi perawatan |

| WAKTU | KEGIATAN PENELITIAN | PELAKSANA |
|------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| 22 Maret -3 Juni 2004 | Pengumpulan data awal dan persiapan MPKKP | Peneliti bekerja sama dgn tim MPKP |
| 15 Juni 2004 | Koordinasi pelaksanaan MPKP | Tim MPKP & Perawat |
| 1 Juli 2004 | Pelaksanaan MPKP | Perawat |
| 12 Juli 2004 | Uji coba instrumen | Peneliti Innumerator |
| 1 – 14 Sept 2004 | Pengukuran kepuasan pasien | Peneliti Innumerator |
| 15 Sept - 7 Okt 2004 | Pengolahan dan analisis data | Peneliti |
| 8 Okt 2004 – 15 Januari 2005 | Penyusunan laporan penelitian | Peneliti |

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian

1. Keterbatasan Penelitian

a. Keterbatasan Sampel

Sampel penelitian berjumlah 30 pasien yang terdapat di ruang perawatan penyakit dalam sebagai kelompok kasus dan 30 pasien ruang perawatan bedah sebagai kelompok kontrol sehingga hasil penelitian ini tidak mencerminkan kepuasan pasien secara umum di RSUD Gunung Jati Cirebon. Oleh karena itu sampel ini hanya menjadi replikasi bagi pasien di ruang perawatan penyakit dalam dan ruang perawatan bedah pria RSUD Gunung Jati Cirebon. Namun demikian jumlah sampel 30 pasien tersebut memenuhi jumlah sampel minimal dan dapat memenuhi asumsi kurva normal.

b. Keterbatasan Pengukuran

Pengukuran kepuasan pasien tidak dilakukan dalam satu waktu mengingat jumlah pasien yang memenuhi syarat sesuai kriteria responden jumlahnya terbatas. Namun demikian dalam waktu 2 minggu dengan pengukuran masing – masing ruang perawatan 3 kali terpenuhi jumlah sampel 30 pasien.

c. Keterbatasan Metodologis

- 1) Penelitian dilakukan pada saat pelaksanaan MPKP baru berjalan
- 2 bulan dimana perawat selaku pelaksana implementasi MPKP masih dalam proses penyesuaian dan masih berada pada tahap

belajar untuk membiasakan diri melaksanakan perannya masing-masing dan penerapan SAK.

- 2) Pada saat dilakukan pengukuran kepuasan pasien belum dilakukan penilaian kinerja dan kepatuhan perawat terhadap SAK dalam implementasi MPKP.

d. Keterbatasan Instrumen Penelitian

Instrumen dimensi *reliability* ditangkap bukan sebagai keajegan layanan akan tetapi lebih merupakan akses layanan keperawatan sedangkan dimensi *emphaty* ditangkap bukan sebagai akses dan interpersonal melainkan sebagai bentuk layanan yang kasat mata.

2. Kelebihan Penelitian

a. Instrumen

Instrumen kepuasan pasien pada penelitian ini telah dikembangkan oleh Nursalam (2002) dan model pengukuran tingkat kepuasan dengan membandingkan antara kenyataan/hasil dan harapan pelanggan ini telah dikembangkan oleh Supranto (2001). Oleh karenanya item pernyataan dalam kuesioner juga diadopsi dari statemen/item yang telah dikembangkan oleh Nursalam dan Supranto dimodifikasi oleh peneliti dengan mempertimbangkan teori dan disesuaikan dengan kondisi RSUD Gunung Jati Cirebon. Selain itu instrumen juga diujicobakan, diukur validitas dan reliabilitasnya sehingga instrumen penelitian memiliki validitas eksternal yang layak sebagaimana terdapat pada lampiran.

b. Dukungan Teori

Penelitian ini didukung oleh teori ilmiah yang memadai sebagai rujukan sehingga penelitian ini baik proses dan hasil dapat

dipertanggungjawabkan kebenarannya secara ilmiah. Selain itu juga didukung oleh respon positif dari responden.

B. Identifikasi Pasien

Penelitian dilakukan terhadap 30 pasien di ruang perawatan penyakit dalam pria sebagai kelompok kasus dan 30 pasien di ruang perawatan bedah sebagai kelompok kontrol yang memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Karakteristik Pasien Berdasarkan Umur

Tabel 3 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Umur

| UMUR | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|------------------|-------------------------|-----|-----------|-----|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 18 - 45 Tahun | 18 | 60 | 20 | 67 |
| Di atas 45 Tahun | 12 | 40 | 10 | 33 |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas umur pasien pada kelompok kasus sebagian besar antara 18 – 45 tahun (dewasa muda) yaitu 18 pasien (60%) dan 12 pasien (40%) berumur lebih dari 45 tahun. Demikian juga pada kelompok kontrol sebagian besar pasien berusia antara 18 sampai dengan 45 tahun yaitu 20 pasien (67%) dan 10 pasien (33%) berusia lebih dari 45 tahun.

2. Karakteristik Pasien Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Tingkat Pendidikan

| TINGKAT PENDIDIKAN | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|--------------------|-------------------------|-----|-----------|-----|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 1. Tidak tamat SD | 2 | 7 | 4 | 13 |
| 2. SD | 10 | 33 | 9 | 30 |
| 3. SLTP | 10 | 33 | 10 | 33 |
| 4. SLTA | 5 | 17 | 6 | 21 |
| 5. PT | 3 | 10 | 1 | 3 |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel diatas sebagian besar tingkat pendidikan pasien pada kelompok kasus adalah SD dan SLTP yaitu masing-masing 10 pasien (33%) dan jumlah terkecil pada pendidikan PT yaitu 3 pasien (10%). Demikian pula responden pada kelompok kontrol tingkat pendidikan SLTP merupakan yang terbanyak yaitu 10 pasien (33%) dan responden yang berpendidikan PT hanya 1 pasien (3%).

3. Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel 5 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan

| JENIS PEKERJAAN | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|-------------------------|-------------------------|------|-----------|------|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 1. PNS & Pegawai swasta | 6 | 20 | 5 | 16.7 |
| 2. Wiraswasta | 8 | 26.7 | 9 | 30 |
| 3. Tani/buruh | 11 | 36.7 | 13 | 43.3 |
| 4. Tidak bekerja | 5 | 16.6 | 3 | 10 |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa jenis pekerjaan responden pada kelompok kasus terbanyak adalah tani/buruh yaitu 11 pasien (36.7%) dan 5 responden (16.6%) tidak mempunyai pekerjaan. Begitu pula responden pada kelompok kontrol terbanyak adalah sebagai tani/buruh yaitu 13 pasien (43.3 %) dan 3 pasien (10%) tidak memiliki pekerjaan.

3. Karakteristik Berdasarkan Kelas Perawatan

Tabel 6 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Kelas Perawatan

| KELAS PERAWATAN | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|-----------------|-------------------------|-----|-----------|-----|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 1. Kelas I | 5 | 17% | 5 | 17% |
| 2. Kelas II | 10 | 33% | 10 | 33% |
| 3. Kelas III | 15 | 50% | 15 | 50% |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas sebagian besar reponden pada kelompok kasus dalam pasien kelas III yaitu 15 (50%) dan terkecil adalah pasien kelas I yaitu 5 pasien (17%). Demikian juga responden pada kelompok kontrol sebagian besar pasien yang dirawat di kelas III yaitu 15 pasien (50%) dan terkecil pasien kelas I yaitu 5 pasien (17%).

4. Karakteristik Pasien Berdasarkan Lama Hari Perawatan

Tabel 7 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Lamanya Hari Perawatan

| LAMA HARI PERAWATAN | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|---------------------|-------------------------|-----|-----------|-----|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 1. 3 – 7 hari | 20 | 67 | 20 | 67 |
| 2. > 7 hari | 10 | 33 | 10 | 33 |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas sebagian besar reponden pada kelompok kasus adalah pasien dengan lama hari perawatan 3 – 7 hari yaitu 20 pasien (67%) dan pasien dengan hari perawatan lebih dari 7 hari sejumlah 10 pasien (33%). Demikian juga responden pada kelompok kontrol sebagian besar adalah pasien yang dirawat dengan hari perawatan 3 – 7 hari yaitu 20 pasien (67%) dan 33% pasien dirawat lebih dari 7 hari.

5. Karakteristik Pasien Berdasarkan Rujukan

Tabel 8 : Karakteristik Pasien Berdasarkan Rujukan

| RUJUKAN | SETELAH INTERVENSI MPKP | | | |
|-------------------|-------------------------|-----|-----------|-----|
| | KASUS | | KONTROL | |
| | RESPONDEN | % | RESPONDEN | % |
| 1. Puskesmas | 11 | 37 | 7 | 23 |
| 2. Dokter praktek | 4 | 13 | 1 | 3 |
| 3. RS Swasta | 2 | 7 | 5 | 17 |
| 4. Datang sendiri | 13 | 43 | 17 | 57 |
| JUMLAH | 30 | 100 | 30 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa sebagian besar reponden pada kelompok kasus dirawat karena datang sendiri yaitu 13 pasien

(43%) dan hanya 2 pasien (7%) yang dirawat karena rujukan dari rumah sakit swasta. Demikian juga responden pada kelompok kontrol sebagian besar adalah pasien yang dirawat karena datang sendiri yaitu 17 pasien (57%) dan sebagian kecil adalah pasien rujukan dari praktek dokter yaitu 1 pasien (3%).

C. Respon Pasien

1. Distribusi Frekuensi Respon Pasien

Tabel 9: Distribusi Frekuensi Respon Responden terhadap Kenyataan Layanan Keperawatan pada Kelompok Kasus

| STATEMEN | FREKUENSI PERSEPSI PASIEN TERHADAP KENYATAAN LAYANAN PERAWATAN | | | | | | | | | | n |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | |
| 1. Penampilan meyakinkan | 2 | 7 | 1 | 3 | 10 | 33 | 8 | 27 | 9 | 30 | 30 |
| 2. Penampilan rapih | 0 | 0 | 5 | 17 | 8 | 27 | 13 | 43 | 4 | 13 | 30 |
| 3. Timbang terima | 1 | 3 | 3 | 10 | 11 | 37 | 8 | 27 | 7 | 23 | 30 |
| 4. Pendidikan kesehatan | 2 | 7 | 4 | 13 | 4 | 13 | 6 | 20 | 14 | 47 | 30 |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 0 | 0 | 1 | 3 | 10 | 33 | 9 | 30 | 10 | 33 | 30 |
| 6. Kedisiplinan layanan | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 | 23 | 14 | 47 | 8 | 27 | 30 |
| 7. Kelengkapan peralatan | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 | 17 | 11 | 37 | 13 | 43 | 30 |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 0 | 0 | 3 | 10 | 6 | 20 | 16 | 53 | 5 | 17 | 30 |
| 9. Kebersihan peralatan | 0 | 0 | 1 | 3 | 10 | 33 | 7 | 23 | 12 | 40 | 30 |
| 10. Kebersihan bahan | 1 | 3 | 0 | 0 | 13 | 43 | 13 | 43 | 3 | 10 | 30 |
| 11. Kemudahan layanan | 1 | 3 | 2 | 7 | 2 | 7 | 16 | 53 | 9 | 30 | 30 |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 2 | 7 | 3 | 10 | 2 | 7 | 7 | 23 | 16 | 53 | 30 |
| 13. Kejelasan informasi | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 | 23 | 10 | 33 | 12 | 40 | 30 |
| 14. Ketepatan informasi | 0 | 0 | 4 | 13 | 13 | 43 | 6 | 20 | 7 | 23 | 30 |
| 15. Kelengkapan informasi | 0 | 0 | 4 | 13 | 2 | 7 | 13 | 43 | 11 | 37 | 30 |
| 16. Kemudahan informasi diterima | 0 | 0 | 3 | 10 | 1 | 3 | 19 | 63 | 7 | 23 | 30 |
| 17. Prosedur layanan | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 | 17 | 23 | 77 | 1 | 3 | 30 |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 0 | 0 | 3 | 10 | 13 | 43 | 9 | 30 | 5 | 17 | 30 |
| 19. Ketrampilan perawat | 1 | 3 | 3 | 10 | 1 | 3 | 20 | 67 | 5 | 17 | 30 |
| 20. Ketepatan layanan | 1 | 3 | 2 | 7 | 3 | 10 | 15 | 50 | 9 | 30 | 30 |
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 | 23 | 11 | 37 | 11 | 37 | 30 |
| 22. Kecepatan layanan | 1 | 3 | 3 | 10 | 5 | 17 | 15 | 50 | 6 | 20 | 30 |
| 23. Bantuan perawat | 2 | 7 | 2 | 7 | 4 | 13 | 6 | 20 | 16 | 53 | 30 |
| 24. Usaha memahami keluhan | 2 | 7 | 3 | 10 | 10 | 33 | 10 | 33 | 5 | 17 | 30 |
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 1 | 3 | 5 | 17 | 2 | 7 | 17 | 57 | 5 | 17 | 30 |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 1 | 3 | 2 | 7 | 2 | 7 | 10 | 33 | 15 | 50 | 30 |
| 27. Keamanan pasien | 1 | 3 | 2 | 7 | 3 | 10 | 16 | 53 | 8 | 27 | 30 |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 1 | 3 | 2 | 7 | 2 | 7 | 10 | 33 | 15 | 50 | 30 |

| STATEMEN | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | n |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 2 | 7 | 2 | 7 | 4 | 13 | 9 | 30 | 13 | 43 | 30 |
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 1 | 3 | 3 | 10 | 8 | 27 | 15 | 50 | 3 | 10 | 30 |
| 31. Kesopanan perawat | 2 | 7 | 4 | 13 | 10 | 33 | 11 | 37 | 3 | 10 | 30 |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 1 | 3 | 3 | 10 | 5 | 17 | 17 | 57 | 4 | 13 | 30 |
| 33. Kenyamanan layanan | 1 | 3 | 3 | 10 | 3 | 10 | 8 | 27 | 15 | 50 | 30 |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 2 | 7 | 0 | 0 | 1 | 3 | 11 | 37 | 16 | 53 | 30 |
| 35. Kesesuaian layanan | 0 | 0 | 3 | 10 | 5 | 17 | 19 | 63 | 3 | 10 | 30 |
| 36. Kesesuaian obat | 2 | 7 | 3 | 10 | 3 | 10 | 17 | 57 | 5 | 17 | 30 |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 1 | 3 | 3 | 10 | 1 | 3 | 8 | 27 | 17 | 57 | 30 |
| 38. Layanan bebas resiko | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 13 | 13 | 43 | 12 | 40 | 30 |
| 39. Perlindungan yang baik | 2 | 7 | 1 | 3 | 11 | 37 | 10 | 33 | 6 | 20 | 30 |
| 40. Respon terhadap keluhan | 1 | 3 | 2 | 7 | 3 | 10 | 11 | 37 | 13 | 43 | 30 |
| 41. Perhatian perawat | 1 | 3 | 2 | 7 | 7 | 23 | 16 | 53 | 4 | 13 | 30 |
| 42. Kesungguhan perawat | 0 | 0 | 3 | 10 | 6 | 20 | 13 | 43 | 8 | 27 | 30 |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 1 | 3 | 1 | 3 | 6 | 20 | 7 | 23 | 15 | 50 | 30 |
| 44. Keterbukaan | 1 | 3 | 3 | 10 | 6 | 20 | 18 | 60 | 2 | 7 | 30 |
| 45. Keikhlasan | 0 | 0 | 2 | 7 | 7 | 23 | 14 | 47 | 7 | 23 | 30 |
| 46. Kesabaran | 1 | 3 | 3 | 10 | 7 | 23 | 11 | 37 | 8 | 27 | 30 |
| MEAN | 0.85 | 2.83 | 2.35 | 7.83 | 5.76 | 19.20 | 12.30 | 41.01 | 8.74 | 29.13 | 30.00 |

Keterangan:

1= Sangat tidak setuju

2= Tidak setuju

3= Ragu - ragu

4= Setuju

5= Sangat setuju

Berdasarkan tabel di atas maka dapat dideskripsikan bahwa distribusi jawaban responden meliputi 2,83 % menjawab sangat tidak setuju, 7,83% menjawab setuju; 19,20% ragu-ragu; 41,01% setuju dan 29,13% menjawab sangat setuju. Dengan demikian sebagian besar responden kelompok kasus menjawab setuju terhadap statemen kenyataan layanan keperawatan.

Tabel 10: Distribusi Frekuensi Harapan Responden Kelompok Kasus

| STATEMEN | FREKUENSI HARAPAN PASIEN PADA KELOMPOK KASUS | | | | | | | | | | n |
|--------------------------|----------------------------------------------|---|----|----|----|----|---|----|---|----|----|
| | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | |
| 1. Penampilan meyakinkan | 0 | 0 | 8 | 27 | 14 | 47 | 5 | 17 | 3 | 10 | 30 |
| 2. Penampilan rapih | 1 | 3 | 10 | 33 | 7 | 23 | 6 | 20 | 6 | 20 | 30 |
| 3. Timbang terima | 0 | 0 | 14 | 47 | 4 | 13 | 6 | 20 | 6 | 20 | 30 |

| STATEMEN | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | n |
|------------------------------------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|------|-------|
| 4. Pendidikan kesehatan | 0 | 0 | 7 | 23 | 7 | 23 | 8 | 27 | 8 | 27 | 30 |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 0 | 0 | 10 | 33 | 7 | 23 | 8 | 27 | 5 | 17 | 30 |
| 6. Kedisiplinan layanan | 0 | 0 | 9 | 30 | 15 | 50 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 7. Kelengkapan peralatan | 0 | 0 | 9 | 30 | 9 | 30 | 10 | 33 | 2 | 7 | 30 |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 0 | 0 | 3 | 10 | 15 | 50 | 11 | 37 | 1 | 3 | 30 |
| 9. Kebersihan peralatan | 1 | 3 | 7 | 23 | 6 | 20 | 14 | 47 | 2 | 7 | 30 |
| 10. Kebersihan bahan | 0 | 0 | 5 | 17 | 7 | 23 | 16 | 53 | 2 | 7 | 30 |
| 11. Kemudahan layanan | 0 | 0 | 6 | 20 | 7 | 23 | 15 | 50 | 2 | 7 | 30 |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 0 | 0 | 5 | 17 | 6 | 20 | 13 | 43 | 6 | 20 | 30 |
| 13. Kejelasan informasi | 0 | 0 | 6 | 20 | 10 | 33 | 14 | 47 | 0 | 0 | 30 |
| 14. Ketepatan informasi | 0 | 0 | 12 | 40 | 4 | 13 | 13 | 43 | 1 | 3 | 30 |
| 15. Kelengkapan informasi | 0 | 0 | 8 | 27 | 10 | 33 | 10 | 33 | 2 | 7 | 30 |
| 16. Kemudahan informasi diterima | 0 | 0 | 9 | 30 | 12 | 40 | 7 | 23 | 2 | 7 | 30 |
| 17. Prosedur layanan | 1 | 3 | 5 | 17 | 12 | 40 | 10 | 33 | 2 | 7 | 30 |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 0 | 0 | 7 | 23 | 11 | 37 | 7 | 23 | 5 | 17 | 30 |
| 19. Ketrampilan perawat | 0 | 0 | 10 | 33 | 6 | 20 | 12 | 40 | 2 | 7 | 30 |
| 20. Ketepatan layanan | 0 | 0 | 7 | 23 | 10 | 33 | 12 | 40 | 1 | 3 | 30 |
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 0 | 0 | 7 | 23 | 10 | 33 | 10 | 33 | 3 | 10 | 30 |
| 22. Kecepatan layanan | 1 | 3 | 9 | 30 | 1 | 3 | 15 | 50 | 4 | 13 | 30 |
| 23. Bantuan perawat | 0 | 0 | 3 | 10 | 11 | 37 | 10 | 33 | 6 | 20 | 30 |
| 24. Usaha memahami keluhan | 0 | 0 | 12 | 40 | 10 | 33 | 6 | 20 | 2 | 7 | 30 |
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 0 | 0 | 18 | 60 | 6 | 20 | 5 | 17 | 1 | 3 | 30 |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 0 | 0 | 16 | 53 | 7 | 23 | 5 | 17 | 2 | 7 | 30 |
| 27. Keamanan pasien | 0 | 0 | 13 | 43 | 9 | 30 | 7 | 23 | 1 | 3 | 30 |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 0 | 0 | 4 | 13 | 11 | 37 | 12 | 40 | 3 | 10 | 30 |
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 0 | 0 | 11 | 37 | 7 | 23 | 10 | 33 | 2 | 7 | 30 |
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 0 | 0 | 12 | 40 | 8 | 27 | 10 | 33 | 0 | 0 | 30 |
| 31. Kesopanan perawat | 1 | 3 | 12 | 40 | 10 | 33 | 5 | 17 | 2 | 7 | 30 |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 0 | 0 | 8 | 27 | 6 | 20 | 14 | 47 | 2 | 7 | 30 |
| 33. Kenyamanan layanan | 1 | 3 | 13 | 43 | 11 | 37 | 5 | 17 | 0 | 0 | 30 |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 0 | 0 | 6 | 20 | 6 | 20 | 10 | 33 | 8 | 27 | 30 |
| 35. Kesesuaian layanan | 0 | 0 | 15 | 50 | 9 | 30 | 4 | 13 | 2 | 7 | 30 |
| 36. Kesesuaian obat | 0 | 0 | 14 | 47 | 11 | 37 | 5 | 17 | 0 | 0 | 30 |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 0 | 0 | 8 | 27 | 5 | 17 | 17 | 57 | 0 | 0 | 30 |
| 38. Layanan bebas resiko | 0 | 0 | 8 | 27 | 9 | 30 | 12 | 40 | 1 | 3 | 30 |
| 39. Perlindungan yang baik | 0 | 0 | 6 | 20 | 9 | 30 | 12 | 40 | 3 | 10 | 30 |
| 40. Respon terhadap keluhan | 0 | 0 | 7 | 23 | 13 | 43 | 10 | 33 | 0 | 0 | 30 |
| 41. Perhatian perawat | 0 | 0 | 11 | 37 | 12 | 40 | 7 | 23 | 0 | 0 | 30 |
| 42. Kesungguhan perawat | 0 | 0 | 8 | 27 | 8 | 27 | 12 | 40 | 2 | 7 | 30 |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 0 | 0 | 12 | 40 | 12 | 40 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 44. Keterbukaan | 0 | 0 | 7 | 23 | 9 | 30 | 11 | 37 | 3 | 10 | 30 |
| 45. Keikhlasan | 0 | 0 | 6 | 20 | 14 | 47 | 9 | 30 | 1 | 3 | 30 |
| 46. Kesabaran | 0 | 0 | 6 | 20 | 14 | 47 | 10 | 33 | 0 | 0 | 30 |
| MEAN | 0.13 | 0.43 | 8.89 | 29.64 | 9.07 | 30.22 | 9.61 | 32.03 | 2.30 | 7.68 | 30.00 |

Keterangan:

- 1= Sangat tidak penting
- 2= Tidak penting
- 3= Biasa – biasa
- 4= Penting
- 5= Sangat penting

Berdasarkan tabel diatas maka dapat dideskripsikan bahwa distribusi jawaban responden berdistribusi meliputi 0,43% menjawab sangat tidak penting; 29,64% menjawab tidak penting; 30,22% biasa-biasa; 32,03% menjawab penting dan 7,68% sangat penting. Dengan demikian sebagian besar responden kelompok kasus menjawab penting terhadap statemen harapan pasien terhadap layanan keperawatan.

Tabel 11: Distribusi Frekwensi Jawaban Responden terhadap Kenyataan Pelayanan Keperawatan pada Kelompok Kontrol

| STATEMEN | FREKUENSI PERSEPSI PASIEN TERHADAP KENYATAAN LAYANAN KEPERAWATAN | | | | | | | | | | n |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | |
| 1. Penampilan meyakinkan | 0 | 0 | 5 | 17 | 8 | 27 | 9 | 30 | 8 | 27 | 30 |
| 2. Penampilan rapih | 2 | 7 | 5 | 17 | 9 | 30 | 11 | 37 | 3 | 10 | 30 |
| 3. Timbang terima | 2 | 7 | 7 | 23 | 10 | 33 | 10 | 33 | 1 | 3 | 30 |
| 4. Pendidikan kesehatan | 1 | 3 | 7 | 23 | 4 | 13 | 7 | 23 | 11 | 37 | 30 |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 0 | 0 | 5 | 17 | 9 | 30 | 10 | 33 | 6 | 20 | 30 |
| 6. Kedisiplinan layanan | 3 | 10 | 1 | 3 | 5 | 17 | 15 | 50 | 6 | 20 | 30 |
| 7. Kelengkapan peralatan | 1 | 3 | 0 | 0 | 6 | 20 | 12 | 40 | 11 | 37 | 30 |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 1 | 3 | 0 | 0 | 6 | 20 | 17 | 57 | 6 | 20 | 30 |
| 9. Kebersihan peralatan | 0 | 0 | 1 | 3 | 7 | 23 | 9 | 30 | 13 | 43 | 30 |
| 10. Kebersihan bahan | 2 | 7 | 0 | 0 | 11 | 37 | 11 | 37 | 6 | 20 | 30 |
| 11. Kemudahan layanan | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 21 | 70 | 8 | 27 | 30 |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 1 | 3 | 2 | 7 | 3 | 10 | 11 | 37 | 13 | 43 | 30 |
| 13. Kejelasan informasi | 3 | 10 | 0 | 0 | 5 | 17 | 8 | 27 | 14 | 47 | 30 |
| 14. Ketepatan informasi | 5 | 17 | 4 | 13 | 5 | 17 | 11 | 37 | 5 | 17 | 30 |
| 15. Kelengkapan informasi | 1 | 3 | 0 | 0 | 11 | 37 | 11 | 37 | 7 | 23 | 30 |
| 16. Kemudahan informasi diterima | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 13 | 43 | 15 | 50 | 30 |
| 17. Prosedur layanan | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 73 | 6 | 20 | 2 | 7 | 30 |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 43 | 10 | 33 | 7 | 23 | 30 |
| 19. Ketrampilan perawat | 3 | 10 | 4 | 13 | 7 | 23 | 11 | 37 | 5 | 17 | 30 |
| 20. Ketepatan layanan | 2 | 7 | 2 | 7 | 0 | 0 | 15 | 50 | 11 | 37 | 30 |
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 1 | 3 | 2 | 7 | 0 | 0 | 14 | 47 | 13 | 43 | 30 |
| 22. Kecepatan layanan | 1 | 3 | 5 | 17 | 1 | 3 | 15 | 50 | 8 | 27 | 30 |
| 23. Bantuan perawat | 0 | 0 | 7 | 23 | 7 | 23 | 5 | 17 | 11 | 37 | 30 |
| 24. Usaha memahami keluhan | 2 | 7 | 10 | 33 | 8 | 27 | 7 | 23 | 3 | 10 | 30 |

| STATEMEN | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | n |
|------------------------------------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 1 | 3 | 5 | 17 | 10 | 33 | 9 | 30 | 5 | 17 | 30 |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 0 | 0 | 7 | 23 | 4 | 13 | 5 | 17 | 14 | 47 | 30 |
| 27. Keamanan pasien | 3 | 10 | 6 | 20 | 7 | 23 | 9 | 30 | 5 | 17 | 30 |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 1 | 3 | 8 | 27 | 4 | 13 | 10 | 33 | 7 | 23 | 30 |
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 1 | 3 | 6 | 20 | 8 | 27 | 6 | 20 | 9 | 30 | 30 |
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 0 | 0 | 9 | 30 | 10 | 33 | 11 | 37 | 0 | 0 | 30 |
| 31. Kesopanan perawat | 0 | 0 | 8 | 27 | 12 | 40 | 8 | 27 | 2 | 7 | 30 |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 0 | 0 | 11 | 37 | 4 | 13 | 5 | 17 | 10 | 33 | 30 |
| 33. Kenyamanan layanan | 1 | 3 | 11 | 37 | 5 | 17 | 6 | 20 | 7 | 23 | 30 |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 0 | 0 | 9 | 30 | 7 | 23 | 6 | 20 | 8 | 27 | 30 |
| 35. Kesesuaian layanan | 1 | 3 | 8 | 27 | 4 | 13 | 10 | 33 | 7 | 23 | 30 |
| 36. Kesesuaian obat | 0 | 0 | 11 | 37 | 7 | 23 | 9 | 30 | 3 | 10 | 30 |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 0 | 0 | 10 | 33 | 8 | 27 | 9 | 30 | 3 | 10 | 30 |
| 38. Layanan bebas resiko | 0 | 0 | 11 | 37 | 3 | 10 | 7 | 23 | 9 | 30 | 30 |
| 39. Perlindungan yang baik | 0 | 0 | 9 | 30 | 8 | 27 | 7 | 23 | 6 | 20 | 30 |
| 40. Respon terhadap keluhan | 1 | 3 | 10 | 33 | 3 | 10 | 13 | 43 | 3 | 10 | 30 |
| 41. Perhatian perawat | 2 | 7 | 9 | 30 | 7 | 23 | 4 | 13 | 8 | 27 | 30 |
| 42. Kesungguhan perawat | 0 | 0 | 1 | 3 | 10 | 33 | 15 | 50 | 4 | 13 | 30 |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 0 | 0 | 6 | 20 | 11 | 37 | 8 | 27 | 5 | 17 | 30 |
| 44. Keterbukaan | 3 | 10 | 9 | 30 | 3 | 10 | 5 | 17 | 10 | 33 | 30 |
| 45. Keikhlasan | 0 | 0 | 8 | 27 | 8 | 27 | 9 | 30 | 5 | 17 | 30 |
| 46. Kesabaran | 1 | 3 | 0 | 0 | 6 | 20 | 16 | 53 | 7 | 23 | 30 |
| MEAN | 1.02 | 3.41 | 5.22 | 17.39 | 6.67 | 22.25 | 9.91 | 33.04 | 7.17 | 23.91 | 30.00 |

Keterangan:

1= Sangat tidak setuju

2= Tidak setuju

3= Ragu - ragu

4= Setuju

5= Sangat setuju

Berdasarkan tabel di atas dapat dideskripsikan bahwa 3,41% responden menjawab sangat tidak setuju; 17,39% tidak setuju; 22,25% ragu-ragu; 33,04% menjawab setuju dan 23,91% sangat setuju. Dengan demikian sebagian besar responden kelompok kontrol menjawab setuju terhadap statemen kenyataan layanan keperawatan yang diterimanya.

Tabel 12: Distribusi Frekuensi Harapan Responden
Kelompok Kontrol

| STATEMEN | FREKUENSI SKOR HARAPAN KELOMPOK KONTROL | | | | | | | | | | n |
|------------------------------------|--------------------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|---|----|----|
| | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | |
| 1. Penampilan meyakinkan | 0 | 0 | 8 | 27 | 11 | 37 | 11 | 37 | 0 | 0 | 30 |
| 2. Penampilan rapih | 0 | 0 | 5 | 17 | 6 | 20 | 13 | 43 | 6 | 20 | 30 |
| 3. Timbang terima | 0 | 0 | 10 | 33 | 6 | 20 | 13 | 43 | 1 | 3 | 30 |
| 4. Pendidikan kesehatan | 0 | 0 | 8 | 27 | 3 | 10 | 14 | 47 | 5 | 17 | 30 |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 1 | 3 | 8 | 27 | 3 | 10 | 18 | 60 | 0 | 0 | 30 |
| 6. Kedisiplinan layanan | 0 | 0 | 5 | 17 | 9 | 30 | 16 | 53 | 0 | 0 | 30 |
| 7. Kelengkapan peralatan | 0 | 0 | 13 | 43 | 4 | 13 | 12 | 40 | 1 | 3 | 30 |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 1 | 3 | 7 | 23 | 5 | 17 | 17 | 57 | 0 | 0 | 30 |
| 9. Kebersihan peralatan | 1 | 3 | 11 | 37 | 0 | 0 | 17 | 57 | 1 | 3 | 30 |
| 10. Kebersihan bahan | 0 | 0 | 5 | 17 | 5 | 17 | 16 | 53 | 4 | 13 | 30 |
| 11. Kemudahan layanan | 0 | 0 | 6 | 20 | 6 | 20 | 17 | 57 | 1 | 3 | 30 |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 0 | 0 | 10 | 33 | 2 | 7 | 9 | 30 | 9 | 30 | 30 |
| 13. Kejelasan informasi | 0 | 0 | 5 | 17 | 6 | 20 | 16 | 53 | 3 | 10 | 30 |
| 14. Ketepatan informasi | 1 | 3 | 7 | 23 | 5 | 17 | 10 | 33 | 7 | 23 | 30 |
| 15. Kelengkapan informasi | 0 | 0 | 10 | 33 | 8 | 27 | 12 | 40 | 0 | 0 | 30 |
| 16. Kemudahan informasi diterima | 1 | 3 | 6 | 20 | 7 | 23 | 16 | 53 | 0 | 0 | 30 |
| 17. Prosedur layanan | 0 | 0 | 9 | 30 | 8 | 27 | 12 | 40 | 1 | 3 | 30 |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 0 | 0 | 10 | 33 | 7 | 23 | 13 | 43 | 0 | 0 | 30 |
| 19. Ketrampilan perawat | 0 | 0 | 7 | 23 | 3 | 10 | 12 | 40 | 8 | 27 | 30 |
| 20. Ketepatan layanan | 0 | 0 | 8 | 27 | 8 | 27 | 13 | 43 | 1 | 3 | 30 |
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 0 | 0 | 5 | 17 | 9 | 30 | 15 | 50 | 1 | 3 | 30 |
| 22. Kecepatan layanan | 1 | 3 | 10 | 33 | 6 | 20 | 4 | 13 | 9 | 30 | 30 |
| 23. Bantuan perawat | 0 | 0 | 5 | 17 | 7 | 23 | 12 | 40 | 6 | 20 | 30 |
| 24. Usaha memahami keluhan | 0 | 0 | 8 | 27 | 9 | 30 | 9 | 30 | 4 | 13 | 30 |
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 0 | 0 | 19 | 63 | 6 | 20 | 5 | 17 | 0 | 0 | 30 |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 0 | 0 | 14 | 47 | 7 | 23 | 6 | 20 | 3 | 10 | 30 |
| 27. Keamanan pasien | 0 | 0 | 12 | 40 | 11 | 37 | 6 | 20 | 1 | 3 | 30 |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 0 | 0 | 6 | 20 | 10 | 33 | 8 | 27 | 6 | 20 | 30 |
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 1 | 3 | 12 | 40 | 6 | 20 | 5 | 17 | 6 | 20 | 30 |
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 0 | 0 | 12 | 40 | 8 | 27 | 9 | 30 | 1 | 3 | 30 |
| 31. Kesopanan perawat | 1 | 3 | 11 | 37 | 10 | 33 | 8 | 27 | 0 | 0 | 30 |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 0 | 0 | 10 | 33 | 5 | 17 | 10 | 33 | 5 | 17 | 30 |
| 33. Kenyamanan layanan | 0 | 0 | 14 | 47 | 10 | 33 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 0 | 0 | 15 | 50 | 9 | 30 | 5 | 17 | 1 | 3 | 30 |
| 35. Kesesuaian layanan | 2 | 7 | 6 | 20 | 8 | 27 | 7 | 23 | 7 | 23 | 30 |
| 36. Kesesuaian obat | 0 | 0 | 14 | 47 | 9 | 30 | 6 | 20 | 1 | 3 | 30 |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 0 | 0 | 14 | 47 | 10 | 33 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 38. Layanan bebas resiko | 1 | 3 | 9 | 30 | 9 | 30 | 5 | 17 | 6 | 20 | 30 |
| 39. Perlindungan yang baik | 1 | 3 | 10 | 33 | 8 | 27 | 2 | 7 | 9 | 30 | 30 |
| 40. Respon terhadap keluhan | 1 | 3 | 16 | 53 | 7 | 23 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 41. Perhatian perawat | 0 | 0 | 13 | 43 | 11 | 37 | 6 | 20 | 0 | 0 | 30 |
| 42. Kesungguhan perawat | 0 | 0 | 16 | 53 | 9 | 30 | 4 | 13 | 1 | 3 | 30 |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 0 | 0 | 12 | 40 | 13 | 43 | 5 | 17 | 0 | 0 | 30 |

| STATEMEN | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | n |
|-----------------|------|------|------|-------|------|-------|-------|-------|------|------|-------|
| 44. Keterbukaan | 0 | 0 | 8 | 27 | 10 | 33 | 5 | 17 | 7 | 23 | 30 |
| 45. Keikhlasan | 0 | 0 | 2 | 7 | 7 | 23 | 14 | 47 | 7 | 23 | 30 |
| 46. Kesabaran | 1 | 3 | 3 | 10 | 7 | 23 | 11 | 37 | 8 | 27 | 30 |
| MEAN | 0.30 | 1.01 | 9.43 | 31.45 | 7.24 | 24.13 | 10.04 | 33.48 | 2.98 | 9.93 | 30.00 |

Keterangan:

1= Sangat tidak penting

2= Tidak penting

3=Biasa – biasa

4= Penting

5= Sangat penting

Berdasarkan tabel di atas maka dapat dideskripsikan bahwa distribusi harapan kelompok Kontrol terhadap layanan keperawatan meliputi 1,01% menganggap sangat tidak penting; 31,45% tidak penting; 24,13% biasa-biasa; 33,48% menjawab penting dan 9,93% menjawab sangat penting. Dengan demikian sebagian besar responden kelompok kontrol menjawab penting terhadap statemen harapan.

D. Kepuasan Pasien

1. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensinya Pada Kelompok Kasus

a. Dimensi Tangible

Tabel 13: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Tangible

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 1. Penampilan meyakinkan | 111 | 93 | 119 % | Puas |
| 2. Penampilan rapih | 106 | 96 | 110 % | Puas |
| 3. Timbang terima | 107 | 94 | 114 % | Puas |
| 4. Pendidikan kesehatan | 116 | 107 | 108 % | Puas |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 118 | 98 | 120 % | Puas |
| 6. Kedisiplinan layanan | 119 | 87 | 137 % | Puas |
| 7. Kelengkapan peralatan | 126 | 95 | 133 % | Puas |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 113 | 100 | 113 % | Puas |
| 9. Kebersihan peralatan | 120 | 99 | 121 % | Puas |
| 10. Kebersihan bahan | 107 | 105 | 102 % | Puas |
| MEAN | 114 | 97 | 118 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas dapat diinterpretasikan bahwa tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan $> 100\%$, yang berarti pasien merasa puas dan berdasarkan rata – rata tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan pasien pada kelompok kasus $> 100\%$, yang berarti pasien puas terhadap dimensi *tangible* layanan keperawatan.

b. Dimensi Reliability

Tabel 14: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Reliability

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|-----------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 11. Kemudahan layanan | 120 | 103 | 117 % | Puas |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 122 | 110 | 111 % | Puas |
| 13. Kejelasan informasi | 123 | 98 | 126 % | Puas |
| 14. Ketepatan informasi | 106 | 93 | 114 % | Puas |
| 15. Kelengkapan informasi | 121 | 96 | 126 % | Puas |
| 16. Kemudahan informasi diterima | 120 | 92 | 130 % | Puas |
| 17. Prosedur layanan | 114 | 97 | 118 % | Puas |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 106 | 100 | 106 % | Puas |
| 19. Ketrampilan perawat | 115 | 96 | 120 % | Puas |
| 20. Ketepatan layanan | 119 | 97 | 123 % | Puas |
| MEAN | 117 | 98 | 119 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas bahwa semua tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan $> 100\%$ yang berarti pasien merasa puas dan berdasarkan rata – rata tingkat kesesuaian $> 100\%$, yang berarti pasien puas terhadap dimensi *Reliability* layanan keperawatan.

c. Dimensi Responsiveness

Tabel 15: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Responsiveness

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|---------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 122 | 99 | 123 % | Puas |
| 22. Kecepatan layanan | 112 | 102 | 110 % | Puas |
| 23. Bantuan perawat | 123 | 109 | 113 % | Puas |
| 24. Usaha memahami keluhan | 103 | 88 | 117 % | Puas |
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 110 | 79 | 139 % | Puas |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 126 | 82 | 154 % | Puas |
| MEAN | 116 | 93 | 126 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas dapat diinterpretasikan bahwa semua tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan pasien > 100 % (puas) dan berdasarkan rata – rata tingkat kesesuaian > 100 %, yang berarti pasien puas terhadap dimensi *responsiveness*.

c. Dimensi Assurance

Tabel 16: Distribusi Kepuasan Berdasarkan Dimensi Assurance

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|------------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 27. Keamanan pasien | 118 | 86 | 137 % | Puas |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 126 | 104 | 121 % | Puas |
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 119 | 93 | 128 % | Puas |
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 106 | 88 | 120 % | Puas |
| 31. Kesopanan perawat | 99 | 85 | 116 % | Puas |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 110 | 100 | 110 % | Puas |
| 33. Kenyamanan layanan | 126 | 80 | 158 % | Puas |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 129 | 110 | 117 % | Puas |
| 35. Kesesuaian layanan | 112 | 83 | 135 % | Puas |
| 36. Kesesuaian obat | 110 | 81 | 136 % | Puas |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 127 | 99 | 128 % | Puas |
| 38. Layanan bebas resiko | 126 | 96 | 131 % | Puas |
| 39. Perlindungan yang baik | 107 | 102 | 105 % | Puas |
| MEAN | 117 | 93 | 126 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas dapat diinterpretasikan bahwa semua tingkat kesesuaian antara kenyataan layanan keperawatan dan harapan pasien > 100 % (puas) dan berdasarkan rata – rata tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan pasien pada kelompok kasus > 100 %, yang berarti pasien merasa puas terhadap dimensi *assurance*.

d. Dimensi Emphaty

Tabel 17: Distribusi Kepuasan Berdasarkan Dimensi Emphaty

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|----------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 40. Respon terhadap keluhan | 123 | 93 | 132 % | Puas |
| 41. Perhatian perawat | 110 | 86 | 128 % | Puas |
| 42. Kesungguhan perawat | 116 | 98 | 118 % | Puas |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 124 | 84 | 148 % | Puas |
| 44. Keterbukaan | 107 | 100 | 107 % | Puas |
| 45. Keikhlasan | 116 | 95 | 122 % | Puas |
| 46. Kesabaran | 112 | 94 | 119 % | Puas |
| MEAN | 115 | 93 | 125 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas dapat diinterpretasikan bahwa semua tingkat kesesuaian antara persepsi dan harapan pasien $> 100\%$ (puas) dan berdasarkan rata – rata tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan pasien pada kelompok kasus $> 100\%$, yang berarti pasien merasa puas terhadap dimensi *emphaty*.

2. Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensinya (Kontrol)

a. Dimensi Tangible

Tabel 18: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Tangible

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|------------------------------|-----|-----|-------|-----------|
| 1. Penampilan meyakinkan | 110 | 93 | 118 % | Puas |
| 2. Penampilan rapih | 98 | 110 | 89 % | TidakPuas |
| 3. Timbang terima | 91 | 94 | 97 % | TidakPuas |
| 4. Pendidikan kesehatan | 110 | 106 | 104 % | Puas |
| 5. Kemampuan mengatasi kasus | 107 | 98 | 109 % | Puas |
| 6. Kedisiplinan layanan | 110 | 101 | 109 % | Puas |
| 7. Kelengkapan peralatan | 122 | 91 | 134 % | Puas |
| 8. Kesiapan peralatan/bahan | 117 | 98 | 119 % | Puas |
| 9. Kebersihan peralatan | 124 | 96 | 129 % | Puas |
| 10. Kebersihan bahan | 109 | 109 | 100 % | Puas |
| MEAN | 110 | 100 | 111 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas rata – rata tingkat kesesuaian kenyataan dan harapan $> 100\%$ maka dapat diinterpretasikan bahwa pasien kelompok kontrol puas terhadap dimensi *tangible*. Namun demikian terdapat tingkat kesesuaian $< 100\%$ (tidak puas) yaitu tidak puas terhadap kerapihan perawat dan tentang timbang terima.

b. Dimensi Reliability

Tabel 19: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Reliability

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|-----------------------------------|-----|-----|-------|------------|
| 11. Kemudahan layanan | 126 | 103 | 122 % | Puas |
| 12. Informasi yang harus dipatuhi | 123 | 107 | 115 % | Puas |
| 13. Kejelasan informasi | 120 | 107 | 112 % | Puas |
| 14. Ketepatan informasi | 97 | 105 | 92 % | Tidak Puas |
| 15. Kelengkapan informasi | 113 | 92 | 123 % | Puas |

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|----------------------------------|-----|-----|-------|------------|
| 16. Kemudahan informasi diterima | 131 | 98 | 134 % | Puas |
| 17. Prosedur layanan | 120 | 95 | 126 % | Puas |
| 18. Kecepatan penerimaan pasien | 114 | 93 | 123 % | Puas |
| 19. Ketrampilan perawat | 101 | 111 | 91 % | Tidak Puas |
| 20. Ketepatan layanan | 121 | 97 | 125 % | Puas |
| MEAN | 117 | 101 | 116 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas bahwa rata – rata tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan adalah $116 \% > 100 \%$ yang berarti responden kelompok kontrol merasa puas terhadap dimensi *reliability*. Selain hal tersebut terdapat ketidakpuasan pasien terhadap statemen 14 yaitu tentang ketepatan penyampaian informasi dan statemen 19 yaitu tentang ketrampilan perawat.

b. Dimensi Responsiveness

Tabel 20: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Responsiveness

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|---------------------------------|-----|-----|-------|------------|
| 21. Kemampuan untuk tanggap | 126 | 102 | 124 % | Puas |
| 22. Kecepatan layanan | 114 | 100 | 114 % | Puas |
| 23. Bantuan perawat | 110 | 109 | 101 % | Puas |
| 24. Usaha memahami keluhan | 89 | 99 | 90 % | Tidak Puas |
| 25. Usaha memenuhi kebutuhan | 102 | 76 | 134 % | Puas |
| 26. Pemahaman terhadap perasaan | 116 | 88 | 132 % | Puas |
| MEAN | 110 | 96 | 116 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas bahwa rata – rata tingkat kesesuaian kenyataan dan harapan pasien adalah $116 \% > 100 \%$ yang berarti pasien kelompok kontrol merasa puas terhadap dimensi *responsiveness*, namun demikian terdapat ketidakpuasan pasien tentang usaha perawat untuk memahami keluhan pasien.

c. Dimensi Assurance

Tabel 21: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Assurance

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|------------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 27. Keamanan pasien | 97 | 86 | 113 % | Puas |
| 28. Kesesuaian layanan dgn standar | 104 | 104 | 100 % | Puas |
| 29. Kepercayaan terhadap layanan | 106 | 92 | 115 % | Puas |

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|------------------------------------|-----|-----|-------|------|
| 30. Kepercayaan terhadap kejujuran | 92 | 89 | 103 % | Puas |
| 31. Kesopanan perawat | 94 | 85 | 111 % | Puas |
| 32. Layanan mengurangi kecemasan | 104 | 100 | 104 % | Puas |
| 33. Kenyamanan layanan | 97 | 82 | 118 % | Puas |
| 34. Kepercayaan layanan yang tepat | 103 | 82 | 126 % | Puas |
| 35. Kesesuaian layanan | 104 | 101 | 103 % | Puas |
| 36. Kesesuaian obat | 94 | 84 | 112 % | Puas |
| 37. Kedisiplinan pemberian obat | 95 | 82 | 116 % | Puas |
| 38. Layanan bebas resiko | 104 | 96 | 108 % | Puas |
| 39. Perlindungan yang baik | 100 | 98 | 102 % | Puas |
| MEAN | 110 | 91 | 110 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas bahwa rata – rata tingkat kesesuaian persepsi pasien terhadap pelaksanaan layanan keperawatan dan harapan pasien adalah $110 \% > 100 \%$ yang berarti bahwa pasien kelompok kontrol merasa puas terhadap dimensi *assurance* layanan keperawatan yang diterimanya.

d. Dimensi *emphaty*

Tabel 22: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi *Emphaty*

| STATEMEN | K | H | TK | KET |
|----------------------------------|-----|-----|-------|------------|
| 40. Respon terhadap keluhan | 97 | 78 | 124 % | Puas |
| 41. Perhatian perawat | 97 | 83 | 117 % | Puas |
| 42. Kesungguhan perawat | 112 | 80 | 140 % | Puas |
| 43. Kesiediaan mendengar keluhan | 102 | 83 | 123 % | Puas |
| 44. Keterbukaan | 100 | 101 | 99 % | Tidak Puas |
| 45. Keikhlasan | 101 | 81 | 125 % | Puas |
| 46. Kesabaran | 118 | 94 | 126 % | Puas |
| MEAN | 104 | 86 | 122 % | Puas |

Berdasarkan tabel di atas bahwa rata – rata tingkat kesesuaian kenyataan dan harapan adalah $122\% > 100\%$ yang berarti pasien kelompok kontrol puas terhadap dimensi *emphaty* layanan keperawatan yang diterimanya. Namun demikian terdapat ketidakpuasan pasien tentang keterbukaan sikap perawat.

3. Kepuasan Pasien Secara Umum Terhadap Layanan Keperawatan

a. Kelompok Kasus

Tabel 23: Distribusi Kepuasan Pasien Secara Umum Pada Kelompok Kasus

| RESPONDEN | KENYATAAN | HARAPAN | TINGKAT KESESUAIAN | KET |
|-----------|-----------|---------|--------------------|------|
| 1 | 187 | 156 | 120 % | PUAS |
| 2 | 185 | 149 | 124 % | PUAS |
| 3 | 180 | 136 | 132 % | PUAS |
| 4 | 177 | 141 | 126 % | PUAS |
| 5 | 173 | 141 | 123 % | PUAS |
| 6 | 178 | 146 | 122 % | PUAS |
| 7 | 183 | 131 | 140 % | PUAS |
| 8 | 186 | 152 | 122 % | PUAS |
| 9 | 174 | 150 | 116 % | PUAS |
| 10 | 164 | 138 | 119 % | PUAS |
| 11 | 159 | 139 | 114 % | PUAS |
| 12 | 158 | 141 | 112 % | PUAS |
| 13 | 148 | 140 | 106 % | PUAS |
| 14 | 161 | 140 | 115 % | PUAS |
| 15 | 168 | 153 | 110 % | PUAS |
| 16 | 170 | 139 | 122 % | PUAS |
| 17 | 178 | 145 | 123 % | PUAS |
| 18 | 169 | 136 | 124 % | PUAS |
| 19 | 172 | 143 | 120 % | PUAS |
| 20 | 191 | 148 | 129 % | PUAS |
| 21 | 185 | 137 | 135 % | PUAS |
| 22 | 188 | 146 | 129 % | PUAS |
| 23 | 189 | 144 | 131 % | PUAS |
| 24 | 196 | 153 | 128 % | PUAS |
| 25 | 190 | 164 | 116 % | PUAS |
| 26 | 188 | 147 | 128 % | PUAS |
| 27 | 179 | 153 | 117 % | PUAS |
| 28 | 185 | 148 | 125 % | PUAS |
| 29 | 177 | 160 | 111 % | PUAS |
| 30 | 190 | 156 | 122 % | PUAS |
| MEAN | 178 | 146 | 122 % | PUAS |

Berdasarkan tabel distribusi diatas menunjukkan bahwa rata – rata tingkat kesesuaian antara persepsi pasien terhadap pelaksanaan layanan perawatan dan harapan pasien adalah 122 % > 100 %. Berdasarkan hal tersebut maka dapat diinterpretasikan bahwa pasien

pada kelompok kasus merasa puas terhadap semua dimensi layanan keperawatan yang diterimanya.

b. Kelompok Kontrol.

Tabel 24: Distribusi Kepuasan Pasien Secara Umum Pada Kelompok Kontrol

| RESPONDEN | KENYATAAN | HARAPAN | TINGKAT KESESUAIAN | KET |
|-----------|-----------|---------|--------------------|------------|
| 1 | 139 | 144 | 97 % | TIDAK PUAS |
| 2 | 169 | 146 | 116 % | PUAS |
| 3 | 163 | 164 | 99 % | TIDAK PUAS |
| 4 | 167 | 145 | 115 % | PUAS |
| 5 | 160 | 137 | 117 % | PUAS |
| 6 | 167 | 152 | 110 % | PUAS |
| 7 | 166 | 144 | 115 % | PUAS |
| 8 | 166 | 149 | 111 % | PUAS |
| 9 | 168 | 148 | 114 % | PUAS |
| 10 | 170 | 144 | 118 % | PUAS |
| 11 | 175 | 133 | 132 % | PUAS |
| 12 | 154 | 157 | 98 % | TIDAK PUAS |
| 13 | 159 | 137 | 116 % | PUAS |
| 14 | 189 | 138 | 137 % | PUAS |
| 15 | 163 | 138 | 118 % | PUAS |
| 16 | 157 | 159 | 99 % | TIDAK PUAS |
| 17 | 162 | 142 | 114 % | PUAS |
| 18 | 172 | 143 | 120 % | PUAS |
| 19 | 173 | 137 | 126 % | PUAS |
| 20 | 165 | 142 | 116 % | PUAS |
| 21 | 169 | 145 | 117 % | PUAS |
| 22 | 161 | 145 | 111 % | PUAS |
| 23 | 172 | 132 | 130 % | PUAS |
| 24 | 153 | 158 | 97 % | TIDAK PUAS |
| 25 | 168 | 151 | 111 % | PUAS |
| 26 | 162 | 143 | 113 % | PUAS |
| 27 | 163 | 139 | 117 % | PUAS |
| 28 | 166 | 144 | 115 % | PUAS |
| 29 | 156 | 161 | 97 % | TIDAK PUAS |
| 30 | 168 | 142 | 118 % | PUAS |
| MEAN | 165 | 145 | 114 % | PUAS |

Berdasarkan tabel distribusi diatas bahwa rata-rata tingkat kesesuaian persepsi pasien kelompok kontrol terhadap pelaksanaan layanan keperawatan adalah 114 % > 100 % yang berarti pasien

kelompok kontrol merasa puas terhadap semua dimensi layanan keperawatan yang diterimanya. Meskipun demikian diantara kepuasan pasien tersebut terdapat 6 orang pasien (20 %) memiliki tingkat kesesuaian lebih kecil dari 100% (tidak puas) dan 24 pasien (80%) lainnya memiliki skor lebih besar dari 100% yang berarti merasa puas terhadap layanan keperawatan yang diterimanya.

4. Kepuasan Berdasarkan Karakteristik Pasien

a. Kelompok Kasus

Tabel 25: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien Berdasarkan Umur Pasien

| UMUR | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|-----------------|----------|-----|------------|---|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | N | % | n | % | n | % |
| 18 – 45 tahun | 18 | 100 | 0 | 0 | 18 | 100 |
| Diatas 45 tahun | 12 | 100 | 0 | 0 | 12 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa semua pasien yang berumur 18 – 45 tahun dan yang berumur diatas 45 tahun 100 % merasa puas terhadap layanan keperawatan. Dengan demikian semua pasien pada kelompok kasus berdasarkan karakteristik umur merasa puas terhadap layanan keperawatan.

Tabel 26: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien Berdasarkan Tingkat Pendidikan

| TINGKAT PENDIDIKAN | KEPUASAN | | | | TOTAL | |
|--------------------|----------|-----|------------|---|-------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| TDK TAMAT SD | 2 | 100 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| SD | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| SMP | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| SMA | 5 | 100 | 0 | 0 | 5 | 100 |
| PT | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa semua pasien yang tidak tamat SD, berpendidikan SD, SMP, SLTA dan PT 100 % merasa

puas. Dengan demikian semua pasien pada kelompok kasus berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan merasa puas.

Tabel 27: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Latar Belakang Pekerjaan

| PEKERJAAN | KEPUASAN | | | | TOTAL | |
|----------------------|----------|-----|------------|---|-------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | N | % | | |
| PNS & Pegawai Swasta | 6 | 100 | 0 | 0 | 6 | 100 |
| Wiraswasta | 8 | 100 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| Tani/buruh | 11 | 100 | 0 | 0 | 11 | 100 |
| Tidak bekerja | 5 | 100 | 0 | 0 | 5 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa semua pasien PNS & swasta, wiraswasta, tani/buruh dan pasien yang tidak bekerja 100 % merasa puas. Dengan demikian semua pasien pada kelompok kasus berdasarkan latar belakang pendidikan merasa puas.

Tabel 28: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien berdasarkan Kelas Perawatan

| KELAS PERAWATAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|-----------------|----------|-----|------------|---|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Kelas I | 5 | 100 | 0 | 0 | 5 | 100 |
| Kelas II | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| Kelas III | 15 | 100 | 0 | 0 | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa semua pasien kelas I, kelas II dan kelas III 100 % merasa puas. Dengan demikian pasien kelompok kasus berdasarkan karakteristik kelas perawatan semuanya merasa puas.

Tabel 29: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Lamanya Hari Perawatan

| HARI PERAWATAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|----------------|----------|-----|------------|---|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| 3 – 7 hari | 20 | 100 | 0 | 0 | 20 | 100 |
| > 7 hari | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa semua pasien yang dirawat dengan hari perawatan antara 3 – 7 hari dan yang lebih dari 7 hari 100 % merasa puas. Dengan demikian pasien kelompok kasus berdasarkan karakteristik lamanya hari perawatan semuanya merasa puas terhadap layanan keperawatan yang diterimanya.

Tabel 30: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Asal Rujukan

| ASAL RUJUKAN | KEPUASAN | | | | TOTAL | |
|----------------|----------|-----|------------|---|-------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Puskesmas | 11 | 100 | 0 | 0 | 11 | 100 |
| RS. Swasta | 2 | 100 | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Dokter | 4 | 100 | 0 | 0 | 4 | 100 |
| Datang sendiri | 13 | 100 | 0 | 0 | 13 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa semua pasien yang dirujuk dari Puskesmas, RS Swasta, dokter ataupun pasien yang datang sendiri 100 % merasa puas. Dengan demikian dapat diinterpretasikan bahwa pasien kelompok kasus berdasarkan latar belakang rujukan semuanya merasa puas terhadap layanan keperawatan.

b. Kelompok Kontrol

Tabel 31: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien berdasarkan Umur

| UMUR | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|-----------------|----------|----|------------|----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 18 – 45 TAHUN | 15 | 75 | 5 | 25 | 20 | 100 |
| Diatas 45 tahun | 9 | 90 | 1 | 10 | 10 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa 75 % pasien yang berumur antara 18 – 45 tahun merasa puas dan 25 % pasien lainnya tidak puas, 90 % pasien berusia di atas 45 tahun merasa puas dan 10 % pasien lainnya merasa puas. Dengan demikian pasien berusia

di atas lebih dari 45 tahun memiliki kepuasan yang lebih baik dari pada pasien yang berusia lebih muda.

Tabel 32: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien berdasarkan Tingkat Pendidikan

| TINGKAT PENDIDIKAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|--------------------|----------|-----|------------|-----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| TDK TAMAT SD | 4 | 100 | 0 | 0 | 4 | 100 |
| SD | 9 | 100 | 0 | 0 | 9 | 100 |
| SLTP | 8 | 80 | 2 | 20 | 10 | 100 |
| SLTA | 3 | 50 | 3 | 50 | 6 | 100 |
| PT | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi tersebut di atas bahwa 100 % pasien yang tidak tamat SD dan yang berpendidikan SD semuanya merasa puas, 80 % pasien berpendidikan SLTP merasa puas dan 20 % pasien lainnya merasa tidak puas, 50 % pasien berpendidikan SLTA merasa puas dan 50 % lainnya tidak puas serta 100 % pasien dengan pendidikan Perguruan Tinggi merasa puas. Dengan demikian sebagian besar pasien yang berpendidikan lebih rendah memiliki kepuasan yang lebih baik.

Tabel 33: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Latar Belakang Pekerjaan

| JENIS PEKERJAAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|----------------------|----------|-----|------------|----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| PNS & Pegawai Swasta | 2 | 40 | 3 | 60 | 5 | 100 |
| Wiraswasta | 7 | 78 | 2 | 22 | 9 | 100 |
| Tani/buruh | 13 | 100 | 0 | 0 | 13 | 100 |
| Tidak bekerja | 2 | 67 | 1 | 33 | 3 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa 40 % pasien dengan latar belakang pekerjaan PNS & pegawai swasta merasa puas dan 60 % tidak puas, 78 % pasien wiraswasta merasa puas dan 22% tidak puas, 100 % pasien yang petani / buruh merasa puas, 67 % pasien

yang tidak bekerja merasa puas dan 33 % tiudak puas. Dengan demikian petani memiliki kepuasan yang lebih baik terhadap layanan keperawatan pada kelompok kontrol.

Tabel 34: Distribusi Frekwensi Kepuasan Pasien Berdasarkan Kelas Perawatan

| KELAS PERAWATAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|-----------------|----------|----|------------|----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Kelas I | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 |
| Kelas II | 7 | 70 | 3 | 30 | 10 | 100 |
| Kelas III | 14 | 93 | 1 | 7 | 15 | 100 |

Berdasarkan tabel distribusi di atas bahwa 60 % pasien kelas I merasa puas dan 40 % tidak puas, 70 % pasien kelas II merasa puas dan 30 % tidak puas, 93 % pasien kelas III puas dan 7 % tidak puas. Dengan demikian pasien kelas III memiliki kepuasan yang lebih baik disbanding kelas II dan kelas I.

Tabel 35: Distribusi Kepuasan Pasien Berdasarkan Hari Perawatan

| LAMA PERAWATAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|----------------|----------|----|------------|----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| 3 – 7 hari | 17 | 85 | 3 | 15 | 20 | 100 |
| > 7 hari | 7 | 70 | 3 | 30 | 10 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa 85 % pasien dengan lama perawatan 3 – 7 hari merasa puas dan 15 % tidak puas, 70 % pasien dengan lama perawatan lebih dari 7 hari merasa puas dan 30 % tidak puas. Dengan demikian pasien yang dirawat 3 – 7 hari memiliki kepuasan yang lebih baik.

Tabel 36: Distribusi Kepuasan Pasien berdasarkan Asal Rujukan

| ASAL RUJUKAN | KEPUASAN | | | | JUMLAH | |
|----------------|----------|----|------------|-----|--------|-----|
| | PUAS | | TIDAK PUAS | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Puskesmas | 6 | 86 | 1 | 14 | 7 | 100 |
| RS. Swasta | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 |
| Dokter | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| Datang sendiri | 15 | 88 | 2 | 12 | 17 | 100 |

Berdasarkan tabel di atas bahwa 86 % pasien rujukan dari Puskesmas puas dan 14 % lainnya tidak puas, 60 % pasien rujukan RS swasta puas dan 40 % tidak puas, 100 % pasien rujukan dokter tidak puas, 88 % pasien yang datang sendiri puas dan 12 % lainnya tidak puas. Berdasarkan hal tersebut dapat diinterpretasikan bahwa terdapat pasien yang dirawat karena datang sendiri memiliki kepuasan yang lebih baik.

E. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada Kelompok Kasus dan Kontrol

Tabel 37: Perhitungan Statistik Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol

| Pair | CASE-CONTROL | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|------|--------------|--------------------|----------------|-----------------|-------------------------------------------|---------|-------|----|-----------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| 1 | | 8.2333 | 12.9606 | 2.3663 | 3.3938 | 13.0729 | 3.479 | 29 | .002 |

Interpretasi:

1. Apabila probabilitas (angka sig) < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti terdapat perbedaan kedua variable yang diuji.

2. Berdasarkan table statistik di atas dapat diketahui bahwa t hitung=3.479; dan probabilitas $p = 0.002$ sementara t tabel adalah 2.04. Oleh karena itu t hitung $>$ t tabel dan $p=0.002 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti terdapat perbedaan tingkat kepuasan antara kelompok kasus dan kelompok kontrol.

F. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien pada Kelompok Kasus dan Kelompok Kontrol berdasarkan Dimensi Kepuasan

Tabel 38: Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Berdasarkan Dimensinya

| DIMENSI | MEAN | STD DEVIASI | STD ERROR MEAN | t | Sig (2-tailed) |
|------------------------------------|---------|-------------|----------------|-------|----------------|
| TANGGIBLE 1 TANGGIBLE 2 | 6.9000 | 11.9299 | 3.7726 | 1.829 | .001 |
| RELIABILITY 1 RELIABILITY 2 | 2.8000 | 14.3975 | 4.5529 | .615 | .554 |
| RESPONSIVENESS1 RESPONSIVENESS2 | 10.1667 | 12.4807 | 5.0952 | 1.995 | .003 |
| ASSURANCE1 ASSURANCE2 | 16.2308 | 13.1476 | 3.6465 | 4.451 | .001 |
| EMPHATY 1 EMPHATY 2 | 2.8571 | 15.0491 | 5.6880 | 0.502 | .633 |

Berdasarkan table di atas dapat diketahui nilai t hitung untuk dimensi *tangible* yaitu 1.829, dimensi *reliability* 0,615, dimensi *responsiveness* 1,915, dimensi *assurance* 4,451 dan dimensi *emphaty* 0,502. Selain itu juga diketahui probabilitas (angka sig) untuk dimensi *tangible* 0,001, dimensi *reliability* 0,554, dimensi *responsiveness* 0,003, dimensi *assurance* 0,001 dan dimensi *emphaty* 0,633. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa:

1. Nilai p pada dimensi *tangible* $0,001 < 0,05$ sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *tangible*.
2. Nilai p pada dimensi *reliability* $0,554 > 0,05$ maka dapat diinterpretasikan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *reliability*.
3. Nilai p pada dimensi *responsiveness* $0,003 < 0,05$ sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *responsiveness*.
4. Nilai p pada dimensi *assurance* $0,001 > 0,05$ sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *assurance*.
5. Nilai p pada dimensi *emphaty* $0,633 > 0,05$ sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *emphaty*.

G. Bentuk dan Penyebab Ketidakpuasan Pasien

1. Ketidakpuasan yang terjadi menurut keterangan pasien

Untuk menganalisis bentuk dan penyebab ketidakpuasan pasien, peneliti melakukan wawancara mendalam terhadap 6 pasien yang memiliki tingkat kepuasan lebih rendah dibanding dengan pasien lain pada kelompok kontrol. Berdasarkan hasil wawancara mendalam tersebut dapat dikelompokkan dalam bentuk dan penyebab ketidakpuasan pasien, ciri-ciri perawat yang dikeluhkan dan saran pasien yang seharusnya dilakukan perawat. Dalam penelitian ini tidak semua pasien mau berterus terang apa adanya, tetapi ada juga yang lantang

menyampaikan keluhan melalui pengisian form, menjelaskan dalam wawancara atau bahkan ada yang mengadu ke dokter.

Dalam proses pengumpulan data ada yang tertulis dan ada juga yang baru bisa digali saat wawancara. Jawaban yang hampir sama peneliti kelompokkan dalam satu pengertian, dan kutipan yang peneliti tuliskan tidaklah semuanya lengkap atau persis seperti hasil wawancara.

a. Masalah yang menimbulkan perasaan kurang puas selama dirawat

Berdasarkan uraian pasien terdapat masalah yang bersifat umum akan tetapi lebih banyak yang spesifik seperti tentang kurangnya kecepatan layanan, kurangnya keteraturan kontrol, kurangnya sikap ramah, ketidakrusterangan informasi perawat, yang sebagian diterjemahkan oleh pasien sebagai bentuk ketidakjujuran perawat (antara yang diucapkan atau yang dijanjikan dengan kenyataan yang diterima tidak sesuai sehingga harapan pasien tidak terpenuhi).

1) Masalah yang bersifat umum

Masalah beban kerja perawat yang tinggi merupakan gejala yang ditemukan di RSUD Gunung Jati Cirebon sebagaimana Rumah Sakit Umum Daerah lainnya. Tingginya beban kerja ini kadang menyebabkan kurang pekanya kepedulian perawat terhadap permasalahan yang dialami klien, sebagaimana di bawah ini:

"...disaat rasa sakit saya kambuh keluarga melapor tapi tampaknya perawat sibuk dengan pekerjaannya masing-masing..." (Informan no. 4)

*"...pokoknya pelayanan masih harus diperbaiki..."
(Informan no. 2)*

Di sini perawat tidak berespon dengan baik karena beban kerja perawat yang tinggi sehingga tidak dapat hadir sesuai waktu yang diinginkan pasien.

2) Keramahan perawat

Keramahan perawat merupakan problem yang masih dirasakan oleh sebagian pasien sebagaimana keluhan di bawah ini:

"...ada pasien yang kasar kepada perawat lalu membuat perawat itu kesal dan ganti berlaku kasar.."

(Informan no.6)

"...kalau masuk ruangan pasien mukanya pada cemberut..."

(Informan no.5)

"...perawat marah dan cuek pada pasien yang dirawatnya..."

(Informan no. 2)

"...sewaktu pasien sebelah bertanya kenapa obatnya diberikan tidak tepat waktu dijawab perawat, bukan anda saja yang kami layani..." (Informan no. 3)

Bentuk ketidakramahan perawat bisa dalam wujud sikap dan perlakuan langsung perawat terhadap pasien atau pasien sebelahnya yang ikut menyinggung sesama perasaan pasien atau perlakuan tidak langsung.

3) Kecepatan layanan

Kecepatan layanan merupakan salah satu penyebab sehingga pasien menyampaikan keluhan, karena hal ini juga merupakan ukuran mutu layanan yang dapat memuaskan pasien.

"...perawat terlambat memberikan obat saat keluarga kami memanggilnya karena saya kesakitan..."(Informan no. 3)

"...minggu malam perut saya melilit, perawat baru datang dipanggilan ketiga..." (Informan no.1)

4) Pemberian informasi dan kejujuran perawat

Seperti telah kami uraikan di atas, pemberian informasi yang kurang adekwat dalam kuesioner kepuasan pasien sering diartikan oleh pasien sebagai perawat tidak menepati janji sebagaimana yang diungkapkan dibawah ini:

"...saya sedih dan kecewa katanya saya akan dioperasi kemarin ternyata ditunda karena tensi saya masih tinggi, padahal saya tidak menderita darah tinggi, apa mungkin karena saya pasien gratis..." (Informan no. 4)

*"...katanya saya akan didahulukan untuk diganti balutannya kenyataan malah satu jam kemudian baru diganti..."
(Informan no. 2)*

Dari pernyataan di atas terlihat bahwa terdapat kesenjangan komunikasi yang dapat menimbulkan perasaan kurang puas sekaligus pasien dapat menilai perawat kurang informatif atau kurang jujur menyampaikan kendala layanan.

5) Kesungguhan layanan perawat

Beberapa pasien mengeluhkan tentang kesungguhan perawat dalam memperhatikan pasiennya sebagaimana pernyataan di bawah ini.

"...saya berkali-kali minta obat sariawan sepertinya perawat kurang yakin dengan keluhan saya dan baru beberapa hari kemudian saya diberi resep diluar tanggungan askes..." (Informan no. 3)

*"...datang sekedar melihat, tanpa diperiksa disuruh minum obat saja padahal perut saya memang sakit sekali..."
(Informan no. 1)*

*"...semua keperluan obat disuruh cari sendiri oleh perawat..."
(Informan no. 4)*

Berdasarkan ungkapan di atas sebagian perawat ada yang mengabaikan keluhan/panggilan pasien selain menumbuhkan kekecewaan juga pasien mempersepsikan bahwa perawat tidak sungguh – sungguh dalam memberikan layanan keperawatan kepada pasien.

6) Keteraturan layanan perawat

Keteraturan perawat mengontrol kondisi pasien atau ruang rawat tempat perawat bertugas merupakan hal yang masih menjadi harapan bagi pasien untuk dipenuhi oleh perawat sebagaimana respon pasien di bawah ini:

“...perawat kurang mengontrol kondisi pasien dan bak mandi...” (Informan no. 6)

“...sprei juga sudah kotor tadi pagi terkena tumpahan sayur harusnya diganti...” (Informan no. 2)

“...perawat kurang mengontrol kondisi pasien dan bak mandi...” (Informan no. 6)

“...sprei juga sudah kotor tadi pagi terkena tumpahan sayur harusnya diganti...” (Informan no. 2)

Dari pernyataan di atas pasien tidak sekedar merespon tentang pelayanan keperawatan pada dirinya tetapi juga mencakup aspek lingkungan atau penunjang keperawatan yang dianggap sebagai bagian tugas seorang perawat.

7) Keterampilan perawat

Keterampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memberikan jaminan (assurance) dan keamanan (safety) terhadap kondisi pasien, sebagaimana ungkapan pasien ini:

“...waktu pasang infus rasanya sakit sekali, sampai diulang 2 kali sehingga saya takut dan kesakitan...”
(Informan no. 3)

8) Ketekunan perawat

Menurut pasien masih terdapat perawat yang tidak melaksanakan tugasnya dengan tekun dan menyerahkan pada orang lain, seharusnya merupakan tanggung jawabnya. Meskipun mahasiswa keperawatan yang sedang praktik masih dalam proses belajar akan tetapi dimata pasien merupakan perawat yang sedang bertugas sehingga pasien mempersepsikan bahwa perawat kurang tekun, sebagaimana diungkapkan sebagai berikut:

"...kadang – kadang hanya menyuruh adik – adik mahasiswa akper untuk membersihkan dan merawat luka..."
(Informan no.5)

9) Wibawa / penampilan perawat

Sebagian pasien mempersepsikan penampilan / kewibawaan perawat kurang sebagaimana tersirat di bawah ini:

"...perawatnya kurang senyum dan pakaiannya tidak rapih..."
(Informan no. 6)

b. Ciri-ciri perawat yang dikeluhkan

Ketidakpuasan pasien bisa terjadi hanya karena kekecewaan terhadap seorang ataupun kelompok perawat yang memberikan layanan kepadanya. Tidak semua pasien mau berterus terang tentang bentuk keluhan, siapa yang membuatnya merasa kurang puas dan kapan waktunya. Dari sekian macam keluhan dapat dibagi dalam dua golongan yaitu 1) kelompok yang berterus terang dan 2) kelompok yang tidak berterus terang.

1) Responden yang berterus terang

Ternyata ada pasien yang berani menyebut nama atau ciri - ciri perawat yang telah membuatnya kurang puas sebagaimana tersebut di bawah ini:

"...si D yang tampak kurus, kulit agak hitam dan usia sekitar 30 an..." (Informan no. 4)

"...ibu yang agak gemuk, rambutnya pendek dan bibimya agak tebal..." (Informan no. 2)

"...laki-laki, rambut pendek, kumisnya tebal..." (Informan 1)

"...rambut sebau, kulit kuning, agak kurus..." (Informan 3)

Dari pernyataan pasien di atas memerlukan identifikasi lebih lanjut misalnya dengan menanyakan ke kepala ruangan karena ada kemungkinan ciri-ciri perawat tersebut di atas dimiliki oleh lebih dari satu orang perawat.

2) Responden yang tidak berterus terang

Sebagian kecil pasien termasuk pada kelompok yang tidak berterus terang terhadap ketidakpuasannya, sebagaimana tersebut di bawah ini:

"...tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang jelas ada..." (Informan no. 5)

"...tidak usah disebutkan karena saya tidak berharap yang bersangkutan berubah sikapnya, sebag manusia itu punya kelebihan dan kekurangan..." (Informan no. 6)

"...tidak, karena saya kurang memperhatikan ciri-cirinya..." (Informan no. 5)

c. Saran pasien

Untuk dapat meningkatkan kepuasan pasien di kelompok kontrol hendaknya :

- 1) Perawat jangan sibuk dengan pekerjaannya masing-masing tapi perhatikan keluhan pasien jika memang kurang perawatnya ditambah lagi saja.
- 2) Perawat harus memperbaiki pelayanannya.
- 3) Perawat harus ramah dan dekat dengan pasien kalau perlu banyak senyum
- 4) Kalau perawat ada masalah dengan pasien hendaknya jangan diluapkan ke pasiennya tapi dibicarakan dengan perawat lagi
- 5) Bila pasien membutuhkan bantuan sebaiknya perawat cepat datang, biar pasiennya tenang
- 6) Perawat jangan membedakan pelayanan karena pasiennya gratis
- 7) Perawat harus lebih bersungguh – sungguh dalam memberikan layanan.
- 8) Perawat harus sering mengontrol kondisi pasien terutama infus kalau malam hari
- 9) Perawat yang menangani pasien mestinya yang memang benar-benar terampil.
- 10) Penampilan perawat juga mempengaruhi keyakinan pasien

2. Ketidakpuasan pasien menurut versi perawat

Ada tiga orang perawat yang teridentifikasi paling mirip dengan ciri-ciri yang disebutkan pasien yaitu dua perawat honorer dan satu perawat berstatus PNS. Dari hasil ringkasan wawancara mendalam maka dapat diperoleh informasi bahwa satu orang perawat (Perawat A)

mengaku ada benturan dengan pasien, satu perawat (Perawat B) merasa ragu dengan yang dimaksudkan pasien mengingat keyakinannya bahwa pasien kurang tepat menyebut waktu dirinya dinas dan satu perawat (Perawat C) tidak ingat dengan kejadian yang menyebabkan ketidakpuasan pasien karena pasien memang banyak yang mengeluh nyeri karena penyakitnya.

Perawat A mengakui adanya kesalahpahaman dengan pasien serta intonasi bahasanya yang agak keras. Perawat B mempersepsikan bahwa pasien yang berusia muda kadang memang kelewat kritis sampai yang tidak bermasalahpun dipermasalahkan. Perawat C merasa bahwa pasien berumur 47 tahun (wiraswasta) yang mengeluh sakit perut kurang mendapat tanggapan semestinya itu ditanyakan pada perawat X yang waktu itu bertugas, kejadiannya malam hari sedangkan perawat C merasa pada saat itu dirinya sedang dinas pagi. Sedangkan perawat X yang akan dimintai keterangan berhalangan untuk ditemui karena sedang libur lepas malam. Perawat C memang menjumpai 2 pasien yang mengeluh nyeri tapi bukan nyeri perut melainkan pada daerah frakturnya.

Respon perawat terhadap keluhan / masalah pasien adalah sebagai berikut:

- a. Menanggapi tentang beban kerjanya, perawat A menyampaikan kalau untuk operasional perawatan langsung selama ini masih tertangani, keluhan pasien tentang perhatian perawat itu wajar karena memang sering kali pasien mengeluh kami juga sedang menangani pasien lain. Perawat B berpendapat pasien juga selain menuntut hendaknya memahami kalau perawat tidak langsung memenuhi panggilannya yang berarti sedang sibuk, kalau sedang santai pasti perawat juga

- akan datang saat itu juga. Perawat C mengungkapkan memang beban perawat di sini cukup tinggi sehingga pendokumentasian askep sering terlantar.
- b. Menanggapi tentang keramahan yang seharusnya dimiliki perawat, Perawat A. mengungkapkan "sifat perawat berbeda – beda begitu pula pasien oleh karena itu selain perawat berusaha pasien juga harus memahami". Perawat B mengungkapkan "Keramahan memang sepertinya hal yang sepele tapi kadang perawat memang suka melupakannya karena konsentrasi ke pekerjaannya". Perawat C berpendapat "keramahan merupakan sifat reflektif yang kadang bisa berubah-ubah sesuai kondisi tapi pasien memang bukan merupakan objek tapi juga saubjek pelayanan perawatan yang punya hati dan perasaan".
- c. Menanggapi kecepatan layanan yang dipermasalahkan pasien perawat A. berpendapat " Kalau yang dimaksud kecepatan pelaksanaan prast / tindakan keperawatan sebenarnya kebanyakan perawat cepat". Perawat B, " Lamanya pasien mendapatkan layanan keperawatan biasanya disebabkan menunggu giliran, kami tidak memberikan layanan berdasarkan urutan keluhan". Perawat C, "Pasien memang harus bersabar menunggu giliran tindakan karena tenaga keperawatan dan peralatan memang terbatas".
- d. Menanggapi tentang kejujuran perawat yang dipermasalahkan oleh pasien, Perawat A. mengungkapkan " Perawat disini semuanya jujur dan belum ada kasus yang merugikan pasien". Perawat B., "Kejadian perawat kata-katanya tidak sesuai dengan kenyataan banyak faktor yang mempengaruhi, jadi bukan kesengajaan tapi biasanya juga karena factor kondisi pasien. Perawat C, "Pasien itu kadang memang

- tidak tahu mengapa kenyataan tidak sesuai dengan yang dikatakan perawat, yang jelas karena ada factor X yang bisa datang dari pasien sendiri maupun dari perawat atau yang terkait dengan perawatan”.
- e. Menanggapi tentang kesungguhan perawat dalam memberikan pelayanan yang dikeluhkan pasien, Perawat A, "Setahu saya perawat yang bekerja di sini sebagian besar bersungguh – sungguh dalam bekerja". Perawat B, "Terdapat kesenjangan pengetahuan antara perawat dan pasien, kalau perawat tanpa memeriksa berarti dia memang sudah tahu nyeri dari keluhannya maka tidak salah kalau perawat menganjurkan pasien minum analgetik. Perawat C, "Sistem pengobatan di sini memang bukan system sentralisasi sehingga untuk kepentingan obat pasien harus membeli dan menyimpan sendiri”.
- f. Menanggapi keteraturan layanan yang permasalahan oleh pasien perawat A mengungkapkan "Sebenarnya aktifitas pelayanan di sini terjadwal, aneh kalau pasien memperlakukan". Perawat B, " Di ruang ini pengobatan sesuai dengan waktunya, begitu pula ganti balutan memang seperti infus habis kadang memang tahunya dari pasien". Perawat C, "Di luar jadwal asuhan memang ada kecenderungan mengetahui keluhan dari laporan pasien bukan karena perawat mengontrol pasien, hendaknya untuk mempermudah ada fasilitas bel di tiap tempat tidur pasien”.
- g. Menanggapi ketrampilan perawat yang dikeluhkan pasien, Perawat A mengungkapkan, "Keberhasilan tindakan perawatan itu dipengaruhi oleh berbagai faktor bisa karena faktor perawatnya bisa juga karena kondisi pasiennya". Perawat B, " Memasang infus pada pasien yang

- terlalu gemuk atau yang venanya keras memang bukan hal yang mudah". Perawat C, "Rata-rata perawat di sini ahli dan berpengalaman, ada kemungkinan yang memasang infus gagal itu mahasiswa yang sedang praktek".
- h. Menanggapi tentang ketekunan perawat yang dipermasalahkan pasien, Perawat A mengungkapkan, "kalau perawat mendelegasikan pekerjaan ke teman sejawat bukan berarti perawat tidak tekun, mendelegasikan juka kan lihat – lihat orangnya". Perawat B, " Untuk melakukan pekerjaan tertentu kadang kita memang cukup hanya menyuruh mahasiswa Akper yang sedang praktek". Perawat C, " Sepengetahuan saya perawat di sini tidak ada yang melalaikan tugas kok, kalau toh itu mahasiswa yang melakukan tetap yang bersangkutan ada dalam kontrol perawat".
- i. Menanggapi terdapat penampilan perawat yang dikomentari oleh pasien, Perawat A mengungkapkan, " Ya, perawat itu memang ada yang berpenampilan rapih dan kadang ada yang kurang rapih". Perawat B, "Pengertian rapih sendiri relatif tergantung orang yang mempersikakan, selama itu tidak mengganggu pelayanan saya kira tidak masalah". Perawat C, " Penampilan perawat itu memang bermacam – macam, ada yang kumisan, ada yang rambutnya pendek, ada yang panjang, bajunya ada yang baru, ada yang lama yang tentunya pasien akan memberikan penilaian berbeda.
- j. Menanggapi saran pasien untuk perawat pada umumnya perawat menerima dengan terbuka demi kebaikan pelayanan keperawatan yang bisa diterima dan memuaskan pasien.

3. Keterangan kepala ruangan

Berdasarkan keterangan kepala ruangan pasien di ruangan rawat yang dipimpinnya memiliki karakteristik yang berbeda - beda sehingga banyak faktor yang mempengaruhi pasien itu puas atau tidak puas. Pasien yang puas tidak pernah menyampaikan rasa puasnya tetapi pasien yang tidak puas cenderung menyampaikan rasa tidakpuasnya. Begitu pula perawat di ruang ini memiliki berbagai karakteristik yang berbeda yang tentunya memiliki kelebihan dan kekurangan. Memang diakui bahwa upaya peningkatan layanan keperawatan masih terus harus dibenahi terutama masalah SDMnya.

Menanggapi masalah ketidakpuasan pasien kepala ruangan mengungkapkan sebagaimana tertulis di bawah ini:

- a. Menanggapi masalah beban kerja perawat kepala ruangan mengungkapkan, "kekurangan tenaga perawat merupakan masalah yang klasik bagi rumah sakit daerah oleh karena itu optimalisasi kinerja selalu digalakan, namun demikian SDM perawat memang menjadi perhatian khusus bagi manajemen rumah sakit untuk dipenuhi secara bertahap.
- b. Menanggapi pasien yang mempermasalahkan keramahan perawat, kepala ruangan mengungkapkan, "Perawat dengan berbagai karakteristiknya memang ada yang ramah dan mungkin juga memang ada yang kurang ramah, tapi yang jelas kami punya perhatian khusus tentang hal ini karena ini kebutuhan pasien.
- c. Menanggapi masalah kecepatan layanan yang dikeluhkan pasien, kepala ruang mengungkapkan, "Keterbatasan SDM dan peralatan dapat mempengaruhi kecepatan layanan, selain itu aktivitas dan

kreativitas tenaga perawat juga mempengaruhi kecepatan dan akurasi layanan keperawatan.

- d. Menanggapi kejujuran perawat yang dikomentari pasien, kepala ruangan mengungkapkan, "Perawat di sini sebenarnya jujur, tidak tepatnya apa yang dikatakan disebabkan karena faktor lain, perawat menyampaikan informasi yang benar pada saat itu tapi karena kondisinya tidak memungkinkan kami putuskan untuk ditunda operasi pasien yang bersangkutan.
- e. Menanggapi kesungguhan perawat dalam memberikan layanan yang dipermasalahkan pasien, kepala ruangan mengungkapkan, "sebenarnya terlalu berlebihan kalau disebut sebagi tidak bersungguh-sungguh dalam memberikan pelayanan, yang menjadi permasalahan pasien itu unik kadang persepsinya aneh satu sama lain berbeda. Kita memang tidak mengelola obat pasien, pasien cari obat sendiri dan disimpan di pasien".
- f. Menanggapi keteraturan layanan perawat, kepala ruang mengungkapkan, "Rutinitas perawatan di sini teratur waktunya, pengobatan juga sesuai jadwal. Kadang kebutuhan perawatan insidental memang menjadi masalah dan kenyataan perawat dinas malam tidak jaga sepenuhnya / tidur, kadang memang infus habis atau ada yang punya keluhan tidak mengetahui".
- g. Menanggapi tentang ketrampilan perawat yang dikeluhkan, kepala ruangan mengungkapkan, "ketrampilan perawat memang berbeda-beda sesuai dengan pengalaman dan latar belakang pendidikannya, akan tetapi yang namanya kendala pasti ada. Perawat yang dikeluhkan pasien gagal memasang infus biasanya trampil dan ia perawat senior".

- h. Menanggapi komentar pasien tentang ketekunan perawat kepala ruangan mengungkapkan, “ Kebanyakan perawat melaksanakan tugas dengan tekun, serah terima wewenang itu hal yang wajar dan karena ini rumah sakit pendidikan maka mahasiswa praktekpun mempunyai peran yang membantu pelayanan”.
- i. Menanggapi penampilan perawat yang dikomentari pasien, kepala ruangan mengungkapkan, “Penampilan perawat pada umumnya sebenarnya tidak bermasalah karena ruangan mewajibkan berpakaian seragam, hanya saja kadang memang ada perawat yang mengenakan pakaian seragam lama dan tentang sifat perawat tentunya bervariasi.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Tingkat Kepuasan Pasien

Banyak faktor yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien, diantaranya adalah karakteristik responden seperti umur, latar belakang pekerjaan, tingkat pendidikan, kelas perawatan, lamanya hari perawatan dan asal rujukan pasien. Menurut Wijono (1999) ada tiga tingkat kepuasan yaitu bila penampilan kurang dari harapan maka pasien tidak puas, bila penampilan sebanding dengan harapan maka pasien puas dan bila penampilan melebihi harapan maka pasien sangat puas.²⁷ Berkaitan dengan hal tersebut dalam penelitian ini kepuasan pasien dikategorikan dalam bentuk puas apabila penampilan melebihi harapan dan tidak puas apabila penampilan tidak memenuhi harapan.

1. Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Kelompok Kasus

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kasus bahwa sebagian besar pasien mempersepsikan bahwa pelaksanaan layanan keperawatan yang diterimanya baik (41%) dan sebagian besar pasien menganggap bahwa pelayanan yang diterimanya sesuai statemen adalah penting (32,03%). Berdasarkan hasil penelitian pasien merasa puas terhadap semua layanan berdasarkan statemen penelitian. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelaksanaan layanan keperawatan memiliki skor 178 dan harapan 146 sehingga TK 122 % yang berarti rata-rata pasien mempersepsikan bahwa kenyataan layanan keperawatan melebihi harapan pasien sehingga pasien merasa puas terhadap semua dimensi

layanan keperawatan yang diterimanya. Hal tersebut mengandung pengertian juga bahwa pasien pada kelompok kasus merasa puas terhadap asuhan keperawatan dengan Implementasi MPKP.

a. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensinya

Berdasarkan hasil penelitian bahwa kepuasan pasien tiap dimensi diperoleh hasil bahwa berdasarkan dimensi *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty* semua pasien merasa puas. Hal ini berarti bahwa layanan keperawatan dengan Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional memberikan kontribusi positif terhadap dimensi *tangible* dengan bukti pasien memberikan penilaian bahwa perawat berpenampilan meyakinkan, rapih, memberikan pendidikan kesehatan dengan baik, pasien mempersepsikan perawat mampu mengatasi kasus dengan baik, perawat berdisiplin, peralatan memadai dan lain-lain. Implementasi MPKP juga memberikan kontribusi pada dimensi *reliability* dengan bukti pasien memberikan penilaian bahwa layanan keperawatan mudah didapatkan, informasi adekwat, prosedur layanan tidak berbelit-belit perawat memberikan layanan dengan ketrampilan yang baik dan lain-lain. Begitu pula MPKP memberikan kontribusi terhadap dimensi *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty* sehingga pasien memiliki kepuasan terhadap layanan yang diterimanya. Hal tersebut disebabkan karena layanan dengan implementasi model Praktek Keperawatan Profesional dikembangkan melalui pendekatan manajemen (*Management Approach*), hubungan profesional (*Profesional Relationships*), Nilai – nilai profesional (*Professional Values*), kompensasi dan penghargaan (*Compensation and Rewards*) dan system pemberian asuhan pasien (*Patient Care Delivery System*).¹⁹

b. Kepuasan Berdasarkan Karakteristik Pasien

1) Kepuasan berdasarkan karakteristik umur

Pada penelitian ini secara proporsi diperoleh hasil bahwa pasien pada kelompok kasus berdasarkan karakteristik umur semuanya baik yang berusia 18 – 45 tahun ataupun diatas 45 tahun merasa puas terhadap layanan keperawatan.

2) Kepuasan berdasarkan tingkat pendidikan pasien

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pada kelompok kasus semua pasien yang berpendidikan tidak tamat SD, SD, SMP, SMA dan Perguruan Tinggi merasa puas terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi MPKP.

3) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pada kelompok kasus semua pasien baik PNS, Pegawai swasta, wiraswasta, tani/buruh maupun yang tidak bekerja merasa puas terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi MPKP.

4) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik kelas perawatan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pada kelompok kasus semua pasien yang dirawat baik di kelas I, II maupun kelas III merasa puas terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi MPKP

5) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik lamanya hari perawatan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pada kelompok kasus semua pasien dengan karakteristik lamanya hari perawatan baik yang dirawat antara 3 – 7 hari maupun lebih dari 7 hari merasa puas terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi MPKP.

6) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik rujukan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa pada kelompok kasus semua pasien baik yang dirujuk dari puskesmas, RS swasta,, dokter dan pasien yang datang sendiri semuanya merasa puas terhadap layanan keperawatan yang mendapat implementasi MPKP.

2. Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa pelaksanaan layanan keperawatan pada kelompok kontrol sebagian besar adalah baik (33 %) dan sebagian besar menganggap bahwa layanan keperawatan sebagaimana statemen adalah penting (34 %). Penelitian menunjukkan bahwa rata - rata skor pelaksanaan layanan keperawatan adalah 165 lebih besar dari harapan pasien (145) dengan demikian TK 114 % > 100 % hal ini berarti rata-rata pasien mempersepsikan bahwa kenyataan pemberian layanan keperawatan melebihi harapan pasien sehingga pasien merasa puas. Hal tersebut di atas juga mengandung pengertian bahwa rata – rata pasien pada kelompok kontrol merasa puas terhadap layanan keperawatan tanpa Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional. Namun demikian diantara pasien yang puas terdapat beberapa pasien yang merasa tidak puas terhadap layanan keperawatan.

a. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensinya

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kontrol, untuk dimensi *tangible* TK 111 % > 100 % yang berarti pasien puas, namun demikian terdapat ketidakpuasan pasien terhadap butir 2 yaitu dan 3, yang berarti pasien menilai perawat tidak berpenampilan rapih dan perawat tidak mengunjungi pasien atau tidak melakukan timbang terima ketika pergantian sift. Berdasarkan dimensi *reliability* dan

responsiveness pasien merasa puas dengan TK 116 % > 100% akan tetapi juga terdapat ketidakpuasan pasien terhadap statemen 14, 19 dan 24 yang berarti pasien mempersepsikan perawat bahwa informasi yang disampaikan seringkali kurang tepat/tidak sesuai kenyataan, pasien menilai keterampilan professional perawat dan usaha perawat untuk memahami keluhan pasien yang belum memenuhi harapannya. Berdasarkan dimensi *assurance* TK 110 % > 100 % yang berarti pasien puas. Berdasarkan dimensi *emphaty* TK 122 % > 100 % yang berarti rata – rata pasien puas, akan tetapi terdapat ketidakpuasan pasien terhadap butir ke 44 yang berarti pasien menilai keterbukaan sikap perawat yang belum memenuhi harapan pasien.

b. Kepuasan Pasien Berdasarkan Karakteristik Pasien

1) Kepuasan berdasarkan umur

Berdasarkan hasil penelitian terdapat pasien berusia 18 – 45 tahun 75 % merasa puas dan 25 % tidak puas sedangkan pasien yang berumur diatas 45 tahun 90 % puas dan 10 % tidak puas. Berdasarkan hal tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pasien yang berusia lebih tua berkecenderungan memiliki kepuasan yang lebih baik di banding dengan usia yang lebih muda. hal ini sesuai dengan pendapat Hall dan Dornan bahwa pasien yang lebih berusia tua cenderung lebih menerima dibandingkan dengan pasien muda, sementara dokter dan perawat lebih responsive terhadap pasien yang lebih tua.²⁸

Hasil penelitian Yusrizal (1998) juga menunjukkan bahwa usia tua memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien berusi lebih muda. Pasien usia muda lebih kritis dalam menilai kualitas pelayanan yang diterimanya.

2) Kepuasan berdasarkan tingkat pendidikan pasien

Berdasarkan hasil penelitian pasien dengan latar belakang lebih rendah memiliki kepuasan yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Haris Zuhri (1999) dimana pasien berpendidikan non Perguruan Tinggi lebih merasa puas dibanding dengan yang berpendidikan Perguruan Tinggi.²⁸ Sebagaimana yang diungkapkan Notoatmodjo (1998) menyatakan bahwa pasien yang tingkat pendidikannya lebih tinggi kemungkinan lebih mengerti dan lebih memahami tentang penyakit yang dideritanya. Kemungkinan juga karena memiliki kesadaran yang lebih baik.²⁹

3) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki pekerjaan petani berkecenderungan memiliki kepuasan yang lebih baik dibanding dengan pasien dengan latar belakang pekerjaan lain. Sebagian besar pasien dengan pekerjaan tetap (PNS/Pegawai swasta) tidak merasa puas (60 %). Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Cohen (1996) pada masyarakat Amerika yang menunjukkan adanya hubungan antara pekerjaan dan status sosial seseorang. Mereka yang bekerja pada kelompok yang dapat menaikkan status sosialnya akan merasa lebih puas terhadap pelayanan kesehatan.²⁸

Kelompok petani umumnya memiliki kepuasan yang lebih tinggi di banding dengan pekerjaan lain seperti PNS & pegawai swasta ataupun wiraswasta bahkan dari mereka yang tidak bekerja. Selain sifat petani yang umumnya sabar menghadapi tantangan kehidupan yang keras, dari cheking data diperoleh fakta bahwa

rata-rata pendidikan mereka juga lebih rendah yang cenderung memiliki kepuasan lebih tinggi. Hal ini sejalan dengan pendapat Thabrany H. cs. Dalam *Final Report Comprehensive Review on IPKM to Develop a More Sustainable Health Insurance Scheme* disebutkan bahwa petani merupakan kelompok penduduk yang memiliki status kesehatan terjelek dan memiliki probabilitas *unmet need* (kesulitan mengakses layanan kesehatan) yang lebih besar pula. Akibatnya mereka memiliki sikap lebih mampu menahan diri atau menerima keadaan apa adanya dari suatu pelayanan perawatan penyakitnya. Walaupun layanan yang diterimanya di bawah standar sekalipun, mungkin saja keadaan yang dirasakan masih lebih baik di bandingkan situasi sehari-hari di rumahnya.

Sebaliknya terjadi pada kelompok wiraswasta yang umumnya termasuk kelompok orang sibuk dan gaya hidupnya berbeda dengan petani. Selain itu umumnya mereka memang lebih berpendidikan dan mempunyai motto semacam *the time is money*. Jika layanan yang diterimanya kurang membuatnya puas tentu dikaitkan dengan perhitungannya bahwa semakin lama ia dirawat berarti semakin besar pengeluaran atau semakin kecil kesempatan menjalankan usahanya. Sifat-sifat seperti inilah yang diduga membuat mereka lebih kritis dan lebih muah tidak puas dibandingkan jenis pekerjaan lainnya.

Di kalangan mereka yang menjadi PNS atau pegawai swastapun angka ketidakpuasannya relatif besar pula. Hal itu disebabkan karena mereka lebih berpendidikan, lebih kritis dengan

realita layanan kesehatan yang diterimanya. Tuntutan / harapan mereka juga cenderung meningkat sebagai ungkapan karena merasa telah kehilangan waktu untuk bekerja dan telah membayar iuran askes.

Mereka yang tidak bekerja angka kepuasannya masih lebih tinggi di bandingkan dengan petani. Hal ini bisa terjadi karena sebagian dari mereka adalah pensiunan pegawai negeri yang cukup kritis atau telah banyak memiliki pengalaman mendapat dan mengetahui layanan keperawatan. Sebagian dari kelompok yang tidak bekerja adalah mereka yang masih menempuh pendidikan menengah ke atas sehingga relatif lebih kritis dibandingkan dengan petani yang rata-rata berpendidikan rendah.

Jika dibandingkan dengan penelitian Yusrizal (1998) hasilnya ternyata berbeda dimana penelitiannya menyimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan pasien dengan kepuasan pasien.

4) Kepuasan pasien berdasarkan kelas perawatan

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa pasien yang dirawat di kelas III memiliki kepuasan yang lebih baik disbanding dengan pasien yang dirawat di kelas II dan I. Hal ini dimungkinkan karena mereka yang dirawat di kelas lebih rendah memiliki kecenderungan berpendidikan lebih rendah dan memiliki tuntutan terhadap layanan keperawatan yang lebih rendah pula. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Haris Zuhri yaitu bahwa kenyataan menunjukkan bahwa mereka yang dirawat di kelas yang lebih tinggi cenderung memiliki rasa tidak puas yang lebih besar.²⁸ Perbedaan kelas menunjukkan perbedaan fasilitas.

Keadaan ini dapat mempermudah pasien memberikan penilaiannya, meskipun cara pemberian pelayanan selalu sama. Perbedaan fasilitas dapat memberikan penilaian kepuasan yang berbeda pula.

5) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik lamanya hari perawatan

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kontrol pasien yang telah dirawat 3 –7 hari memiliki kepuasan yang lebih baik. Hal ini dimungkinkan bahwa pada pasien dengan lama hari perawatan 3 – 7 hari masih dalam proses adaptasi dengan lingkungan baru di rumah sakit sehingga psikologis pasien dalam kondisi krisis karena penyakitnya dan stress akibat proses hospitalisasi sehingga kehadiran perawat yang bermaksud membantu mengatasi masalahnya dipersepsikan sangat berarti dan memuaskan. Hal ini sejalan dengan pendapat Wijono yang menyatakan bahwa salah satu factor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah pendekatan dan perilaku petugas serta pengawasan pasien terutama saat pertama kali datang atau kesan pada pelayanan pertama.²⁷ Hal tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian Yusrizal (1998) yang menyatakan bahwa lamanya hari perawatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Akan tetapi hal ini sesuai dengan hasil penelitian Haris Zuhri (1999) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan lama hari perawatan dengan kepuasan pasien.²⁸

6) Kepuasan pasien berdasarkan karakteristik rujukan

Berdasarkan hasil penelitian kelompok kontrol bahwa pasien yang dirawat dirumah sakit karena datang sendiri memiliki kepuasan yang lebih baik (88%) dibanding dengan pasien rujukan

Puskesmas, RS Swasta maupun rujukan Dokter. Kondisi ini dimungkinkan karena minat dan pengalaman mendapatkan layanan keperawatan yang memuaskan pasien yang datang sendiri. Hal ini sejalan dengan pendapat Tjiptono bahwa manfaat kepuasan pasien adalah memberi dasar yang baik bagi pembelian ulang jasa yang diberikan dan dapat mendorong terciptanya loyalitas pasien yang tidak terlepas dari fakta empiris bahwa pasien yang puas akan bercerita kepada teman, keluarga atau tetangganya sehingga mempengaruhi sikap dan keyakinan orang lain untuk mencoba membuktikannya.²⁶

B. Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Pada Kelompok Kasus Dan Kontrol

Berdasarkan analisis statistik dengan program SPSS menunjukkan bahwa terdapat perbedaan Mean / rata – rata tingkat kesesuaian antara kelompok kasus (122 %) dan kelompok kontrol (114 %). Dari data tersebut dapat diinterpretasikan bahwa rata – rata tingkat kepuasan pasien pada kelompok kasus lebih besar dari pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional pada kelompok kasus dapat berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

Berdasarkan perhitungan statistik antara kelompok kasus dan kontrol mempunyai memiliki korelasi sebesar 0,033 dan signifikan positif pada tingkat kepercayaan 95%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepuasan kelompok kontrol tidak terpisah sama sekali/ memiliki hubungan dengan tingkat kepuasan kelompok kasus.

Berdasarkan hasil uji t menunjukkan bahwa $p = 0,002 < 0,05$ hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus yang mendapat implementasi Model Praktek Keperawatan (MPKP)

dan kelompok kontrol yang tidak mendapat implementasi MPKP.

Selain itu juga dilakukan perhitungan uji t terhadap dimensi – dimensi pada kelompok kasus dan kontrol. Berdasarkan hasil perhitungan statistik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata – rata tingkat kepuasan antara dimensi *tangible* kelompok kasus (118 %) dan kelompok kontrol (111 %). Ini berarti bahwa kepuasan pasien pada dimensi *tangible* kelompok kasus lebih tinggi dari pada kelompok kontrol. Demikian juga untuk dimensi *reliability* (119% kasus, 116% kontrol), *responsiveness* (126%, 116% kasus), *assurance* (126% kasus, 110% kontrol) dan *emphaty* (125% kasus, 122% kontrol) masing - masing memiliki rata – rata tingkat kepuasan pasien pada kelompok kasus lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. Selain itu juga masing – masing dimensi (*tangible, reliability, responsiveness, assurance, emphaty*) kelompok kasus dan kontrol memiliki korelasi signifikan positif.

Hasil penelitian yang menunjukkan tidak adanya perbedaan tingkat kepuasan berdasarkan dimensi *reliability* dan *emphaty* pada kelompok kasus dan kontrol selain secara langsung dipengaruhi oleh kenyataan layanan keperawatan yang diterima dan harapan pasien juga dipengaruhi oleh faktor lain. Sebagaimana pendapat Notoatmodjo bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh perbedaan pendapat masyarakat, tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, agama dan suku bangsa sehingga dengan pelayanan yang sama dapat menghasilkan tingkat kepuasan yang berbeda begitu pula sebaliknya.²⁹

Berdasarkan hasil penelitian dimensi *tangible* terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien pada kelompok kasus yang mendapat implementasi MPKP dan pasien kelompok kontrol yang tidak mendapat implementasi MPKP hal ini disebabkan bahwa layanan keperawatan dengan MPKP lebih menekankan pada nilai - nilai professional sehingga perawat berpenampilan

lebih professional, meyakinkan, rapih, melakukan timbang terima, memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, kemampuan yang handal, kedisiplinan yang baik dan lain-lain. Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya perbedaan kepuasan berdasarkan dimensi *reliability*. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi MPKP di RSUD Gunung Jati Cirebon berdasarkan dimensi *reliability* belum mampu memberikan kontribusi positif untuk meningkatkan kepuasan pasien. Hal ini dapat disebabkan oleh adaptasi peran perawat dalam implementasi MPKP yang masih membutuhkan pematapan. Sehingga untuk mengoptimalkan pelaksanaan MPKP yang dapat meningkatkan kepuasan pasien hendaknya perawat dalam pelaksanaan MPKP perlu meningkatkan kemudahan akses layanan sesuai kebutuhan pasien, pemberian informasi yang adekwat, prosedur layanan yang efektif, kecepatan penerimaan pasien, ketrampilan professional dan ketepatan layanan. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan kepuasan pasien berdasarkan dimensi *responsiveness* hal ini disebabkan implementasi MPKP menekankan pada hubungan professional yaitu hubungan dengan teman sejawat, pasien dan profesi lain. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan kepuasan pasien berdasarkan dimensi *assurance* hal ini dikarenakan metode tim primer perawat memiliki pembagian tugas yang jelas sehingga lebih memungkinkan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Hasil penelitian tidak menunjukkan adanya perbedaan kepuasan pasien berdasarkan dimensi *emphaty*. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi MPKP di RSUD Gunung Jati Cirebon masih membutuhkan pematapan untuk meningkatkan dimensi *emphaty* yang meliputi peningkatan respon perawat terhadap keluhan pasien, perhatian perawat yang tidak membeda-bedakan, keterbukaan dan kesungguhan perawat dalam memberikan layanan.

Berdasarkan berbagai analisis hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna tingkat kepuasan pasien pada kelompok kasus (dengan imlementasi MPKP) dan kelompok kontrol (tanpa MPKP). Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata – rata tingkat kepuasan pasien yang mendapat implementasi MPKP lebih tinggi dari pada pasien yang tidak mendapat implementasi MPKP.

Keadaan ini sejalan dengan pendapat Nursalam (2002) bahwa keuntungan implementasi MPKP adalah pasien merasa puas karena merasa lebih dimanusiawikan.²¹ Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Ratna Sitorus (2000) yang menyatakan bahwa implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional dapat meningkatkan kepatuhan perawat terhadap standar Asuhan Keperawatan secara lebih bermakna. Hal ini dapat terjadi karena dengan ruang MPKP berbagai kegiatan yang mendukung terselenggaranya asuhan keperawatan berdasarkan standar. Dengan adanya SAK berbagai kasus penyakit serta adanya pelatihan untuk lebih memahami profesionalisme keperawatan, proses keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan serta metode tim primer dapat mempermudah bagi perawat untuk melakukan tugas sesuai dengan peran dan fungsi masing-masing. Persepsi pasien terhadap intervensi keperawatan juga mengalami peningkatan yang sangat bermakna setelah implementasi MPKP. Sitorus juga berpendapat bahwa dalam implementasi MPKP perawat berusaha untuk melaksanakan tugas sesuai dengan pedoman MPKP.²² Peningkatan yang sangat bermakna ini sesuai dengan teori MPKP (Hoffart & Woods, 1996) bahwa inti dari MPKP adalah nilai – nilai professional yang meliputi nilai intelektual, nilai komitmen moral, otonomi, kendali dan tanggung gugat. Dengan memahami dan menghayati nilai – nilai professional dapat mendorong perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang terbaik

dan benar berdasarkan kode etik dan standar profesi kepada semua pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Ratna Sitorus juga berpendapat bahwa pelaksanaan MPKP perawat memiliki otonomi dan kesempatan mengobservasi/menilai perkembangan pasien secara berkesinambungan, perawat asosiet pekerjaannya lebih terencana dan semangat belajar bertambah.

Berdasarkan hasil penelitian Ratna Sitorus bahwa implementasi MPKP dapat meningkatkan kepatuhan perawat terhadap standar pengkajian keperawatan, standar diagnosis keperawatan, standar perencanaan / intervensi keperawatan standar evaluasi, standar dokumentasi asuhan keperawatan.

Dengan metode Tim-Primer terjadi peningkatan hubungan interpersonal secara terus menerus antara perawat dengan pasien sehingga kebutuhan pasien dapat segera diketahui dan dipenuhi yang pada akhirnya akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang dapat memuaskan pasien. Kelengkapan dokumentasi akan mempermudah komunikasi/ hubungan professional khususnya antara PP dan PA sehingga masalah/ perkembangan pasien dapat segera diketahui sebagai dasar perencanaan keperawatan.

B. Bentuk dan Analisis Ketidakpuasan

Memasuki topik ini metode yang digunakan adalah kualitatif. Analisis ini difokuskan untuk mengetahui penyebab ketidakpuasan pasien terhadap layanan keperawatan. Adapun responden yang di gali informasinya adalah responden pada kelompok yang terbanyak merasakan tingkat kepuasan yang rendah atau kelompok yang lebih banyak merasakan tidak puas, dalam hal ini adalah responden kelompok kontrol yang memiliki respon tidak puas terhadap layanan keperawatan yang diterimanya.

Dari hasil yang diperoleh setelah data direkap dalam matrik (*content analysis*) maka keluhan itu ada yang bersifat umum seperti ketidaktepatan waktu kehadiran perawat sesuai dengan yang dibutuhkan, masalah keramahan perawat. Kurangnya sikap perawat juga sempat menimbulkan pengaduan pasien terhadap dokter disaat visite.

Sedangkan kecepatan layanan perawat dikeluhkan dalam bentuk kurang acuh memenuhi panggilan sehingga harus diulang. Waktu yang dibutuhkan pasien untuk menunggu kedatangan perawat memberikan pertolongan merupakan indikator kecepatan layanan perawat.

Untuk pemberian informasi yang kurang adekwat sampai pasien memahami keadaan seperti keterlambatan operasi, keterlambatan bantuan perawat, juga menggelitik pasien untuk memberikan nilai perawat yang kurang jujur. Pasien yang umumnya dari kalangan menengah ke bawah menganggap ucapan (informasi) yang diberikan perawat itu tidak benar sehingga dinilai juga sebagai hal yang tidak jujur. Masalah pemberian informasi ini tentu berkaitan dengan kemampuan si perawat melakukan komunikasi dengan pasien, karena perawat yang pendiam atau sebaliknya yang meledak – meledak bisa menimbulkan kesalahpahaman dalam penerimaan pasien.

Kesungguhan perawat dikeluhkan dalam bentuk sikap menganggap mengabaikan keluhan atau panggilan pasien. Begitu juga pasien yang disuruh mengurus sendiri keperluan obatnya menyebabkan pasien menilai si perawat kurang bersungguh - sungguh dalam memberikan layanan. Sementara untuk keteraturan layanan perawat dihubungkan pasien dengan kurang teraturnya perawat mengontrol kondisi umum, tensi, infus, memberikan obat bahkan sampai mengganti sprei. Keluhan menyangkut keteraturan layanan perawat ini paling dominan disbanding keluhan layanan

perawat lain, disusul menyangkut keramahan, kecepatan layanan, kesungguhan maupun informasi layanan. Temuan di atas ternyata selaras dengan temuan kuantitatif sebelumnya.

Sementara keluhan menyangkut keterampilan perawat termasuk paling sedikit dikeluhkan. Contohnya soal pemasangan infus. Begitu juga masalah ketekunan dan wibawa perawat keluhannya juga sedikit misalnya dalam bentuk pakaian yang kurang rapih. Jika dikaitkan dengan hasil penelitian kuantitatif sebelumnya ternyata juga demikian kenyataannya.

Dari berbagai keluhan yang dikemukakan pasien ternyata sedikit pasien yang mau berterus terang menyangkut personil perawat yang membuat kurang puas, oleh karena itu melalui identifikasi ciri-cirinya dicari keterangan lain ke ruangan. Beberapa pasien ternyata mengeluhkan layanan perawat yang sama walaupun mereka lain - lain menyebutkan ciri-cirinya. Kadang juga ditemukan kesulitan melakukan pelacakan karena cirri-cirinya disebutkan bersifat umum.

Dari keterangan perawat yang memiliki cirri-ciri seperti yang disebutkan pasien maka perawat A mengakui adanya beberapa pengaduan pasien yang salah satunya adalah kesalahpahaman karena intonasi suaranya yang cenderung keras. Sementara perawat B kewalahan menghadapi pasien ABG. Sedangkan perawat C kurang merasa tahu dengan kejadiannya karena kemungkinan terkait dengan petugas lain.

Dokter ruangan tidak begitu mengetahui kasus-kasus keluhan pasien kecuali khusus pengaduan pasien di ruangan dan menyebutkan masih ada kekurangan layanan perawat yang memerlukan perbaikan khususnya sikap ramah dan motivasi bekerja mereka untuk meningkatkan mutu layanan yang dapat memuaskan pasien. Hal ini sejalan dengan pendapat Siagian (1999) yang menjelaskan bahwa kinerja atau motivasi bekerja seseorang akan

cenderung menurun apabila dihadapkan pada pekerjaan yang sangat rutin atau mekanistik dan tanpa variasi.³⁵ Bisa jadi beberapa perawat yang dikeluhkan pasien mengalami kejenuhan tetapi kurang berani mengemukakanya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang tingkat kepuasan pasien dalam implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional di RSUD Gunung Jati Cirebon dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Pasien pada kelompok kasus yang mendapat implementasi Model Praktik Keperawatan Professional memiliki rata-rata tingkat kepuasan yang lebih baik (122 %) dari pada pasien kelompok kontrol (114 %) yang tidak mendapat implementasi MPKP.
2. Terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien kelompok kasus dan kontrol berdasarkan dimensi *tangible*, *responsiveness*, *assurance* dan tidak terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien berdasarkan dimensi *reliability* dan *emphaty*.
3. Berdasarkan analisis kualitatif terdapat ketidakpuasan pasien tentang keramahan perawat, kecepatan layanan, pemberian informasi dan kejujuran perawat/ kesungguhan layanan perawat, keteraturan layanan, keterampilan professional dan ketekunan perawat.
4. Secara keseluruhan terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien yang mendapat implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) dengan pasien tanpa implementasi MPKP.
5. Implementasi Model Praktik Keperawatan Professional dengan metode tim primer di RSUD Gunung Jati Cirebon dapat meningkatkan kepuasan pasien.

B. Saran

1. Manajemen Rumah Sakit

- a. Implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional dengan metode tim primer dapat dijadikan salah satu alternatif penetapan kebijakan dalam upaya peningkatan kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon.
- b. Dalam rangka optimalisasi pelaksanaan MPKP yang dapat meningkatkan kepuasan pasien khususnya untuk meningkatkan dimensi *reliability* dan *emphaty* maka tim pengembangan MPKP hendaknya melakukan bimbingan kepada kepala ruang, PP dan PA setiap minggu sekali atau sewaktu – waktu sesuai kebutuhan serta bimbingan setiap bulan sekali bagi seluruh perawat yang mengimplementasikan MPKP.

2. Perawat

Untuk dapat meningkatkan dimensi *reliability* dan *emphaty* dalam implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional hendaknya dalam memberikan layanannya perawat lebih meningkatkan keramahan, kecepatan layanan, pemberian informasi dan kejujuran, kesungguhan dalam memberikan layanan, keteraturan layanan, keterampilan professional dan ketekunan.

3. Peneliti lain

Penelitian ini terbatas pada masalah yang berkaitan dengan kepuasan pasien dalam implementasi MPKP dan masih banyak topik penelitian MPKP yang perlu ditindak lanjuti diantaranya; Bagaimana kinerja perawatnya, apakah MPKP juga meningkatkan kepuasan perawat atau tim kesehatan lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gafar L.O.J. **Pengantar Keperawatan Profesional**. EGC, Jakarta, 1999.
2. Azwar, A. Pengaruh Krisis Ekonomi terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat, **Journal kesehatan MKMI XXIX (1)**; 2001; 13-16
3. Depkes RI. **Standar Pelayanan Rumah Sakit**. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, cetakan ketiga, Jakarta, 1997.
4. Besterfield, DH., dkk (1995), **Total Quality Management**, USA, Prentice Hall Inc
5. Wahyuni W.E & Simanjuntak S. Analisis Kepuasan Kerja Tenaga Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS X Depok, **Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia**, PPFKM UI, 2(4); 2003; 79 – 85.
6. Putra S. Pelayanan Kesehatan di Indonesia. **Suara Merdeka**, [http://www.suara merdeka.com/harian/0211/14/kha 1 htm](http://www.suara%20merdeka.com/harian/0211/14/kha%201%20htm), 2002.
7. Ilyas Yaslis. **Perencanaan SDM Rumah Sakit, Puusat Kajian Ekonomi Kesehatan**. FKMUJ Jakarta, 2000.
8. Muninjaya. **Manajemen Kesehatan**. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta, 1999
9. Aditama Y.T. Rumah Sakit dan Konsumen. **Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia**, PPFKM UI, 3(1); 1999; 162 – 163
10. Putra Panca A.N. **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Tenaga Perawat di Instalasi Rawat Inap RSU FK – UKI**. Thesis S2 PPARS UI, Jakarta, 1999.
11. Hizrani M. Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap terhadap Mutu Pelayanan dan Hubungannya dengan Minat Beli Ulang di RS X Jakarta. **Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia**, PPFKM UI, 1(4); 2003; 19 – 23.
12. Young D. **Dasar-dasar Riset Keperawatan**. EGC, Jakarta, 1999.
13. Nursalam. **Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik**. Salemba Medika, Jakarta, 2001.
14. Depkes RI. Undang – Undang No. 23 "Tentang Kesehatan". Sinar Grafika,. Jakarta
15. Depkes RI. **Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit**. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan. Jakarta, 1998.

16. Laddy, S., & Pepper, J.M. **Conceptual Bases of Professional Nursing**. Third Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia. 1995.
17. Berger K., J., & William, M.B. **Fundal Mental of Nursing: Collaborating for Optimal Health**. Norwalk: Appleton & Lange, 1994.
18. Kozier, B., Erb, K.B. & Wilkonson, J.M. **Fundamental of Nursing Concep Process and Practice**. Fifth Edition. Addison-Wesley, Redwood City. 1995.
19. Hoffart N. & Woods, C.Q., **Element of a Nursing Professional Practice Model**, Journal Professional of Nursing, 12(6); 1996; 354-364.
20. Sitorus R.. **Model Praktek Keperawatan Sebagai Upaya Peningkatan Profesionalisme dalam Pelayanan Keperawatan**. PPNI, Majalah Keperawatan Bina Sehat, III (2); 2000; 10-14.
21. Nursalam. **Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional**. Salemba Medika, Jakarta, 2002.
22. Wise Y. **Leading and Managing in Nursing**. First Edition, Mosby Year Book Inc, St. Louis, Missouri USA, 1995.
23. Tjiptono F. **Total Qualiti Manajemen**. Penerbit Andi, Yogyakarta, 1998.
24. Liman H & Kusumapraja R. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan IGD RS Sumber Waras melalui Survey Tingkat Kepuasan Pasien/keluarga. **Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia**. PPFKM UI, 4(4); 2003; 183 – 188
25. Sri Ani L, Werdati S, Utarini A. Harapan Konsumen terhadap Pelayanan Keperawatan di RSU Dharma Yadnya Denpasar Bali. **Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM**. 1(4); 2001; 13-18.
26. Supranto. **Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Menaikan Pangsa Pasar**. Rineka Cipta, Jakarta, 2001.
27. Wijono D. **Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori Strategi dan Aplikasi**, Universitas Airlangga, Surabaya, 1999.
28. Haris Zuhri. **Hubungan Karakteristik Pasien Rawat Inap dengan Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Layanan Medis di RSUD Solok**. Tesis S2 ARS UI Jakarta, 1999.
29. Notoatmojo S. **Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku kesehatan**. Penerbit Andi, Yogyakarta, 1998.
30. Azwar, A. **Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan**. Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1996.
31. Moelong J. **Metodologi Penelitian Kualitatif**. PT Remaja Rosdakarya, Bandung, 2004.
32. Nursalam. **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan**. Salemba Medika, Jakarta, 2003.

33. Arikunto S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi III, Rineka Cipta, Jakarta, 1996.
34. Muhajir N. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi III, Rake Sarasin, Yogyakarta, 1998.
35. Siagian. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Bina Aksara. Jakarta, 1999