

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENERAPAN METODE PEMBERIAN PELAYANAN
KEPERAWATAN
MODIFIKASI TIM-PRIMER DENGAN KEPUASAN PASIEN
DI RUANG BEDAH CEMPAKA
RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh :

**Diah Andarukmi
010410809 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENERAPAN METODE PEMBERIAN PELAYANAN
KEPERAWATAN
MODIFIKASI TIM-PRIMER DENGAN KEPUASAN PASIEN
DI RUANG BEDAH CEMPAKA
RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**Diah Andarukmi
010410809 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 7 Agustus 2008

Yang menyatakan

Diah Andarukmi
NIM. 010410809B

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 7 AGUSTUS 2008

Oleh:

Pembimbing I

PURWANINGSIH, Skp., MARS
NIP.132 225 157

Pembimbing II

SUMIATUN, ETN., SST., S.Pd
NIP. 140 072 197

Mengetahui,
A.n. Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dr. Nursalam M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal 7 Agustus 2008

PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, S.Kp., MARS
NIP. 132 255 157

Anggota : 1. Siti Guntarlin, SKM
NIP. 140 072 200

2. Sumiatun, ETN, SST, S.Pd
NIP. 140 072 197

Mengetahui,

a.n Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Dr Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

MOTTO

“Kejarlah apa yang bermanfaat untukmu, dan mintalah pertolongan pada Allah SWT. Jangan mudah menyerah dan jangan pernah berkata, “Kalau saja aku melakukan yang begini pasti akan jadi begini”, tapi katakanlah, “Allah telah mentakdirkan, dan apa yang Dia kehendaki pasti Dia lakukan”.

(La Tahzan)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan Penerapan Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan Modifikasi Tim-Primer dengan Kepuasan Pasien di Ruang Bedah RSUD Dr Soetomo Surabaya”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., Sp.P (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Nursalam, M.Nurs (Honours) selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Purwaningsih, S.Kp., MARS selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Sumiatun, ETN, SST, S.Pd selaku pembimbing kedua. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Seluruh perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo yang telah berkenan memberikan kesempatan saya untuk melakukan penelitian dan terima kasih atas ilmu, saran, kritik untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini. Terima kasih atas saran dan kritiknya.
7. Seluruh staf dosen Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
8. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas bantuan dan semangat yang diberikan.
9. Bapak dan Ibu yang selalu memberikan cinta, semangat, kasih sayang, semangat, dan do'a yang tak pernah berhenti mengalir. "Allah knows....how much I love you...."
10. Buat adik Rista yang telah memberikan dukungan, menghibur, bantuan, kasih sayang yang tak terhingga dan do'a untukku.
11. Buat abi Heri Yulianto yang telah memberikan semangat, dukungan, kasih sayang yang tak terhingga dan do'a untukku selama penyusunan skripsi ini.
12. Sahabat-sahabatku Dian, Richa, Hendra, Evi, Rani, Dek Ulfa Ayu Tiana serta penghuni KTW 31 yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini.
13. Keluarga besar di Banyuwangi dan Kudus yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, doa selama pengerjaan dan penyusunan skripsi ini.

14. Teman-teman seperjuangan A4 yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 7 Agustus 2008

Penulis

ABSTRACT
**CORRELATION BETWEEN APPLICATION MODULAR NURSING CARE
DELIVERY SYSTEM CARE WITH PATIENT SATISFACTION**

Cross Sectional Study in Cempaka Room RSU Dr Soetomo Surabaya

By: Diah Andarukmi

Application modular nursing care delivery method can measure from duty and responsibility nurses. If nurses had much non job, application nursing care delivery method cannot optimal. so the patient not satisfaction.

This study was aimed to explain correlation with application modular nursing care delivery system and satisfaction patient in Cempaka Room of RSU Dr Soetomo Surabaya.

Design used in this study was cross sectional design. The population was all nurses and the 14 patient, the selection sampling using total sampling method for all nurses and purposive sampling for the patient. The independent variables was application modular nursing care delivery. The dependent variables was satisfaction patient. Data were collected using observation dan questionnaire. Data were then analyzed using spearman rank correlation with level of significance of $\leq 0,05$.

Result showed that there was relation between application modular nursing care delivery system with satisfaction patient in Cempaka RSU Dr Soetomo Surabaya ($p = 0.002$, $r = 0.749$).

It can be conclude that application modular nursing care delivery system and satisfaction patient in Cempaka RSU Dr Soetomo Surabaya is good. This finding suggest the important give the questionnaire for the patient to evaluate nursing care quality.

Keyword: application modular nursing delivery care system (duty and responsibility) and patient satisfaction.

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Ucapan Terima kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan Landasan	
2.1.1 Sistem atau Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan	6
2.1.2 Pengertian Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan.....	6
2.1.3 Jenis Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan	8
2.2 Konsep Dasar Kepuasan Pasien	20
2.2.1 Pengertian Kepuasan Pasien.....	20
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien	21
2.2.3 Dimensi Kepuasan.....	25
2.3.4 Pengukuran Kepuasan Pelanggan atau Pasien	30
2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi Penerapan Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan Modifikasi Tim-Primer dengan Kepuasan Pasien	31
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	42
3.1 Kerangka Konseptual	42
3.2 Hipotesis Penelitian.....	44
BAB 4 METODE PENELITIAN	45
4.1 Desain Penelitian.....	45

4.2	Kerangka Kerja Penelitian	46
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling	47
	4.3.1 Populasi	47
	4.3.2 Sampel	47
	4.3.3 Sampling	48
4.4	Identifikasi Variabel	49
	4.4.1 Variabel Independen	49
	4.4.2 Variabel Dependen	49
4.5	Definisi Operasional	50
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	51
	4.6.1 Instrumen Penelitian	51
	4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	52
	4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data	52
	4.6.4 Analisis Data	53
4.7	Etika penelitian	56
4.8	Keterbatasan	57
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		58
5.1	Hasil Penelitian	58
	5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	58
	5.1.2 Data Umum	59
	5.1.3 Data Khusus	63
5.2	Pembahasan	65
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN		72
6.1	Simpulan	72
6.2	Saran	73
DAFTAR PUSTAKA		74
LAMPIRAN		77

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam satu ruang rawat	34
Tabel 2.2 Ratio tempat tidur dan personel rumah sakit	35
Tabel 4.1 Definisi Operasional	50
Tabel 5.1 Distribusi data tugas dan tanggung jawab perawat dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Hubungan antar elemen dalam praktik keperawatan	7
Gambar 2.2 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan kasus	10
Gambar 2.3 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional.....	11
Gambar 2.4 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan tim.....	14
Gambar 2.5 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan primer ...	16
Gambar 2.6 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan manajemen kasus	18
Gambar 2.7 Gambar struktur metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer	20
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	42
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian	46
Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden berdasarkan lama bekerja perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008	59
Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden berdasarkan status kepegawaian perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.....	60
Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenjang pendidikan pada perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008	60
Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden berdasarkan usia pada responden pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008	61
Gambar 5.5 Diagram pie distribusi responden berdasarkan jenjang pendidikan pada responden pada pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.....	61

Gambar 5.6	Diagram pie distribusi responden berdasarkan pekerjaan pada responden pada pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.....	62
Gambar 5.7	Diagram pie distribusi responden berdasarkan lama dirawat pada responden pada pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008	62
Gambar 5.8	Diagram pie distribusi responden pada perawat berdasarkan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008	63
Gambar 5.9	Diagram pie kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya tanggal 21-27 Juli 2008	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data Awal Mahasiswa PSIK – FK Unair	77
Lampiran 2	Lembar Permohonan Bantuan fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIK-FK Unair.....	78
Lampiran 3	Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian	79
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	80
Lampiran 5	Kuesioner Data Demografi Perawat	81
Lampiran 6	Kuesioner Data Demografi Pasien	82
Lampiran 7	Lembar Observasi Tugas dan Tanggung Jawab Kepala Ruang	83
Lampiran 8	Lembar Observasi Tugas dan Tanggung Jawab Clinical Care Manager.....	84
Lampiran 9	Lembar Observasi Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Primer	86
Lampiran 10	Lembar Observasi Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Asosiet ...	87
Lampiran 11	Lembar Kuesioner Kepuasan Pasien	88
Lampiran 12	Tabulasi Data Umum Responden Perawat	90
Lampiran 13	Tabulasi Data Umum Responden Pasien	91
Lampiran 14	Tabulasi Data Khusus Tugas dan Tanggung Jawab	92
Lampiran 15	Tabulasi Data Khusus Kepuasan Pasien.....	93
Lampiran 16	Uji Analisis Statistik.....	94

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Metode pemberian pelayanan keperawatan adalah kumpulan konsep pelayanan keperawatan yang didasari pada empat elemen dasar yang mencakup pengambilan keputusan klinik, alokasi kerja, komunikasi dan manajemen. Elemen dasar dari manajemen pelayanan keperawatan pada pasien meliputi metode pemberian pelayanan keperawatan, proses perawatan, pendidikan kesehatan pada pasien dan standar pelayanan keperawatan. Kesenambungan dalam pemberian pelayanan atau asuhan keperawatan ditentukan oleh penerapan jenis metode pemberian pelayanan keperawatan. Mekanisme dalam penerapan suatu metode pemberian asuhan keperawatan akan memberikan gambaran bagaimana peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Rowland & Rowland, 1997). Berdasarkan kebijakan tim keperawatan RSUD Dr Soetomo Surabaya, ruang bedah Cempaka dengan kapasitas tempat tidur 28 buah, pada bulan Agustus tahun 2006 mulai menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi yang merupakan gabungan metode tim-primer. Struktur organisasi dari metode modifikasi ini adalah kepala ruang, *Clinical Care Manager*, perawat primer dan perawat asosiet. Dari hasil wawancara dengan wakil kepala ruang bedah Cempaka mengatakan bahwa penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruangan sudah berjalan dengan baik tetapi jika terdapat beban *non job* di luaran yang yang berlebih pada perawat di ruangan misalnya mengikuti rapat, seminar, dan mengorientasi mahasiswa yang praktik di ruangan,

maka penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan di ruangan tidak optimal. Beban *non job* yang berlebih akan berakibat pada ketidakefektifan dan ketidakefisienan pelayanan keperawatan. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien. Sampai saat ini, hubungan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dengan kepuasan pasien masih belum dapat dijelaskan.

Berdasarkan observasi tugas dan tanggung jawab Perawat Primer dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kepada 10 pasien secara acak pada 12 Mei 2008, bahwa sudah dilaksanakan pendokumentasian keperawatan tetapi masih belum sesuai dengan SAK, 40% melakukan pengkajian belum lengkap, 30% diagnosa keperawatan dan prioritas masalah keperawatan tidak jelas, 20% catatan perkembangan yang tidak diisi dan 10% terdapat format pendokumentasian yang tidak lengkap. Berdasarkan pengambilan data awal dengan kuesioner kepuasan pasien yang dibuat oleh peneliti kepada 10 pasien secara acak di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo pada tanggal 26 Mei 2008 didapatkan hasil, 90 % kepuasannya baik dan 10% pasien kepuasannya sedang. Di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo, setiap tiga bulan sekali melaksanakan evaluasi terhadap penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan memberikan kuesioner kepuasan kepada pasien, untuk mengetahui keberhasilan penerapan metode tersebut di ruangan.

Kepuasan adalah perasaan senang dan kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya (Kotler, 1997). Pasien mengeluh karena tidak puas, dan

mereka tidak puas karena harapannya tidak terpenuhi. Kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan pasien dan keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap kepada kebutuhan pasien. Hubungan yang baik antara pasien dan perawat dapat dilakukan apabila menerapkan suatu metode asuhan keperawatan yang baik ini akan meningkatkan kinerja perawat sehingga kepuasan pasien dapat tercapai. Berdasarkan hal tersebut diatas maka perlu penataan sistem metode pemberian pelayanan keperawatan yang sesuai. Penerapan metode modifikasi ini akan efektif, jika pembagian beban kerja dalam memberikan asuhan keperawatan harus seimbang diantara perawat primer. Hal ini merupakan tantangan bagi kepala ruangan untuk melaksanakan pembagian tugas yang seimbang antara kemampuan dan kemampuan humanistik pada masing-masing perawat primer (Ann, 1994).

Berdasarkan pemaparan fenomena diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang bagaimana hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya agar tenaga perawat di ruangan senantiasa memberikan pelayanan keperawatan secara profesional sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan yang sudah ada di ruangan. Disamping itu makin berkembangnya kebutuhan masyarakat akan kesehatan, maka rumah sakit dituntut untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan cara menerapkan salah satu metode pemberian pelayanan keperawatan yang sesuai dengan filosofi institusi tanpa mengesampingkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang efektif dan efisien.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka pertanyaan peneliti sebagai berikut:

1. Bagaimana penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruang bedah Cempaka di Rumah Sakit Umum Dr Soetomo Surabaya?
2. Bagaimana kepuasan pasien di ruang bedah bedah Cempaka di Rumah Sakit Dr Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menjelaskan hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka Rumah Sakit Umum Dr Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini antara lain:

1. Mengidentifikasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruang bedah Cempaka Rumah Sakit Umum Dr Soetomo Surabaya.
2. Mengukur kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka Rumah Sakit Umum Dr Soetomo Surabaya.

3. Mengidentifikasi hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer terhadap kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka Rumah Sakit Umum Dr Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan dalam ilmu manajemen keperawatan dan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di suatu institusi rumah sakit.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi perawat sebagai bahan masukan untuk dapat meningkatkan profesionalisme dalam bekerja sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan
2. Bagi manajemen rumah sakit, dapat dijadikan bahan untuk mengembangkan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan yang sesuai di ruangan rumah sakit.
3. Bagi kepala ruangan dapat menjadi acuan pengawasan terhadap penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dan dalam peningkatan kepuasan pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan dijelaskan mengenai konsep tentang metode pemberian pelayanan keperawatan, dan konsep kepuasan pasien.

2.1 Konsep Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

2.1.1 Landasan Sistem atau Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

Komponen yang terpenting dari praktek keperawatan adalah adanya suatu kerangka kerja dalam memberikan pelayanan keperawatan (Rowland & Rowland, 1997). Metode yang digunakan dalam pemberian pelayanan keperawatan harus dapat mencerminkan adanya kesesuaian antara konteks pemberian pelayanan keperawatan dengan filosofi institusi. Setiap model mempunyai keuntungan dan kerugian serta tidak ada yang ideal. Beberapa model dapat langsung diterapkan di suatu institusi dan dapat diterapkan langsung dalam masyarakat. Setiap pemimpin suatu organisasi harus menentukan metode pemberian pelayanan keperawatan dan mempertimbangkan keuangan, kemampuan tenaga, dan tujuan dari suatu organisasi untuk menentukan sistem metode pemberian pelayanan keperawatan yang terbaik (Yoder & Wise, 1999).

2.1.2 Pengertian Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

Metode pemberian pelayanan keperawatan adalah kumpulan konsep yang terdiri dari empat elemen dasar yang mencakup pengambilan keputusan klinik, alokasi kerja, komunikasi dan manajemen. Elemen dasar dari manajemen pelayanan keperawatan pada pasien meliputi metode pemberian pelayanan keperawatan, proses perawatan, pendidikan kesehatan pada pasien dan standar

pelayanan keperawatan (Rowland & Rowland, 1997). Keempat elemen tersebut tidak dapat dipisahkan, satu dengan yang lain saling berhubungan. Para perawat harus menguasai dan menggunakannya secara simultan dalam pemberian asuhan keperawatan. Hubungan antar keempat elemen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1: Hubungan antar elemen dalam praktek keperawatan (Rowland & Rowland, 1997)

Menurut Rowland & Rowland (1997) terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam pengelolaan pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien, adalah sebagai berikut:

1. Jumlah beban kerja perawat yang dihitung dari total aktivitas perawatan langsung dan tak langsung.
2. Kualitas beban kerja perawat, yang didapatkan dari kondisi pasien yang khusus.
3. Tingkat pengalaman kerja perawat.
4. Kualifikasi dan kemampuan perawat.
5. Kemampuan fisik perawat.
6. Letak geografi unit pelayanan.
7. Jenis metode pemberian asuhan keperawatan.
8. Tersedianya pembantu orang sakit atau petugas kebersihan.

2.1.3 Jenis Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan

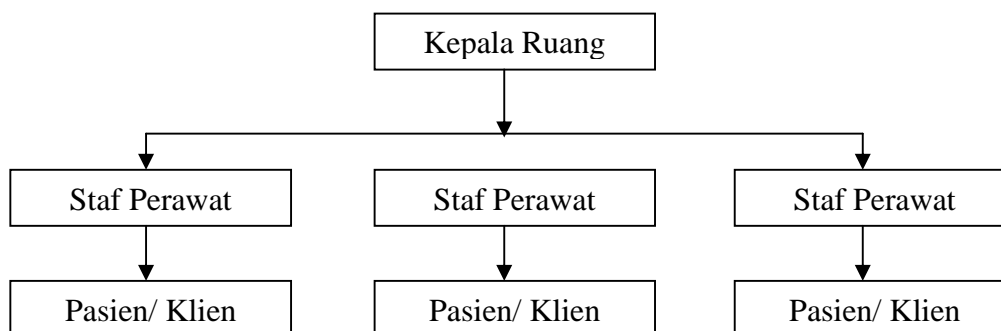
Menurut Marquis & Houston (1998) pemberian pelayanan keperawatan ada lima metode yang harus diketahui yaitu: metode pemberian pelayanan keperawatan kasus, metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional, metode pemberian pelayanan keperawatan tim, metode pemberian pelayanan keperawatan primer dan metode pemberian pelayanan keperawatan manajemen kasus. Terjadinya beberapa perubahan pada penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan disebabkan oleh adanya reaksi terhadap adanya beberapa perubahan didalam memenuhi kebutuhan kesehatan manusia. Metode pemberian pelayanan keperawatan kasus digunakan pada tahun 1800-an, ketika para perawat mulai merawat orang sakit di rumahnya. Metode pemberian pelayanan keperawatan

fungsional digunakan pada tahun 1950-an dan metode ini menjadi terkenal ketika perang dunia ke dua, ketika di Amerika Serikat kekurangan tenaga perawat karena sebagian besar tenaga perawat pergi ke pelayanan militer untuk memberikan perawatan kepada tentara perang. Pada tahun 1960-an sesudah perang dunia ke dua, sejak metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional mendapatkan kritikan, maka metode pemberian pelayanan keperawatan tim mulai direncanakan untuk meningkatkan kepuasan pasien. Pada akhir tahun 1960-an pemberian pelayanan keperawatan dievaluasi dan metode pemberian pelayanan keperawatan primer mulai berkembang untuk meningkatkan otonomi untuk para perawat. Pada tahun 1980 mulai dikembangkan metode pemberian pelayanan keperawatan manajemen kasus. Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan mempunyai keuntungan dan kerugian. Pemilihan metode yang tepat jika metode tersebut dapat dilaksanakan dan tidak menghambat proses pemberian pelayanan serta perawat mampu melaksanakan (Yoder & Wise, 1999).

1. Metode kasus

Metode kasus atau disebut metode pemberian pelayanan keperawatan yang tertua untuk meningkatkan perawatan kepada pasien. Dasar pemikiran pada metode ini adalah satu perawat memberikan total perawatan pada satu klien (Yoder & Wise, 1999). Metode kasus adalah metode pemberian asuhan yang pertama kali digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien (Sitorus, 2006).

Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan kasus dapat dijelaskan dengan gambar sebagai berikut:



Gambar 2.2: Struktur metoda pemberian pelayanan keperawatan kasus (Marquis & Huston, 1998)

2. Metode fungsional

Metode fungsional adalah metode pemberian pelayanan keperawatan dimana seluruh perawat, baik profesional maupun non profesional, memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok besar pasien (Rowland & Rowland, 1997). Metode Fungsional ini sebagai metode yang berorientasi pada tugas dimana fungsi keperawatan tertentu ditugaskan pada setiap anggota staf. Tidak ada perawat yang bertanggung jawab penuh untuk perawatan seorang pasien. Metode ini membagi tugas untuk dilakukan, dengan setiap orang bertanggung jawab pada manajer perawat. Metode ini efisien dan mungkin sistem terbaik bila dihadapkan pada jumlah beban pasien yang besar dan keterbatasan perawat profesional (Swanburg, 2000).

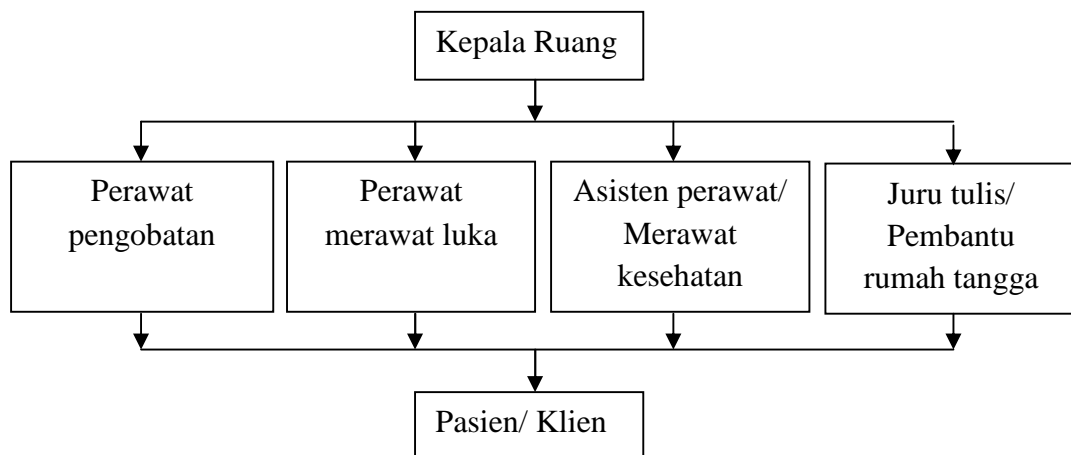
Menurut Swanburg (2000) metode ini mempunyai keuntungan yaitu:

Keperawatan fungsional dapat menyelesaikan banyak pekerjaan dalam waktu singkat.

Kerugian metode ini adalah:

1. Keperawatan fungsional membagi-bagi asuhan keperawatan
2. Keperawatan fungsional menurunkan tanggung gugat dan tanggung jawab perawat.
3. Keperawatan fungsional membuat hubungan perawat klien sulit terbentuk, bila ini sudah tercapai.
4. Keperawatan fungsional memberi status hukum keperawatan dalam bentuk tanggung jawab untuk perawatan pasien.

Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan fungsional dapat dijelaskan dengan gambar sebagai berikut:



Gambar 2.3: Struktur metoda pembeian pelayanan keperawatan fungsional (Marquis & Huston, 1998)

3. Metode Tim

Menurut Douglas (1992) dalam Sitorus (2006), metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Metode tim adalah pemberian asuhan keperawatan yang sudah berorientasi pada

tugas dan memenuhi peningkatan tuntutan kebutuhan akan perawatan profesional (Rowland & Rowland, 1997).

Tujuan keperawatan tim adalah untuk memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Kebutuhan asuhan keperawatan pasien diidentifikasi dan memenuhinya melalui diagnosis dan ketentuan keperawatan. Administrasi ruangan dan manajer unit melakukan fungsi bukan keperawatan dari unit tersebut. Prosesnya memerlukan perencanaan untuk memenuhi objektif penugasan personel keperawatan untuk di tempat tidur sehingga dapat memfokuskan pada asuhan keperawatan pasien (Swanburg, 2000).

Menurut Kron dan Gray (1987) dalam Sitorus (2006) pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut:

1. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi dan evaluasi asuhan keperawatan. Pelaksanaan konsep tim sangat tergantung pada filosofi ketua tim, yakni apakah berorientasi pada tugas atau pada klien. Tanggung jawab ketua tim adalah:
 - 1) Mengkaji setiap klien dan menetapkan renpra (rencana asuhan keperawatan)
 - 2) Mengkoordinasikan renpra dengan tindakan medis.
 - 3) Membagikan tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi.
 - 4) Mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang dicapai serta mendokumentasikan
2. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin. Komunikasi yang terbuka dapat dilakukan melalui berbagai cara, terutama melalui renpra

secara tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi dan evaluasi .

3. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas dengan kemampuan mereka.
4. Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. Metode tim akan berhasil baik, apabila didukung oleh kepala ruangan. Untuk itu, kepala ruangan diharapkan telah:
 - 1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf.
 - 2) Membantu staf menetapkan sasaran dari unit/ ruangan.
 - 3) Memberi kesempatan kepada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan.
 - 4) Mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan.
 - 5) Menjadi nara sumber bagi ketua tim.
 - 6) Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.
 - 7) Menciptakan iklim komunikasi terbuka.

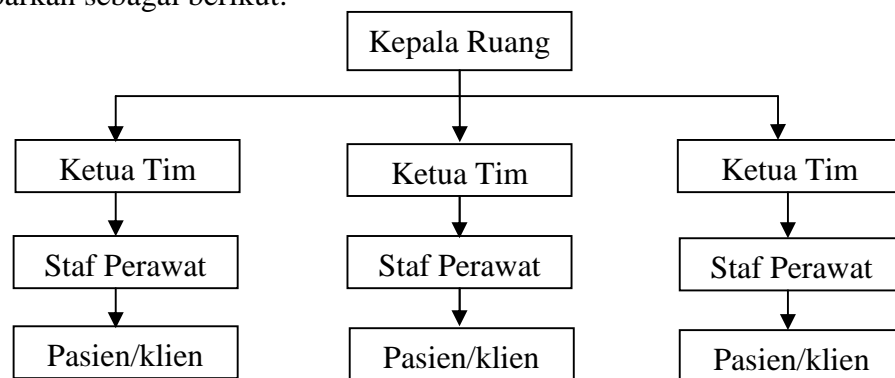
Menurut Swanburg (2000) keuntungan dari keperawatan tim adalah:

1. Keperawatan tim melibatkan semua anggota tim dalam perencanaan asuhan keperawatan pasien, melalui penggunaan konferensi tim dan penulisan asuhan keperawatan.
2. Keperawatan tim memberikan perawatan terbaik dengan biaya murah.

Kerugian dari keperawatan tim meliputi:

1. Keperawatan tim menimbulkan fragmentasi perawatan bila konsepnya tidak diimplikasikan dengan total.
2. Keperawatan tim bisa sulit untuk menemukan waktu untuk konferensi tim dan rencana keperawatan.

Struktur dari metode pemberian pelayanan keperawatan metode tim dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.4: Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan tim (Marquis & Huston, 1998)

4. Model Primer

Metode pemberian pelayanan keperawatan primer adalah pemberian pelayanan keperawatan kepada sekelompok pasien yang terkoordinir oleh seorang perawat primer yang bertanggung jawab atas seluruh pemberian keperawatan pada pasien mulai datang sampai dengan pulang atau pindah (Rowland & Rowland, 1997). Tugas perawat primer adalah mengkoordinir, mengevaluasi dan memberikan perawatan langsung kepada pasien. Asuhan keperawatan dapat diberikan secara komprehensif dan berkesinambungan dan metode ini menitikberatkan pada aspek tanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Perawat primer bertanggung jawab terhadap semua kebutuhan pasien, kolaborasi dengan tim kesehatan lain dan bertanggung jawab

penuh terhadap perawatan pasien. Metode primer merupakan pemberian asuhan keperawatan yang menekankan kepentingan pasien, bukan tugas perawat. Keterlibatan pasien dan keluarganya dalam perawatan, akan mendorong hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien dan keluarganya, sehingga dapat meningkatkan kesinambungan dan efektifitas perencanaan pulang (Rowland&Rowland, 1997).

Menurut Swanburg (2000) karakteristik modalitas keperawatan primer adalah:

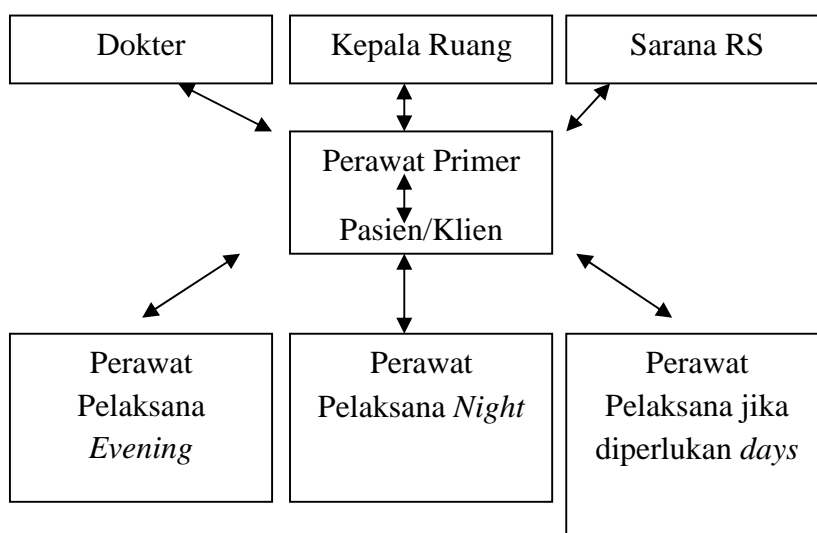
1. Perawat primer mempunyai tanggung jawab untuk asuhan keperawatan pasien selama 24 jam sehari, dari penerimaan sampai pemulangan.
2. Pengkajian kebutuhan asuhan keperawatan, kolaborasi dengan pasien dan profesional kesehatan lain dan menyusun rencana perawatan, semua ini ada di tangan perawat primer.
3. Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan didelegasikan oleh perawat primer kepada perawat sekunder selama shift lain.
4. Perawat primer berkonsultasi dengan perawat kepala dan penyelia.
5. Autoritas, tanggung gugat dan autonomi ada pada perawat primer.

Menurut Swanburg (2000) penerapan metode asuhan keperawatan primer mempunyai manfaat sebagai berikut:

1. Memberikan peningkatan autonomi pada pihak perawat, jadi meningkatkan motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat.
2. Menjamin kontinuitas perawatan sesuai perawat primer memberikan atau mengarahkan perawatan sepanjang hospitalisasi.

3. Membuat ketersediaan peningkatan pengetahuan psikososial pasien dan kebutuhan fisik, karena perawat primer melakukan pengkajian riwayat dan fisik, mengembangkan rencana perawatan dan melaksanakannya sebagai kesatuan antara pasien dan pekerja kesehatan lain.
4. Menimbulkan peningkatan pelaporan dan kepercayaan antara perawat dan pasien yang akan memungkinkan pembentukan hubungan terapeutik.
5. Memperbaiki komunikasi informasi pada dokter.
6. Menghilangkan pembantu perawat administrasi perawatan pasien langsung.

Struktur dari metode pemberian pelayanan keperawatan metode primer dapat dijelaskan dengan gambar sebagai berikut:



Gambar 2.5: Struktur metoda pemberian pelayanan keperawatan primer (Marquis & Huston, 1998)

5. Metode manajemen kasus

Menurut Swanburg (2000) manajemen kasus adalah suatu sistem pemberian hasil dalam kerangka waktu dan sumber daya yang efektif dan tepat. *American Nurse's Association (ANA)* dalam Marquis & Huston (1998) mengatakan manajemen kasus merupakan proses pemberian asuhan asuhan kesehatan yang bertujuan mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup

klien dan efisiensi pembiayaan. Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan keperawatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir yang optimal (Sitorus, 2006).

Menurut Sitorus (2006), metode manajemen kasus meliputi beberapa elemen utama berikut:

1. Pendekatan berfokus pada klien

Fokus layanan adalah kebutuhan klien bukan institusi.

2. Koordinasi asuhan dan layanan antar-institusi

Kebutuhan klien dipenuhi oleh berbagai institusi atau bagian. Peran manajer kasus adalah untuk mengkoordinasi, mengomunikasi dan mengelola hubungan antar-bagian atau antar-institusi.

3. Berorientasi pada hasil

Fokus dari metode ini adalah bagaimana agar hasil yang sudah ditetapkan dapat dicapai selangkah demi selangkah, selalu memantau hasil yang ditetapkan apakah sudah tercapai dan melakukan evaluasi secara terus menerus. Pada metode ini terdapat motivasi yang tinggi untuk mengidentifikasi dan mengatasi dan mengatasi hambatan yang dialami dalam memberikan asuhan kesehatan. Upaya pencegahan dan deteksi dini sangat diperhatikan karena dapat mempengaruhi hasil yang diharapkan dan menguntungkan peningkatan status kesehatan.

4. Efisiensi sumber

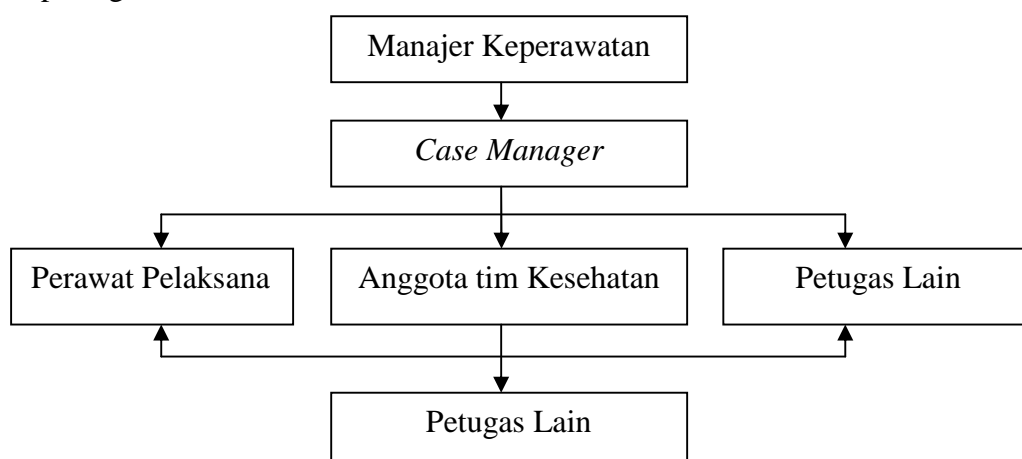
Karena tingginya koordinasi dan perhatian untuk mencapai hasil yang ditetapkan, terdapat komitmen yang tinggi untuk mencegah hal yang tidak

perlu dan hal yang mungkin menghambat pencapaian hasil. Terdapat komitmen yang tinggi untuk mencapai hasil dengan biaya atau sumber yang paling efisien.

5. Kolaborasi

Kolaborasi atau adanya sikap saling menghargai keterampilan dan kemampuan berbagai anggota profesi, merupakan faktor penting dalam metode manajemen kasus.

Struktur dari metode pemberian perawatan manajemen kasus, dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.6: Struktur metode pemberian pelayanan perawatan manajemen kasus (Hanston & Wasburn, 1994)

6. Modifikasi Metode Pemberian Asuhan Keperawatan Tim-Primer

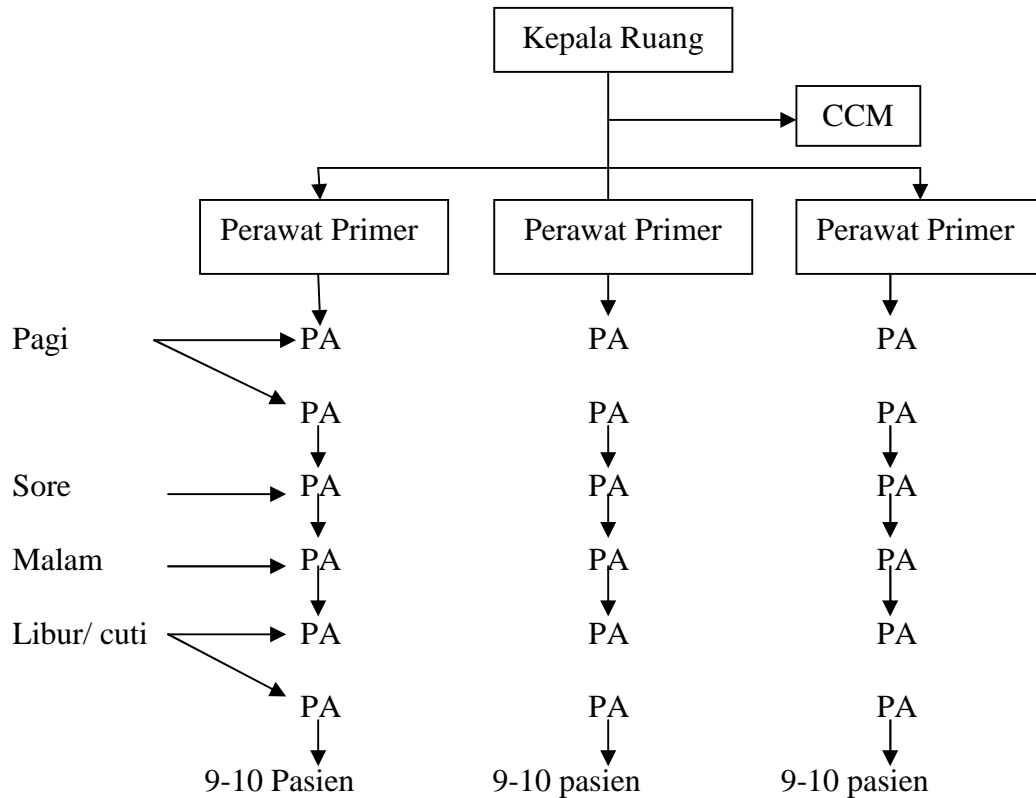
Modifikasi pemberian pelayanan keperawatan tim disebut juga dengan metode pemberian pelayanan keperawatan modular (Magargal, 1987, dalam Yoder & Wise, 1999). Para perawat mempunyai waktu yang lebih banyak dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien dan para perawat dapat memahami bahwa asuhan keperawatan yang diberikan bersifat individu, sehingga tidak sama dalam pendekatan pada pasien (Bennet & Hilton, 1990, dalam Yoder

& Wise, 1999). Para perawat melaksanakan tugas pada modul yang sama, berkesinambungan dan kualitas pelayanan dapat ditingkatkan. Menurut Ann (1994), metode pemberian pelayanan keperawatan modular adalah merupakan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi dari metode primer., karena menggunakan seorang perawat profesional sebagai perencana dalam memberikan asuhan keperawatan. Metode pemberian pelayanan keperawatan modular sama dengan metode tim, karena perawat profesional dan non profesional bekerja bersama dibawah koordinasi seorang perawat profesional. Metode pemberian pelayanan keperawatan modular sama metode primer, karena terdapat tenaga perawat profesional yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan pada pasien, mulai pasien datang sampai pulang.

Penerapan metode modifikasi tim dan primer didasarkan pada beberapa alasan sebagai berikut (Sitorus, 2006):

1. Metode keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan setara. Apabila menggunakan metode primer murni, maka dibutuhkan jumlah perawat dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan yang lebih banyak. Hal ini belum mungkin untuk dipenuhi saat ini.
2. Metode keperawatan tim tidak dapat digunakan secara murni karena pada metode ini tanggung jawab tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien terfragmentasi pada beberapa tim.
3. Melalui kombinasi antara metode tim dan primer, diharapkan dapat terjadi kesinambungan pemberian asuhan keperawatan ada pada perawat primer.

Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer, dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.7: Struktur metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer (Sitorus, 2006)

2.2 Konsep Dasar Kepuasan Kerja

2.2.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan menurut kamus bahasa Indonesia (1996) adalah puas; merasa senang; perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan pelanggan menurut Harrington (1995) adalah “ *the level of customer satisfaction is directly between your perceive (not actual performance) and the customer (not need)*”. Sedangkan menurut Kotler (1997), kepuasan adalah perasaan senang dan kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara

kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Menurut Tse dan Wiltom dalam Tjiptono (1997) mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Griffith (1987) dalam Klinis (2007) ada beberapa aspek yang mempengaruhi perasaan puas pada seseorang:

1. Sikap pendekatan staf pada pasien yaitu sikap staf terhadap pasien ketika pertama kali datang di rumah sakit.
2. Kualitas perawatan yang diterima oleh pasien yaitu apa saja yang telah dilakukan oleh pemberi layanan kepada pasien, seberapa pelayanan perawatan yang berkaitan dengan proses kesembuhan penyakit yang diderita pasien dan kelangsungan perawatan pasien selama berada di rumah sakit.
3. Prosedur administrasi yaitu berkaitan dengan pelayanan administrasi pasien dimulai masuk rumah sakit selama perawatan berlangsung sampai keluar dari rumah sakit.
4. Waktu menunggu yaitu berkaitan dengan waktu yang diperbolehkan untuk berkunjung maupun untuk menjaga dari keluarga maupun orang lain dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar-standar rumah sakit antara lain: ruang tunggu yang nyaman, tenang, fasilitas yang memadai misalnya televisi, kursi, air minum dan sebagainya.
5. Fasilitas umum yang lain seperti kualitas pelayanan berupa makanan dan minuman, privasi dan kunjungan. Fasilitas ini berupa bagaimana pelayanan

terhadap pemenuhan kebutuhan pasien seperti makanan dan minuman yang disediakan dan privasi ruang tunggu sebagai sarana bagi orang-orang yang berkunjung di rumah sakit.

6. Fasilitas ruang inap untuk pasien yang harus dirawat. Fasilitas ruang inap ini disediakan berdasarkan permintaan pasien mengenai ruang rawat yang dikehendakinya.
7. Hasil treatment atau hasil perawatan yang diterima oleh pasien yaitu perawatan yang berkaitan dengan kesembuhan penyakit pasien baik berupa operasi, kunjungan dokter atau perawat.

Menurut Moison, Walter dan White (1998) dalam klinis (2007) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen yaitu:

1. Karakteristik produk, produk ini merupakan kepemilikan rumah sakit yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.
2. Harga, yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan lebih besar.
3. Pelayanan, yaitu pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit. Kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Misalnya:

Pelayanan yang cepat, tanggap dan keramahan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

4. Lokasi, meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.
5. Fasilitas kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan kepuasan pasien, namun rumah sakit perlu memberikan perhatian pada fasilitas rumah sakit dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen.
6. Image, yaitu citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. Image juga memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan rumah sakit berawal dari cara pandang melalui panca indera dari informasi-informasi yang didapatkan dan pengalaman baik dari orang lain maupun diri sendiri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap rumah sakit tersebut, meskipun harga yang tinggi. Pasien akan tetap setia menggunakan jasa rumah sakit tersebut dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien.
7. Desain visual, meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi rumah sakit ikut menentukan kenyamanan suatu

rumah sakit, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan pasien atau konsumen.

8. Suasana, meliputi keamanan, keakraban dan tata lampu. Suasana rumah sakit yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung ke rumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.
9. Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien. Misalnya adanya tombol panggilan di ruang rawat inap, adanya ruang informasi yang memadai terhadap informasi yang kan dibutuhkan pemakai jasa rumah sakit seperti keluarga pasien maupun orang yang berkunjung di rumah sakit.

Akan dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor-faktor kepuasan pasien adalah: kualitas jasa, harga, emosional, kinerja, estetika, karakteristik produk, pelayanan, lokasi, fasilitas, komunikasi, suasana, dan desain visual.

Alma Buchari (2000) menyebutkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan rasa ketidakpuasan pelanggan, yaitu

1. Tidak sesuai antara harapan dan kenyataan yang di alami
2. Layanan selama proses menikmati jasa tidak memuaskan
3. Perilaku personel tidak atau kurang memuaskan

4. Suasana dan kondisi fisik tidak menunjang
5. Cost terlalu tinggi, karena jarak terlalu jauh, banyak waktu terbuang dan harga terlalu tinggi
6. Promosi atau iklan terlalu muluk tidak sesuai dengan kenyataan.

2.2.3 Dimensi kepuasan

Menurut Azwar (1996) bahwa dimensi kepuasan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Kepuasan yang mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi.

Kepuasan pemakai jasa kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Suatu pelayanan kesehatan di sebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan standar dan kode etik dapat memuaskan pasien. Menurut Azwar (1996), ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

- 1). Hubungan tenaga pelayanan kesehatan-pasien

Terbinanya hubungan dokter atau perawat- pasien yang baik adalah salah satu dari kewajiban etik. Sangat diharapkan apabila perawat dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan segala keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien.

2). Kenyamanan pelayanan

Kenyamanan yang dimaksud disini tidak hanya yang menyangkut fasilitas yang disediakan, tetapi terpenting lagi menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

3). Kebebasan melakukan pilihan

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu bila kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

4). Pengetahuan dan kompetensi teknis

Suatu pelayanan kesehatan disebut semakin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

5). Efektifitas pelayanan

Makin efektif pelayanan kesehatan, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

6). Keamanan tindakan

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini harus diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien bukanlah pelayanan yang baik dan karena itu tidaklah boleh dilakukan.

2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan.

1). Ketersediaan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu bila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat

2). Kewajaran pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu bila pelayanan kesehatan tersebut bersifat wajar dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

3). Kesenambungan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu, bila pelayanan kesehatan tersebut bersifat berkesinambungan dalam arti tersedia setiap saat baik menurut waktu, ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan.

4). Penerimaan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat menjamin munculnya kepuasan yang terkait dengan mutu pelayanan, maka pelayanan kesehatan tersebut harus dapat diupayakan sehingga diterima oleh pemakai jasa pelayanan.

5). Ketercapaian pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai. Apabila keadaan ini sampai terjadi, tentu tidak akan memuaskan pasien, maka disebut suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu.

6). Keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Menurut Azwar (1996) keterjangkauan pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan kepuasan pasien dan kepuasan pasien berhubungan dengan mutu pelayanan. Maka suatu pelayanan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

7). Efisiensi pelayanan kesehatan.

Menurut Azwar (1996) puas atau tidaknya pemakai jasa pelayanan mempunyai kaitan yang erat dengan baik atau tidaknya mutu pelayanan maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut diselenggarakan secara efisien.

8). Mutu pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah yang menunjukkan pada kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan, yang apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien, maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

Donabedian (1987) dalam Parasuraman (1988), menyatakan bahwa mutu pelayanan adalah meliputi interaksi antara pembeli pelayanan kesehatan, kontribusi klien dalam pelayanan, kenyamanan pelayanan dan akses akses terhadap fasilitas pelayanan. Penilaian terhadap mutu pelayanan yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat di lihat dalam lima dimensi yang coba di kembangkan oleh Parasuraman (1988) yaitu:

1. *Tangibles* (keadaan yang ada)

Meliputi penampilan fisik, peralatan dan berbagai materi komunikasi. Kelancaran pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa aspek antara lain adalah : sumber daya manusia yang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya, tersedianya berbagai sumber atau fasilitas yang mendukung pencapaian kualitas pelayanan yang di berikan. Jasa pelayanan kesehatan di seluruh dunia selalu kekurangan sumber daya. Di antara berbagai keperluan harus di terapkan prioritas, dan keperluan harus disesuaikan dengan sumber daya yang ada. Untuk itu harus di buat perkiraan biaya sebelum formulir pemesanan di lengkapi.

2. *Realibility* (dapat dipercaya).

Yakni kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang di janjikan terpercaya dan akurat, konsisten dan kesesuaian pelayanan. Pelayanan yang di berikan kepada pasien merupakan bentuk pelayanan yang profesional yang berfokus pada berbagai kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien.

3. *Responsiveness* (ketanggapan atau tanggung jawab)

Yakni kemauan para petugas kesehatan untuk membantu para pasien dan memberikan pelayanan dengan cepat, serta mendengarkan dan mengatasi keluhan yang di ajukan pasien, pasien dapat informasi secara lengkap dan jelas tentang kondisi kesehatannya.

4. *Assurance* (kepastian atau jaminan)

Mencakup kemampuan para petugas kesehatan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah di kemukakan kepada pelanggan. Bentuk pelayanan ini seyogyanya di berikan oleh para petugas kesehatan yang

memiliki kemampuan serta sikap dan kepribadian yang sesuai dengan tuntutan perkembangan profesi yang ada. Seorang petugas kesehatan harus mempunyai kemampuan yang cukup dalam menjawab pertanyaan pasien, mampu memberikan kepercayaan kepada pasien dan keluarga, mampu menjaga kesopanan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

5. *Empaty*

meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

2.2.4 Pengukuran Kepuasan Pelanggan atau Pasien

Pada prinsipnya pengukuran kepuasan pelanggan atau pasien dapat dilakukan dengan berbagai macam metode dan tehnik. Seperti yang dinyatakan Kotler (1997) adalah sebagai berikut :

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berpusat pelanggan (*customer-centered*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelangganya untuk menyampaikan saran dan keluhan, misalnya dengan kotak saran, kartu komentar, customer hot line, dan lain-lain. Informasi ini dapat menjadi ide cemerlang bagi perusahaan dan memungkinkan untuk bereaksi secara tanggap dan cepat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul.

2. *Ghost shopping*

Salah satu cara memperoleh gambaran kepuasan pelanggan adalah dengan memperkerjakan beberapa orang untuk berpesan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan mengenai temuan-temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk atau jasa perusahaan dan pesaing berdasarkan

pengalaman mereka dalam hal tersebut, disamping juga mengamati setiap keluhan.

3. *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi pemantauan *customer loss rate* juga penting, peningkatannya berarti indikasi kegagalan perusahaan dalam memasukkan pelanggan.

4. Survey kepuasan pelanggan

Penelitian yang dilakukan dengan survey baik melalui pos, telepon maupun wawancara langsung, karena dengan survey perusahaan akan mendapatkan umpan balik secara langsung dan juga memberi tanda (*signal*) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian pada para pelanggannya.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien

Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dengan kepuasan pasien sebagai berikut:

1. Rumah Sakit

Rumah sakit telah menjadi lembaga utama sistem pelayanan kesehatan. Klien yang datang ke rumah sakit biasanya menderita penyakit akut dan memerlukan pelayanan kesehatan tersier yang khusus dan komprehensif. Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit biasanya bervariasi tergantung oleh:

1). Tipe Rumah Sakit

Menurut Fatah (2004), rumah sakit di Indonesia terbagi atas 5 yaitu:

1. Rumah sakit tipe A atau rumah sakit pusat adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis yang luas. Pemerintah menetapkan bahwa rumah sakit kelas A sebagai tempat pelayanan rumah sakit rujukan tertinggi (*to referral hospital*) atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat.
2. Rumah sakit tipe B atau rumah sakit provinsi, adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan subspesialis terbatas. Rumah sakit provinsi menampung rujukan dari rumah sakit kabupaten.
3. Rumah sakit tipe C atau rumah sakit kabupaten (*Regency Hospital*) adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas (penyakit dalam, penyakit bedah, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kebidanan serta kandungan). Rumah sakit kabupaten menampung rujukan dari puskesmas.
4. Rumah sakit tipe D adalah rumah sakit yang bersifat transisi dan hanya memberikan pelayanan kedokteran gigi serta menampung rujukan dari puskesmas.
5. Rumah sakit tipe E atau rumah sakit khusus (*Special Hospital*) menyelenggarakan satu macam pelayanan kedokteran (mis: rumah sakit kusta, jiwa kanker, jantung dsb).

2). Status kepemilikan

Rumah sakit diklasifikasikan menjadi rumah sakit negeri atau swasta. Rumah sakit negeri dibiayai dan dijalankan oleh pemerintah pada tingkat lokal, provinsi atau nasional. Rumah sakit negeri memberi pelayanan yang bertujuan untuk tidak mencari keuntungan. Rumah sakit swasta dimiliki dan dijalankan oleh kelompok tertentu, seperti gereja, yayasan, perusahaan, dan organisasi amal. Sebagian besar klien yang memanfaatkan rumah sakit swasta memiliki beberapa jenis asuransi atau bantuan pengobatan untuk membayar biaya perawatan. Status keuntungan mempengaruhi cara bagaimana penghasilan yang diperoleh dapat digunakan untuk memberikan pelayanan dan membayar pajak. Jenis rumah sakit yang lainnya adalah rumah sakit militer bertujuan untuk memberikan pelayanan medis bagi anggota tentara dan keluarganya (Perry & Potter, 2005).

2). Letak Geografi

Rumah sakit kecil di daerah pedesaan mungkin hanya dapat memberikan pelayanan kedaruratan, diagnostik, dan pelayanan rawat inap yang terbatas. Sedangkan, pusat-pusat pelayanan kesehatan yang besar di daerah perkotaan menawarkan berbagai jenis pelayanan diagnostik yang komprehensif, pelayanan kedaruratan, tindakan operasi, unit perawatan intensif, pelayanan rawat inap dan berbagai fasilitas rehabilitatif. Rumah sakit yang lebih besar juga menawarkan staf profesional, terapi pernapasan, terapi fisik dan terapi okupasi, dan terapi bicara (Perry & Potter, 2005)

3). Fasilitas yang tersedia

Fokus rumah sakit adalah untuk memberi perawatan yang berkualitas tinggi sehingga klien dapat pulang lebih awal dengan aman kerumahnya atau

kesebuah fasilitas yang dapat mengelola kebutuhan pelayanan kesehatan yang masih dibutuhkan oleh klien secara adekuat. Jika klien tidak dapat sembuh sepenuhnya, maka klien memerlukan berbagai tempat alternatif, termasuk diantaranya fasilitas perawatan yang diperluas, rumah perawatan, dan perawatan rumah (Perry & Potter, 2005).

2. Faktor Sumber Daya Manusia

Faktor sumber daya manusia terdiri sebagai berikut:

1). Jumlah tenaga perawat

Pada suatu pelayanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan bergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan klien terhadap keperawatan

Tabel 2.1 Jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dalam satu ruang rawat (Douglas, 1984) dalam Sitorus (2006).

Jumlah Klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1.	0,17	0,14	0,07	0,27	0,15	0,10	0,36	0,30	0,20
2.	0,34	0,28	0,14	0,54	0,30	0,20	0,72	0,60	0,40
3.	0,51	0,42	0,21	0,81	0,45	0,30	1,08	0,90	0,40
Dst									

Cara lain untuk menentukan jumlah jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dijelaskan oleh Loveridge dan Cummings (1996) dalam Sitorus (2006) didasarkan pada tingkat keseriusan kondisi klien yang dirawat di rumah sakit, yaitu dengan sistem klasifikasi klien (*patient classification system*) atau sistem akuitas (*acuity systems*).

Terdapat dua jenis sistem akuisitas yaitu evaluasi prototipe dan evaluasi faktor. Kedua sistem evaluasi ini dikembangkan dari indikator kritis yang merupakan tugas spesifik yang dibutuhkan klien pada suatu unit. Pada evaluasi prototipe, klien dikelompokkan ke dalam kelas. Terdapat empat kelas yang

ditetapkan berdasarkan indikator kritis. Setiap kelas memerlukan waktu pemberian asuhan keperawatan yang berbeda:

1. Kelas I : 2 jam/ 24 jam
2. Kelas II : 3 jam/24 jam
3. Kelas III : 4,5 jam/24 jam
4. Kelas IV : 6 jam/24 jam

Pada evaluasi faktor, klien dikelompokkan berdasarkan jumlah nilai yang didapat berdasarkan indikator kritis atau unit nilai relative (*relative value units, RVUs*)

Kelas I : 0-10 point

Kelas II : 11-25 point

Kelas III : 26-40 point

Kelas IV : > 41 point

Tabel 2.2: Ratio tempat tidur dan personel rumah sakit

Type RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	TNONP/TT
A dan B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	3/4
D	1/15	1/2	1/6	2/3
E	Disesuaikan			
TM, tenaga medis; TNPP, tenaga paramedik perawatan; TNONP, tenaga non paramedis perawatan; TT, Tempat Tidur.				
Sumber: Sitorus (2006)				

Cara menghitung jumlah perawat dengan evaluasi prototipe dan evaluasi faktor tidak jauh berbeda, evaluasi faktor lebih menunjukkan nilai sebenarnya yang diperlukan setiap oleh setiap klien. Di Indonesia, khususnya rumah sakit pemerintah, penetapan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan metode ratio sesuai dengan SK Menkes No.262/Menkes/Per/VIU79. Peraturan tersebut

dikutipkan pada tabel 2.2. Penetapan jumlah perawat berdasarkan metode tersebut tidak sesuai dengan kebutuhan klien dan perlu peninjauan kembali. Persyaratan ini akan menyebabkan jumlah perawat di suatu ruangan rawat kurang dari kebutuhan, tetapi juga bisa lebih. Apabila jumlah dan jenis tenaga keperawatan sudah diidentifikasi, pertimbangan selanjutnya adalah penetapan metode pemberian asuhan keperawatan. Penetapan metode pemberian asuhan keperawatan harus memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional (Sitorus, 2006).

2). Latar belakang pendidikan

Di Indonesia terdapat tiga jenis tenaga yang melakukan praktik keperawatan, yaitu lulusan sekolah perawat kesehatan (SPK), lulusan D III keperawatan, dan sarjana keperawatan/ Ners. Program D III Keperawatan dan program pendidikan sarjana keperawatan/ Ners merupakan bagian dari pendidikan tinggi keperawatan yang menghasilkan perawat profesional, tetapi untuk lulusan program pendidikan DIII keperawatan disebut sebagai perawat profesional pemula (Kelompok Kerja Keperawatan, 1992) dalam Sitorus (2006). Dengan demikian, perawat diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan profesional dengan berpedoman pada standar asuhan keperawatan dan etik keperawatan (Sitorus, 2006)

3). Tingkat keahlian dan ketrampilan

Dengan adanya perubahan yang terus menerus dalam lingkungan pelayanan kesehatan, pengelolaan kasus merupakan suatu pendekatan yang akan mengkoordinasikan dan menghubungkan pelayanan kesehatan dengan klien dan keluarganya, yang menjadi pengelola kasus adalah perawat spesialis klinik atau perawat utama yang mempunyai tingkat keahlian praktik keperawatan. Perawat

yang melaksanakan peran pengelola kasus, dituntut harus mempunyai keterampilan dan pengetahuan cara bernegosiasi, melakukan dan mengkoordinasikan pelayanan dan sumber-sumber yang ada, memberi intervensi yang penting untuk klien dan menganalisa kecenderungan perawatan (Perry & Potter, 2005)

4). Beban kerja

Menurut Lunberg (1999) dalam Rivai (2003) menyimpulkan bahwa seseorang dalam bekerja akan berfungsi secara optimal dengan kondisi beban kerja yang sedang moderate dan kurang berfungsi maksimal dengan kondisi overload dan underload. Menurut *American Nurse Assosiation* (ANA) dalam Perry & Potter (2005) menjelaskan tentang perlunya perawat berada pada posisi untuk melaksanakan aktivitas perawatan pasien dan untuk mengetahui aktivitas apa yang dapat didelegasikan atau ditugaskan secara aman. Penambahan tenaga pemberian pelayanan alternatif dapat dilaksanakan dengan cara yang inovatif sehingga akan menurunkan beban kerja perawat (Perry & Potter, 2005)

3. Faktor Pasien

1). Derajat ketergantungan klien

Menurut Douglas (1992) dalam Sitorus (2006), klasifikasi derajat ketergantungan klien di bagi dalam tiga kategori:

1. Perawatan minimal memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam.

Kriteria:

- 1) Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
- 2) Makan minum dilakukan sendiri
- 3) Ambulasi dengan pengawasan

- 4) Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap jaga (shift)
 - 5) Pengobatan minimal dengan status psikologis stabil
2. Perawatan parsial memerlukan waktu 3-4 jam/24 jam.

Kriteria:

- 1) Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
 - 2) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - 3) Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
 - 4) Klien dengan kateter urin, pemasukan dan pengeluaran dicatat
 - 5) Klien dengan infus, persiapan pengobatan yang memerlukan prosedur
3. Perawatan total memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam

Kriteria:

- 1) Semua keperluan klien dibantu
 - 2) Perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap 2 jam
 - 3) Makan melalui slang atau pipa lambung, terapi intravena
 - 4) Dilakukan penghisapan lendir
 - 5) Gelisah/ disorientasi
4. Pembagian tugas dan tanggung jawab

Kecenderungan yang sudah tampak sebagai akibat reformasi pelayanan kesehatan adalah penataan ulang pekerjaan. Penataan ini mengubah struktur aktual dan akhirnya mengubah tanggung jawab terhadap kerja yang dilakukan oleh seseorang (Hakcman & Oldham, 1980) dalam Perry & Potter (2005). Pembagian tanggung jawab dalam sistem pemberian asuhan keperawatan akhirnya melibatkan identifikasi terhadap aspek-aspek pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan secara aman. Bila pembagian tanggung jawab diatur dengan

baik maka staf akan merasa lebih puas dan klien akan mendapatkan pelayanan yang lebih efisien (Perry & Potter, 2005). Menurut Sitorus (2004) pada metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer tugas dan tanggung jawab di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibedakan atas tugas dan tanggung jawab kepala ruangan, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet.

5. Teknologi yang dipergunakan

Teknologi mempunyai dampak bagi pemberian pelayanan. Teknologi dapat menyebabkan spesialisasi yang besar terhadap dalam pelayanan kesehatan maka ada resiko semakin banyaknya perawatan yang terpisah-pisah. Tetapi berbagai jenis spesialisasi menyebabkan banyak pemberi pelayanan yang tidak melakukan komunikasi dengan jelas satu sama yang lain untuk memastikan perawatan klien yang terkoordinasi dengan baik (Perry & Potter, 2005).

6. Biaya pelayanan keperawatan

Berbagai institusi pelayanan kesehatan berusaha mencari cara yang lebih baik untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan biaya yang lebih rendah. Perawatan kesehatan adalah suatu bisnis yang mempunyai isu sentral berupa peningkatan biaya dan penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tekanan keuangan telah mendorong rumah sakit dan institusi pelayanan lainnya untuk mengubah prioritas organisasi. Masih ada sedikit institusi yang mencoba untuk mengontrol biaya dengan mengurangi tenaga kerja dan pelayanan pendukung yang diperlukan untuk memberi perawatan klien secara lanjut. Ada suatu kekhawatiran bahwa institusi semacam itu lebih menjadikan insentif keuangan

sebagai prioritas daripada pelayanan kemanusiaan yang berkualitas. Keberhasilan bisnis pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam menciptakan sistem yang diperlukan untuk memberi perawatan dengan biaya yang efektif dan menciptakan strategi untuk memastikan bahwa klien akan menerima perawatan yang berkualitas (Perry & Potter, 2005).

7. Waktu yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan keperawatan

Pemberian perawatan kesehatan merupakan suatu cara untuk memberi pelayanan kesehatan sedang mengalami perubahan sebagai respon terhadap isu penting dalam reformasi pelayanan kesehatan. Rumah sakit sedang mencari cara baru untuk memberikan pelayanan yang bertujuan untuk mencapai efisiensi dan waktu rawat yang lebih pendek untuk masyarakat, untuk itu perlu dipahami berbagai faktor dimasyarakat yang dapat mempengaruhi pemberian pelayanan kesehatan sehingga perubahan dapat dilakukan dengan tepat untuk menciptakan cara yang lebih baik dalam pemberian pelayanan keperawatan, dan untuk mengembangkan berbagai peran baru dari keperawatan.

8. Model dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan. Sepanjang waktu, format dan kualitas dokumentasi telah berkembang, tetapi fokusnya terus berdampak positif terhadap perawatan klien. Sistem dokumentasi yang ideal harus memberikan informasi klien yang komprehensif, menunjukkan standar klien, memfasilitasi *reimbursement* dan pemerintah dan perusahaan asuransi pembayar serta berfungsi sebagai dokumentasi legal (Perry & Potter, 2005). Informasi yang akurat dalam dokumentasi dapat memastikan kontinuitas dan kualitas perawatan.

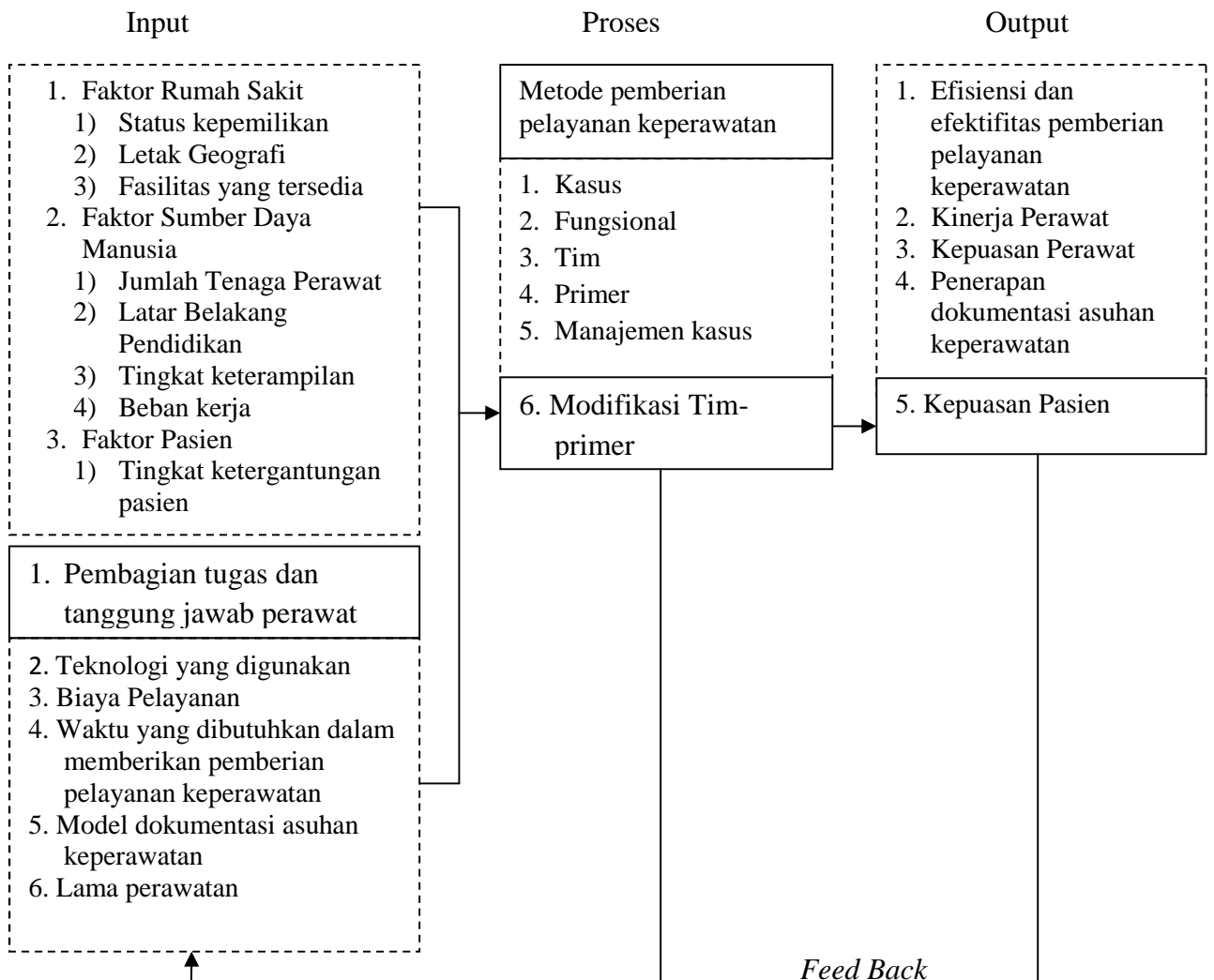
9. Lama Perawatan

Perawatan kesehatan yang diterima klien saat ini mungkin tidak diperlukan dan sering dilakukan secara terpisah-pisah, serta menggunakan sumber yang bertujuan untuk menangani episode akut berbagai penyakit daripada bertujuan untuk pencegahan. Hal ini mengakibatkan lama rawat di rumah sakit lebih panjang dan biaya lebih besar, oleh sebab itu dibutuhkan sistem pelayanan kesehatan yang memberikan akses universal bagi semua anggota masyarakat, memberikan perawatan komprehensif, yang mudah, dapat diakses, dan tepat (Perry & Potter, 2005).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Ket: : diukur : tidak diukur

Gambar 3.1: Kerangka konseptual hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Soetomo Surabaya modifikasi teori sistem untuk pemberian pelayanan keperawatan.

Gambar 3.1 menjelaskan pemilihan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan pada suatu unit perawatan harus disesuaikan dengan berbagai faktor. Dalam penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dipengaruhi faktor rumah sakit, faktor sumber daya manusia dan pasien. Faktor rumah sakit mencakup status kepemilikan, fasilitas yang tersedia dan letak geografi rumah sakit. Faktor sumber daya manusia terdiri dari jumlah perawat dan latar belakang pendidikan perawat. Faktor pasien mencakup tingkat derajat ketergantungan pasien. Pemilihan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dapat berpengaruh dengan kepuasan pasien. Pemilihan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer juga berpengaruh terhadap efisiensi dan efektifitas pemberian pelayanan, kinerja perawat, kepuasan perawat, dan penerapan dokumentasi keperawatan. Dalam mencapai tujuan kepuasan pasien, terdapat beberapa faktor yang harus dipertimbangkan. Salah satu faktor tersebut adalah pembagian tugas dan tanggung jawab perawat. Pada metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer terdapat pembagian tugas dan tanggung jawab dalam pemberian pelayanan keperawatan terdiri dari kepala ruang, Clinical Care Manager (*CCM*), perawat primer, dan perawat asosiet. Beberapa faktor lain yang harus dipertimbangkan adalah teknologi yang digunakan, biaya pelayanan keperawatan, waktu yang dibutuhkan untuk pemberian pelayanan keperawatan, model dokumentasi asuhan keperawatan dan lama perawatan pasien di rumah sakit.

3.2 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis pada penelitian ini adalah:

H1: Terdapat hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien.

BAB 4

METODE PENELITIAN

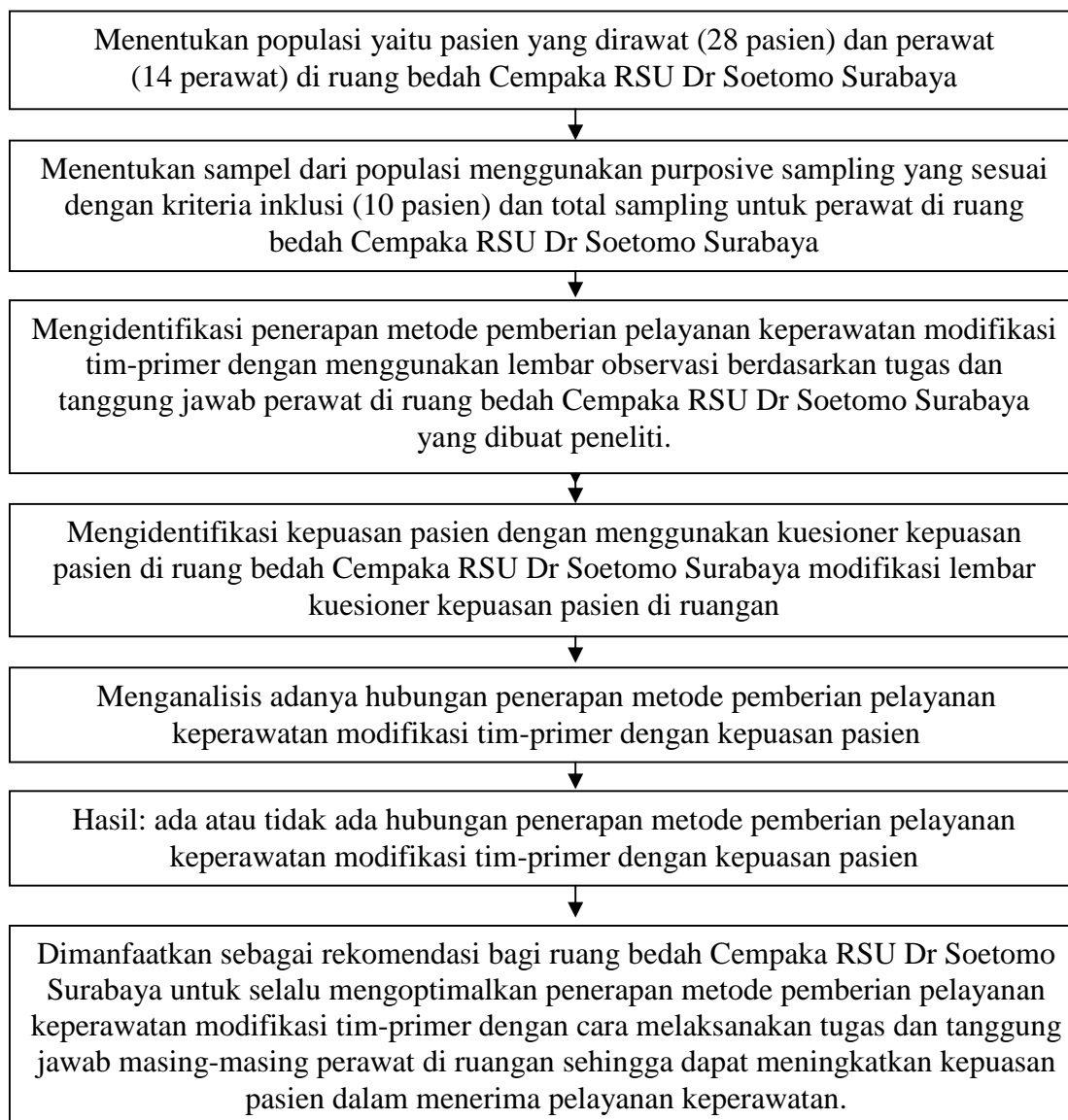
Pada bab ini akan dibahas tentang ; 1) Desain Penelitian; 2) Kerangka Kerja; 3) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling; 4) Identifikasi Variabel; 5) Definisi Operasional; 6) Metode Pengumpulan Data; 7) Analisis Data; 8) Etika Penelitian;

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran variabel independen yaitu penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dan variabel dependen yaitu kepuasan pasien. Penelitian *Cross Sectional* yang dimaksud adalah dimana peneliti ingin mencari adanya hubungan antara penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 21-27 Juli 2008. Pada penelitian ini dilakukan pengukuran penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer (meliputi pelaksanaan tugas dan tanggung kepala ruang, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet) dengan menggunakan lembar observasi dan kepuasan pasien dengan menggunakan kuesioner kepuasan pasien yang akan diisi oleh responden pasien dan dilakukan dalam satu kali (tidak ada *follow up*) dalam satu waktu atau hari yang sama. Responden pasien sebelumnya sudah menandatangani informed consent untuk persetujuan menjadi responden penelitian. Penelitian pada akhirnya penelitian ini

akan menganalisis ada atau tidaknya hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien.

4.2 Kerangka Kerja (*framework*)



Gambar 4.1 : Kerangka Kerja Penelitian Hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan seluruh subyek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang berjumlah 14 dan semua semua pasien berjumlah 28 pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tetentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam & Pariani, 2000). Menurut Nursalam (2003), menyebutkan ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel, yaitu; (1) representative (mewakili) artinya sampel dapat mewakili populasi kepuasan pasien di bedah Cemapaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.; (2) sampel harus cukup banyak yaitu 10-20% untuk subyek dengan jumlah lebih dari 1000. Untuk menentukan besar sampel maka terlebih dahulu ditentukan kriteria sampel yang terdiri dari 2 bagian, yaitu:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus sebagai pedoman didalam menentukan kriteria inklusi (Nursalam, 2003).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien berusia 13-70 tahun.
- 2) Pasien yang sudah dinyatakan KRS (Keluar Rumah Sakit) dan sudah mendapatkan *discharge planning* dari perawat primer di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

3) Responden/ keluarga kooperatif

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/ mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Responden yang belum dinyatakan KRS (Keluar Rumah Sakit) di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.
- 2) Tidak bersedia diteliti

Dari populasi akan diambil sampel sesuai dengan kriteria inklusi sehingga didapatkan jumlah sampel sebesar 10 responden pasien dan semua perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya berjumlah 14 orang.

4.3.3 Teknik Sampling

Sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel yang akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Pada penelitian ini pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu penetapan sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian) sesuai dengan kriteria inklusi untuk responden pasien dan menggunakan total sampling untuk responden perawat yaitu semua perawat yang ada di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dan kepuasan pasien. Peneliti menentukan dua hal tersebut yang akan dicari hubungan yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Variabel tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas ini merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel tergantung (*Dependent Variable*) (Hidayat, 2007). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

2. Variabel Tergantung (*Dependent Variable*)

Variabel tergantung ini merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2007). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya yang dipengaruhi oleh penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 : Definisi operasional hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien.

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer	Hasil (observasi)/ pengamatan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab kepala ruang, <i>Clinical Care Manager (CCM)</i> , perawat primer dan perawat asosiet di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya dengan menggunakan lembar observasi yang dibuat peneliti.	Terlaksananya tugas dan tanggung jawab: 1. Kepala ruang 2. <i>Clinical Care Manager (CCM)</i> . 3. Perawat primer 4. Perawat asosiet.	Observasi	Ordinal	Ya = 1 Tidak = 0 Skor: 1. 8-14 = baik 2. 0-7 = kurang
Variabel dependen: kepuasan pasien	Jawaban perasaan senang dan kecewa yang dipilih oleh pasien yang akan pulang sesudah mendapatkan <i>discharge planning</i> oleh perawat primer tentang pelayanan keperawatan yang diberikan selama MRS di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo	Penilaian atas kepuasan pasien yang mencakup dimensi: 1. <i>Responsiveness</i> 2. <i>Assurance</i> 3. <i>Tangibles</i> 4. <i>Empaty</i> 5. <i>Reability</i>	Kuesioner	Ordinal	Sangat puas = 5 Puas = 4 Kurang puas = 2 Tidak Puas = 1 Skor: 1. 150-111 = baik 2. 110-71 = sedang 3. 70-30 = kurang

	Surabaya pada lembar kuesioner yang dibuat oleh peneliti.				
--	---	--	--	--	--

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2005). Proses pengumpulan data dalam penelitian ini melalui pengisian kuesioner oleh responden dan lembar observasi yang diisi oleh peneliti. Lembar kuesioner digunakan untuk mengetahui data demografi dan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Pada variabel indenpenden yaitu penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer diukur dengan menggunakan lembar observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab kepala ruang, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet, yang terdiri masing-masing 14 pertanyaan dengan menggunakan skor: ya = 1 dan tidak = 0. Pada variabel dependen yaitu kepuasan pasien diukur dengan menggunakan lembar kuesioner kepuasan pasien modifikasi dari lembar kuesioner dari ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, yang terdiri 30 pertanyaan, no. 1-6 pertanyaan kepuasan menurut dimensi *responsivennes*, no 7-12 pertanyaan kepuasan menurut dimensi *Assurance* (kepastian), no 13-18 pertanyaan kepuasan menurut dimensi *Tangibles* (Kenyataan), no 19-24 pertanyaan kepuasan menurut dimensi *Empaty* (empati) dan no 24-30 adalah pertanyaan kepuasan pasien menurut dimensi *Realibility* (Kehandalan) yang menggunakan skala likert yang terdiri dari 5

parameter yaitu: sangat puas = 5, puas = 4, cukup puas = 3, kurang puas = 2, tidak puas = 1. Parameter 3 sengaja dihilangkan oleh peneliti agar mendapatkan hasil yang sesuai dengan kondisi pasien.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di ruang bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 18-25 Juli tahun 2008.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data awal dilakukan setelah mendapatkan izin dari pihak koordinator Instalasi bedah di RSUD Dr Soetomo Surabaya dan ruang bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Sebagai langkah awal, peneliti melakukan pendekatan terhadap kepala ruang untuk menjelaskan dan meminta izin melakukan pembagian kuesioner demografi dan kepuasan pasien serta melakukan observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruangan. Pada tanggal 10-26 Mei tahun 2008 peneliti melakukan pengumpulan data awal untuk kepuasan pasien dengan menggunakan kuesioner kepuasan pasien dari ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, secara acak terhadap 10 pasien. Responden terlebih dahulu dijelaskan tujuan penelitian dan pemberian *informed consent* untuk ditanda tangani sebagai tindakan persetujuan dijadikan responden dalam penelitian. Pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya diminta untuk mengisi sendiri data demografi. Pada tanggal 12 Mei tahun 2008 peneliti melakukan observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat primer berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan pendokumentasian 10 pasien secara acak. Masing-masing kegiatan dilakukan satu kali (tidak ada *follow up*) dalam satu waktu atau hari yang sama. Setelah data

semua terkumpul, dilakukan tabulasi data dan pengolahan data. Kemudian dilakukan evaluasi hasil untuk menentukan adanya hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.6.4 Analisis Data

Menurut Arikunto (2006), secara garis besar analisis meliputi tiga langkah yaitu :

1. Persiapan

Kegiatan dalam langkah persiapan ini antara lain :

1). Pada tanggal 10-26 Mei tahun 2008 peneliti melakukan pengumpulan data awal untuk kepuasan pasien dengan menggunakan kuesioner kepuasan pasien dari ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, secara acak terhadap 10 pasien. Pada tanggal 12 Mei tahun 2008 peneliti melakukan observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat primer berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan pendokumentasian 10 pasien secara acak.

2). Mengecek kelengkapan data, memeriksa isi instrumen. Observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruangan(meliputi kepala ruangan, *Clinical Care Manager (CCM)*, Perawat primer dan perawat asosiet, dan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo serta kuesioner data demografi.

2. Tabulasi

G.E.R Burroughas dalam arikunto (2006), mengemukakan klasifikasi analisis data sebagai berikut :

1). Tabulasi data (*the tabulation of the data*) yaitu data demografi pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya yang meliputi: jenis kelamin, usia, status pendidikan, pekerjaan dan lama dirawat. Penyimpulan data (*the summarizing of the data*) yang diperoleh dari data sebelumnya dari data kepuasan pasien dan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruangan.

2). Analisis data untuk tujuan penarikan kesimpulan.

3. Analisis Data

Hasil pengisian kuesioner dan observasi dilakukan analisis deskriptif dengan menggunakan tabel distribusi, analisis statistik menggunakan teknik analisis data komputerisasi program SPSS 13.

1). Analisis Deskriptif

Variabel penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer menggunakan observasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat yang terdiri dari: kepala ruang, Clinical Care Manager (CCM), perawat primer dan perawat asosiet, masing-masing 14 pertanyaan, dengan menggunakan skor: ya =1, tidak = 0, skor tertinggi 14 dan skor terendah 0. Kuesioner kepuasan pasien terdiri 30 pertanyaan menggunakan skala likert yang terdiri dari 5 parameter yaitu: sangat puas = 5, puas = 4, kurang puas = 2, dan tidak puas = 1. Skor tertinggi 150 dan skor terendah yaitu 30. Teknik skoring menggunakan pembagian rentang kuartil.

2). Analisis statistik

Analisis statistik digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan tim-primer dengan kepuasan

pasien yang diuji dengan menggunakan uji statistik *Spearman Rho* dengan menggunakan teknik analisis data komputerisasi program SPSS 13 dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $p < 0,05$

Kriteria penerimaan hipotesis:

1. Hipotesis nol ditolak bila p (nilai probabilitas), $p < 0,05$ yang berarti H_1 diterima yaitu ada hubungan yang bermakna antara penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien.
2. Hipotesis nol diterima bila p (nilai probabilitas), $p > 0,05$ yang berarti H_1 ditolak yaitu tidak ada hubungan bermakna antara penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien.

Nilai koefisien korelasi yang diperoleh/ nilai r yang dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

1. Antara 0,800-1,000: sangat kuat
2. Antara 0,600-0,800: kuat
3. Antara 0,400-0,600: sedang
4. Antara 0,200-0,400: lemah
5. Antara 0,000-0,200: sangat lemah atau tidak berkorelasi.

4.7 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan sesuai dengan etika penelitian. Adapun masalah etika penelitian meliputi 1) *informed consent* atau lembar persetujuan sebagai responden, 2) *anonimity* atau tanpa nama dan 3) *confidentiallity* atau kerahasiaan.

1. Surat persetujuan (*informed consent*)

Responden pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya ditetapkan berdasarkan kriteria inklusi kemudian mendapatkan penjelasan tentang kegiatan penelitian atau tujuan dan dampak bagi responden pasien serta setelah responden pasien menyatakan setuju untuk dijadikan responden secara tertulis melalui *informed consent*. Calon responden yang tidak menyetujui untuk dijadikan responden tidak akan dipaksa. Pada responden perawat tidak mendapatkan *informed consent* karena diukur dengan menggunakan lembar observasi yang dibuat peneliti.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden di ruang bedah Cempaka RSUD Dr. Soetomo Surabaya, peneliti sengaja tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data. Peneliti hanya menggunakan nomor pada lembar tersebut.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan responden di ruang bedah Cempaka Surabaya RSUD Dr Soetomo Surabaya dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu (yang dibutuhkan) saja yang dicantumkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Nursalam, 2003), penelitian menyadari bahwa kelemahan atau hambatan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Sebagai peneliti pemula dengan keterbatasan pengetahuan, pengalaman, waktu, biaya dan tenaga yang dimiliki sehingga peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penelitian ini.
2. Pengumpulan data dengan kuesioner belum dilakukan uji coba validitas dan realibilitas.
3. Pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan tidak jujur dan mempunyai probabilitas yang tinggi untuk memilih jawaban yang baik.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian yang meliputi data umum dan data khusus yang selanjutnya akan dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Responden dalam penelitian ini adalah 14 perawat dan 14 pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008 dengan menggunakan lembar observasi mengenai pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat yang terdiri dari kepala ruang, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet dan lembar kuesioner untuk kepuasan pasien. Hasil penelitian meliputi: gambaran umum lokasi penelitian, data umum yang terdiri dari karakteristik responden perawat berdasarkan lama bekerja, status kepegawaian dan jenjang pendidikan serta karakteristik responden pasien yang terdiri dari usia, jenjang pendidikan, pekerjaan dan lama dirawat, sedangkan data khusus meliputi identifikasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat dan kepuasan pasien. Setelah data terkumpul diberi kode selanjutnya ditabulasi dan dilakukan uji statistik non parametrik, korelasi *Spearman's Rho* dengan tingkat kemaknaan 0.05.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

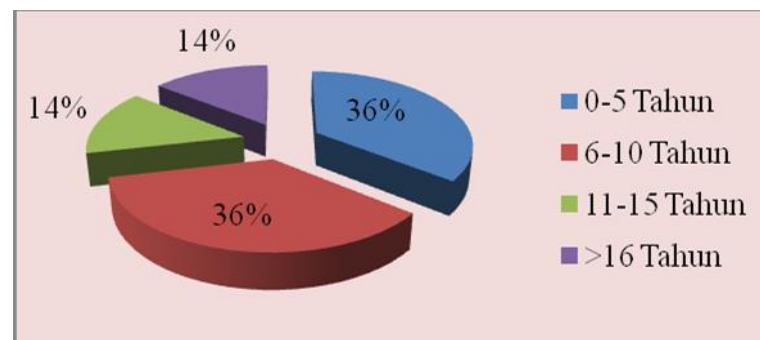
Penelitian ini dilakukan di ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya yang terdiri dari 28 tempat tidur dan terbagi menjadi 2 kelas yaitu kelas 1 berisi 10 tempat tidur, kelas

2 berisi 18 tempat tidur. Ruang bedah Cempaka merupakan ruangan elektif yaitu ruangan perawatan pasien yang menunggu jadwal operasi dan sesudah operasi dari GBPT (Gedung Bedah Pusat Terpadu) RSUD Dr Soetomo Surabaya. Di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya merupakan ruang rawat bagi pasien dengan gangguan Urology, Digestive, Orthopedi, KL (Kepala Leher). Tenaga perawat berjumlah 14 orang yang terdiri dari 1 kepala ruangan, 1 CCM (*Clinical Care Manager*), 2 Perawat Primer dan 10 Perawat Asosiet. Adapun tingkat pendidikannya 3 perawat berpendidikan sarjana keperawatan, 1 perawat berpendidikan DIV keperawatan, 9 berpendidikan D III keperawatan, dan 1 perawat berpendidikan SPK.

5.1.2 Data Umum

1. Perawat

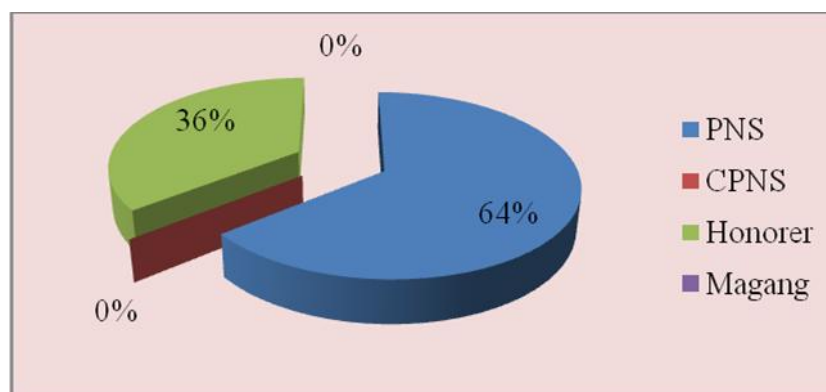
1) Distribusi responden berdasarkan lama bekerja



Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden berdasarkan lama bekerja di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa lama kerja responden sebagian besar 0-5 tahun sebanyak 5 responden (36%) dan lama bekerja 6-10 tahun sebanyak 5 responden (36%).

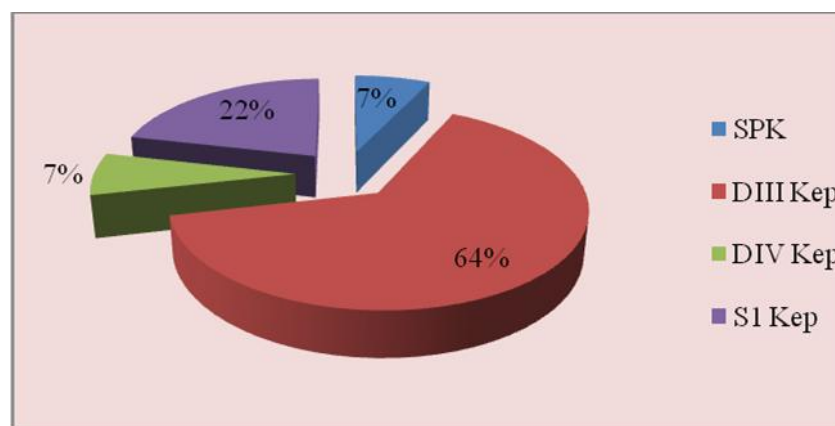
2) Distribusi responden berdasarkan status kepegawaian



Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden berdasarkan status kepegawaian di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 9 perawat (64%) adalah PNS.

3) Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

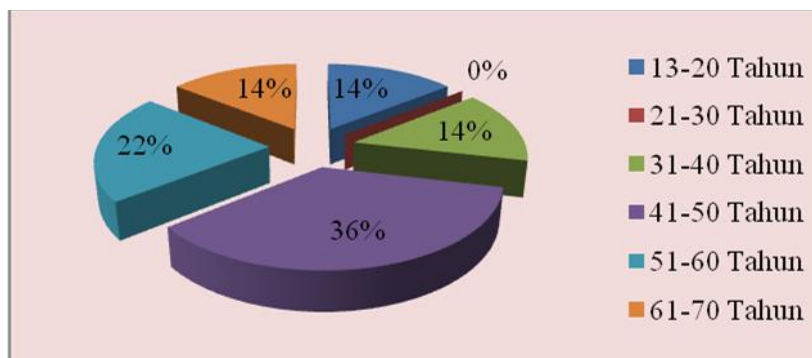


Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 9 perawat (64%) berpendidikan terakhir DIII keperawatan.

2. Pasien

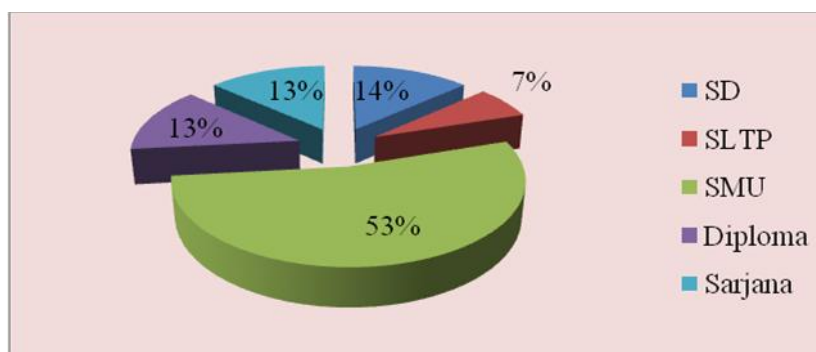
1) Distribusi responden berdasarkan usia



Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden pada pasien berdasarkan usia diruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan Gambar 5.4 menunjukkan sebagian besar responden berusia antara 41-50 tahun yakni 36%.

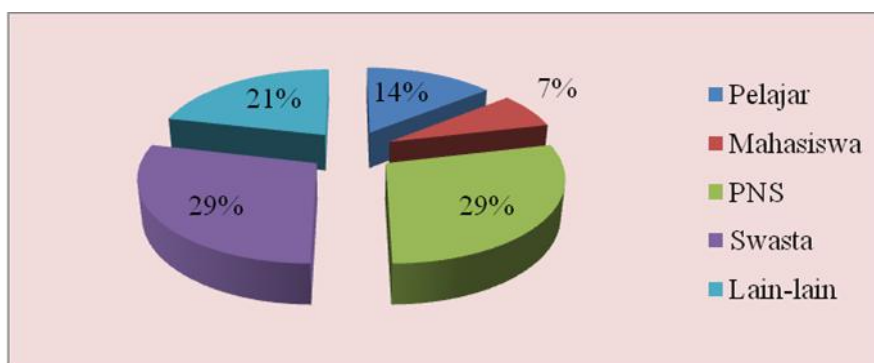
2) Distribusi responden berdasarkan jenjang pendidikan



Gambar 5.5 Diagram pie distribusi responden pada pasien berdasarkan pendidikan diruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.5 menunjukkan sebagian besar responden yaitu 8 orang (53%) berpendidikan SMU.

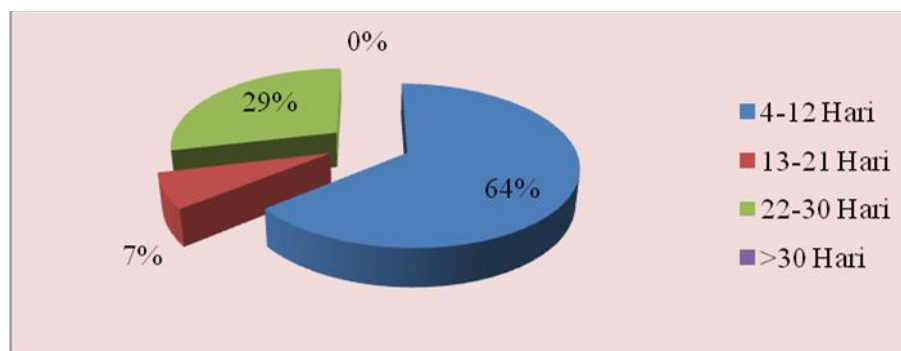
3) Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.6 Diagram pie distribusi pada responden pada pasien berdasarkan pekerjaan di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.6 diatas, diketahui bahwa 4 responden (29%) bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 4 responden (29%) bekerja swasta.

4) Distribusi responden berdasarkan lama dirawat



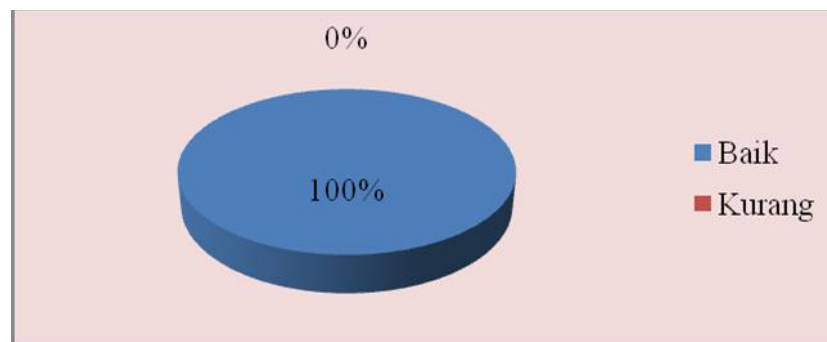
Gambar 5.7 Diagram pie distribusi pada responden pada pasien berdasarkan lama dirawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.7 diatas, diketahui bahwa sebagian besar 9 responden (64%) lama dirawat 4-12 hari.

5.1.3 Data Khusus

Data khusus menampilkan data tentang identifikasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer diukur dari pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat yang terdiri dari kepala ruang, *Clinical Care Manager (CCM)*, perawat primer dan perawat asosiet dan kepuasan pasien serta mengidentifikasi hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 juli 2008.

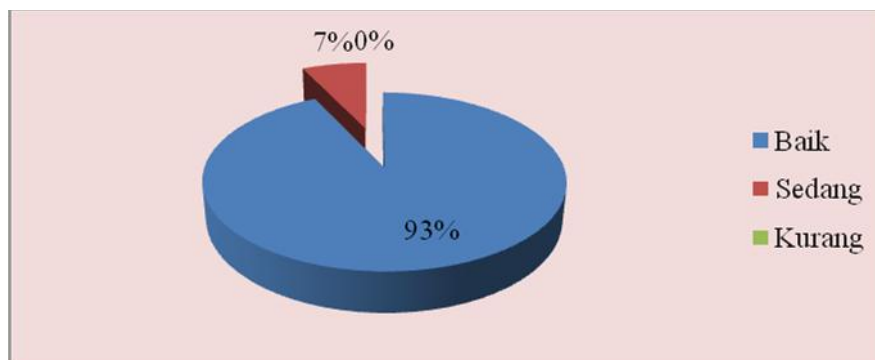
1. Identifikasi pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya



Gambar 5.8 Diagram pie distribusi responden pada perawat berdasarkan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.8, menunjukkan bahwa pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya baik (100%).

2). Identifikasi kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.



Gambar 5.9 Diagram pie kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya tanggal 21-27 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.9 menunjukkan bahwa kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya sebagian besar yaitu 13 responden dengan kepuasan baik (93%).

Hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya

1) Hubungan tugas dan tanggung jawab perawat dengan kepuasan pasien

Tabel 5.1 Distribusi data tugas dan tanggung jawab perawat dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008

Tugas dan tanggung jawab	Kepuasan pasien							
	Baik		Sedang		Kurang		Total	
		%		%		%		%
Baik	13	92,9	1	7,1	-	-	14	100
Kurang	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13	92,9	1	7,1			14	100
$r = 0,749$ $= 0,002$								

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa ada hubungan antara tugas dan tanggung jawab dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya. Terdapat 13 pasien (92,9%) dengan kepuasan baik dan 1 pasien (7,1%) dengan kepuasan sedang. Dari tabel 5.1 juga terlihat pelaksanaan tugas dan tanggung jawab 14 perawat baik (100%).

Berdasarkan uji statistik *Spearman Rank Correlation*, didapatkan tingkat kemaknaan $= 0,002$ artinya ada hubungan yang signifikan antara tugas dan tanggung jawab dan kepuasan pasien sedangkan nilai koefisien korelasi $r = 0,749$ artinya ada hubungan yang kuat antara tugas dan tanggung jawab dan hubungan linier yang positif (searah) di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya. Artinya, semakin baik pelaksanaan tugas dan tanggung jawab semakin baik kepuasan pasien.

5.2 Pembahasan

Identifikasi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, dinilai dari pelaksanaan tugas dan tanggung jawab adalah semua baik 14 perawat (100%). Hal tersebut didukung karena jenjang pendidikan perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya sebagian besar D III keperawatan 9 perawat (64,3%), S 1 keperawatan 3 perawat (21,4%), D IV keperawatan 1 perawat (7,1%) dan SPK 1 perawat (7,1%) (sekarang melanjutkan pendidikan DIII keperawatan). Hal ini sesuai dengan faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer yaitu latar belakang pendidikan. Dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat dalam bekerja

dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, dimana hal tersebut mempengaruhi pemberian asuhan keperawatan profesional dengan berpedoman pada standar asuhan keperawatan dan etik keperawatan (Sitorus, 2006). Dasar pendidikan perawat mempengaruhi proses dan kualitas pemberian pelayanan keperawatan, karena masing-masing jenjang pendidikan mempunyai kompetensi yang berbeda. Semakin tinggi pendidikan, maka kompetensi yang dimiliki juga akan lebih tinggi, sehingga diharapkan semakin berkualitas dalam memberikan pelayanan keperawatan. Lama bekerja juga dapat mempengaruhi perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam pemberian pelayanan keperawatan. Schein (1985) dalam Robbins (1996) menyatakan semakin lama orang bekerja, maka semakin banyak pengalaman yang mempengaruhi cara bekerja seseorang dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya karena pemberian asuhan keperawatan dibutuhkan suatu ketrampilan klinik. Seseorang akan terampil jika orang tersebut melakukan secara berulang-ulang. Semakin lama perawat bekerja, maka akan semakin terampil dalam memberikan ketrampilan klinik. Jika perawat kurang terampil maka pasien sebagai penerima pelayanan keperawatan maka kepuasan akan perawatan di rumah sakit akan berkurang. Status kepegawaian turut mempengaruhi perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab perawat dalam bekerja hal ini sesuai bahwa motivasi seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya faktor ekstrinsik status kepegawaian (Herzberg dalam Masithoh, 1998). Di ruang bedah Cempaka sebagian besar 9 perawat (64%), adalah PNS, dengan status kepegawaian PNS yang setiap bulan mendapatkan gaji dan hak-hak sebagai PNS (tunjangan tahunan,

jaminan kesehatan dll) dapat menimbulkan motivasi perawat untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab dalam bekerja.

Identifikasi kepuasan pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, 13 pasien (92,9%) dengan kepuasan baik dan 1 pasien dengan kepuasan sedang (7,1%). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo yang sudah dinyatakan KRS (Keluar Rumah Sakit) dan sudah mendapatkan *discharge planning* dari perawat primer adalah baik. Pasien merasa keluhan, kebutuhan fisik terpenuhi dan diperhatikan pada saat di bedah Cempaka. Perawat di ruangan juga memperhatikan keluarga pasien yang menunggu dan menjenguk dengan baik, serta perawat di ruang bedah Cempaka selalu ramah. Menurut Muninjaya (2004) bahwa kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan pasien dan keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap kepada kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas dan derita serta jerih payah yang harus dialami guna memperoleh hasil tersebut. Dalam kepuasan suatu pelayanan di rumah sakit hal ini dipengaruhi karena adanya *responsiveness*, *assurance*, *tangibility*, *empaty* dan *reability*. Untuk kategori kepuasan sedang 1 pasien (7,1%) di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya dikarenakan kurang lancarnya administrasi dan kurangnya waktu perawat asosiet untuk mengontrol dan mengevaluasi makanan yang dikonsumsi oleh pasien, seharusnya perawat asosiet secara rutin untuk mengontrol dan mengevaluasi makanan yang dikonsumsi oleh pasien setelah pembagian makanan pada pagi, siang dan sore hari. Perawat tidak menontrol dan mengevaluasi secara rutin makanan yang

dikonsumsi karena sudah ada keluarga yang menunggu pasien. Di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya sudah melaksanakan evaluasi kepuasan pasien dengan membagikan lembar kuesioner pada pasien atau keluarga pasien yang menunggu. Menurut Tjiptono (2000) pendidikan merupakan salah satu yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap *product*. Faktor lain yang mempengaruhi adalah pengalaman pelanggan atau klien dan karakteristik pelanggan atau klien, yang meliputi status sosial, pekerjaan, umur dan lain-lain makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Rata-rata pendidikan pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo 8 orang yakni 53% SMU. Pendidikan yang cukup dapat mempengaruhi seseorang untuk membuat keputusan yang tepat pemilihan pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien yang akan berdampak terhadap kepuasannya. Selain pendidikan pekerjaan juga berpengaruh terhadap kepuasan yang dirasakan pasien karena jika pekerjaannya memberikan penghasilan yang cukup memungkinkan seseorang untuk memilih suatu pelayanan keperawatan sesuai dengan harapannya.

Berdasarkan hasil uji *Spearman Rank Correlation* didapatkan data pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dengan kepuasan pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya, $p = 0,002$ artinya ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dan kepuasan pasien, sedangkan nilai koefisien korelasi $r = 0,749$ artinya ada hubungan yang kuat antara pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat dengan kepuasan pasien serta hubungan linier yang positif (searah) di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya. Data yang menunjang kemaknaan tersebut, yaitu 14 perawat

(100%) baik dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab pemberian asuhan keperawatan dan kepuasan pasien yang baik sebanyak 13 pasien (92,9%) dan 1 pasien (7,1%) dengan kepuasan sedang.

Menurut Cliffort (1996), dampak dari penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan salah satunya peningkatan kepuasan. Di ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya mulai bulan Agustus tahun 2006 berdasarkan kebijakan tim keperawatan RSUD Dr Soetomo menerapkan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer yang bertujuan untuk mengefektifkan dan mengefisiensikan pemberian pelayanan keperawatan pada pasien sehingga kepuasan pasien akan meningkat terhadap pelayanan keperawatan. Pada suatu ruangan yang menetapkan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer, terdapat beberapa jenis tenaga yang memberikan asuhan keperawatan yaitu *Clinical Care Manager* (CCM), Perawat Primer (PP) dan Perawat Asosiet (PA). Selain jenis tenaga tersebut terdapat juga seorang kepala ruang yang bertanggung jawab terhadap manajemen pelayanan keperawatan di ruangan tersebut. Peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuannya dan terdapat tugas dan tanggung jawab yang jelas dalam sistem pemberian asuhan keperawatan tersebut (Sitorus, 2006). Di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya terdapat 14 perawat dan sudah ada pembagian tenaga perawat untuk pelaksanaan tugas dan tanggung jawab yang jelas dalam pemberian pelayanan keperawatan yang terdiri dari 1 perawat sebagai kepala ruang, 1 perawat sebagai *Clinical Care Manager* (CCM), 2 perawat sebagai Perawat Primer dan 10 perawat Perawat Asosiet. Di ruangan sudah

terdapat papan pembagian tugas dan tanggung jawab perawat berdasarkan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer.

Dalam proses pemberian pelayanan keperawatan di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo terbagi menjadi 2 tim yaitu tim 1 dan tim 2 pada pagi hari. Masing-masing tim terdiri dari 1 perawat primer dan 2 perawat asosiet pada *shift* pagi. Pembagian perawat asosiet tidak menetap tiap tim, tetapi berotasi setelah 2 atau 3 minggu kemudian, sedangkan pembagian perawat primer untuk tim 1 dan tim 2 adalah tetap. Masing-masing tim menangani 14 pasien baik di kelas 1 maupun kelas 2. Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruang bedah Cempaka hanya dilakukan pada *shift* pagi, sedangkan untuk *shift* siang dan malam tidak menerapkan metode tersebut. Pada *shift* siang dan malam hari, masing-masing *shift* terdapat 2 perawat asosiet tanpa perawat primer. Di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya terdapat 1 perawat sebagai *Clinical Care Manager (CCM)* yang bertanggung jawab terhadap standar pelayanan yang diberikan kepada pasien dan mempunyai akuntabilitas serta koordinator dari semua pelayanan keperawatan di ruangan dan selalu bekerja sama dengan kepala ruangan, perawat primer dan asosiet dalam hal: melakukan evaluasi mutu asuhan keperawatan, mengkoordinir mengarahkan dan mengevaluai tentang penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer. Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo sudah berjalan dengan baik tetapi jika terdapat *non job* diluaran yang berlebih pada perawat di ruangan misalnya mengikuti rapat, seminar dan mengorientasi mahasiswa yang praktik di ruangan maka penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan di ruangan

tidak optimal. Beban *non job* yang berlebihan akan berakibat pada ketidakefektifan dan ketidakefisienan pelayanan keperawatan yang berdampak pada ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dan ketidakpuasan pasien sebagai penerima pelayanan keperawatan di ruangan disamping tidak terlaksananya tugas dan tanggung jawab perawat sesuai dengan *job descriptionnya*. Untuk mengatasi hal tersebut agar pelayanan keperawatan berjalan dengan baik maka terjadi perangkapan tugas dan tanggung jawab tetapi masih dibawah pengawasan kepala ruangan, misalnya: ketika perawat primer mengikuti seminar atau pelatihan diluar ruangan maka tugas, tanggung jawabnya akan diambil alih oleh *Clinical Care Manager* (CCM) untuk melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien baru yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tugas dan tanggung jawab tersebut akan dikembalikan lagi kepada perawat primer jika perawat primer sudah selesai dari kegiatan *non job* diluaran tersebut dan jika perawat primer libur atau cuti maka tugas, tanggung jawabnya akan diambil alih oleh perawat asosiet yang ditunjuk dan diawasi oleh kepala ruangan.

Pembagian tugas dan tanggung jawab dalam sistem pemberian pelayanan keperawatan pada akhirnya melibatkan identifikasi terhadap aspek-aspek pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan secara aman (Perry & Potter, 2005). Bila pembagian tugas dan tanggung jawab diatur dengan baik maka staf merasa lebih puas dan klien akan mendapatkan pelayanan yang lebih efisien sehingga kepuasan pasien dapat meningkat. Pembagian tugas dan tanggung jawab antar perawat yang bertugas terhadap sejumlah pasien yang di rawat, sangat menentukan tingkat efektifitas pemberian asuhan keperawatan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan membahas mengenai simpulan dan saran hasil penelitian hubungan antara penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya pada tanggal 21-27 Juli 2008.

6.1 Simpulan

Berdasarkan tujuan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo sudah baik karena terdapat pembagian tugas dan tanggung jawab perawat yang jelas sesuai dengan pembagian tenaga perawat dalam metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer yang terdiri dari kepala ruang, *Clinical Care Manager* (CCM), perawat primer dan perawat asosiet. Apabila perawat libur/ cuti maka tugas dan tanggung jawabnya diberikan kepada perawat asosiet atau *Clinical Care Manager* (CCM) dibawah pengawasan kepala ruangan.
2. Kepuasan pasien di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya sebagian besar 13 pasien (93%) dengan kepuasan baik. Pasien merasa puas karena keluhan, kebutuhan fisik diperhatikan dan terpenuhi oleh perawat di ruangan. Perawat juga memperhatikan keluarga yang menunggu dan menjenguk pasien dan perawat selalu ramah.

3. Di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya tidak dilakukan evaluasi kepuasan pada pasien yang dijadwalkan pulang, tetapi dievaluasi 3 bulan sekali secara acak pada pasien atau keluarga pasien.
4. Ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan tugas dan tanggung jawab perawat dengan kepuasan pasien (pelaksanaan tugas dan tanggung jawab dengan kepuasan pasien memiliki derajat hubungan yang kuat dan linier positif).

6.2 Saran

1. Bagi kepala ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya untuk memberikan lembar kuesioner kepuasan pasien yang sudah dijadwalkan pulang dan mendapatkan *discharge planning* oleh perawat primer untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan dari awal masuk ruangan sampai akan pulang.
2. Bagi perawat di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya agar mempunyai waktu yang lebih untuk mengontrol dan mengevaluasi makanan yang dikonsumsi oleh pasien setelah pembagian makanan pada pagi, siang dan sore hari.
3. Bagi kepala ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo untuk memberikan *Admission Orientation* (peraturan ruangan, lingkungan dan biaya perawatan) yang jelas pada pasien baru masuk di ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agosta, Lucia. 2005. Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Delivered Primary Health Care Services. Dissertation. Louisiana: The Department of Human Resource Education and Workforce Development Louisiana University.
- Alma, B.(2001). *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*. Bandung: Alpha Beta. Hal 43.
- Anderson, C. L Hughes & E. 1993. "Implementing Modular Nursing in Long-term Care Facility", *Jurnal Nursing Administration*, hal 29-35.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan edisi ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara. Hal 51.
- Barnum, Barbara. 1994. *Nursing Theory. Analysis, Aplication, Evaluation*. Philadelphia: J.B Lippincott Company, hal:167-176.
- Carpenito (Ed) (1999). *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan edisi 2*. Jakarta: EGC. Hal 99-102.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan . 1996. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Harrington, J (1995). *Total Improvement Management. The Next Generation performance improvement*. America: Mc Graw Hill.inc. Hal 54-60.
- Kertayasa, Gusti Bagus. 2007. Optimalisasi Model Praktik Keperawatan Profesional dalam Peningkatan Mutu Asuhan Keperawatan: Riset Operational di RSU Mataram. Tesis. Surabaya: Program Paska Sarjana Ilmu Manajemen Universitas Airlangga.
- Klinis. 2007. "Kepuasan Psikologis Klinis Perkembangan dan Sosial: Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Rumah Sakit", (Online), (<http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rumah-sakit/>), diakses 6 Juli 2008.
- Kotler, P. (1997). *Marketing Manajement*. Jakarta: Prenhalindo. Hal 32.
- Lancaster, Jeanette. 1999. *Nursing Issues in Leading and Managing Change*. Missori: Mosby Inc, hal: 3-56.

- Laura, Collen & Mary. 1998. "Nursing Staffing and Patient Outcomes", *The Official of the Eastern Nurrsing Research Society & the Western Institute of Nursing*, hal: 43-50.
- Lusa, Jonathan. 2007. "Hubungan Quality Assurance dengan Kepuasan Pasien Rumah Sakit", (Online), (<http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasen-rumah-sakit/>), diakses 6 Juli 2008).
- Marquis, B. L & Houston C. J. 1998. *Management Decision Making for Nurse 124 Case Studies 3rd Edition*. California: Lipincott, hal: 135-146
- Marriner, Ann. 1986. *Nursing Theorists and their work*. Missouri: C.V Mosby Company, hal: 297-312.
- Muninjaya, G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC. Hal: 220-238.
- Nursalam. 2001. *Proses & Dokumentasi Keperawatan, Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 107-119.
- Nursalam. 2007. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik Keperawatan Profesional*, hal: 51.
- Parasuraman, A., et.all (1988). *Servqual : A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perception Of Service Quality*, *Journal Of Retailing*.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4 Vol 1. Alih Bahasa: Yasmin, dkk. Jakarta: EGC, hal: 29-61
- Program Studi S1 Ilmu Keperawatan. 2007. *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Rowland, H. S & Rowland, B. L. 1997. *Nursing Administration Handbook 4th Edition*. Maryland: An Aspen Publication, hal: 339-358, 331-330
- Santoso, Singgih. 2006. *Menguasai Statistik di Era Informasi dengan SPSS 14*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo, hal 240-247
- Sitorus, Ratna. 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit: Penataan struktur & Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: EGC, hal: 33-43.

- Sitorus & Yulia. 2006. *Panduan Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit: Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: EGC.
- Swanburg. 2000. *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Alih Bahasa: Yasmin, dkk. Jakarta: EGC, hal:1-86.
- Tim Departemen Kesehatan R.I. 2005. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Cetakan Kelima*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik.
- Tjiptono, F. 2000. *Prinsip-prinsip Total Quality Service*. Yogyakarta : Andi offset. Hal : 1-33,109-141.
- Yoder & Wise. 1999. *Leading and Nursing 2nd Edition*. Missouri: Mosby Inc, hal: 365-383

Kuesioner Kepuasan Pasien

Petunjuk:

Berilah tanda () pada salah satu kolom berdasarkan perasaan yang anda alami selama dirawat I ruang bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo.

No.	Pertanyaan	Sangat Puas	Puas	Kurang Puas	Tidak Puas	Kode
1.	Bila saya memanggil perawat, mereka segera datang.					
2.	Perawat menjelaskan dokter dan perawat yang bertanggung jawab selama saya di rawat.					
3.	Informasi yang saya dapatkan dari satu perawat dengan yang lain adalah sama.					
4.	Perawat membantu saya dalam melakukan berbagai kegiatan antara lain: kebersihan diri, latihan gerak, latihan nafas dalam.					
5.	Perawat memberikan penjelasan tentang keadaan/ peraturan ruangan/ rumah sakit.					
6.	Perawat selalu memantau makanan dan minuman yang saya konsumsi tiap hari.					
7.	Penjelasan perawat membuat saya bersemangat menjalani hidup.					
8.	Perawat membantu saya dalam mengatasi kekawatiran saya.					
9.	Perawat membuat saya tenang selama di rumah sakit.					
10.	Sebelum melakukan tindakan perawat terlebih dahulu memberikan penjelasan tentang tindakan tersebut.					
11.	Saya merasa, karena berbagai tindakan perawat, masalah saya dapat teratasi.					
12.	Perawat di ruangan ini ramah					
13.	Alat-alat yang saya butuhkan antara lain: pispot, urinal, alat mandi, sudah siap bila saya perlukan.					
14.	Tempat selama dirawat selalu dijaga kebersihannya, disapu dan dipel setiap hari.					
15.	Alat tenun seperti spreng, selimut bila kotor segera diganti sehingga membuat saya nyaman.					

16.	Saya mendapatkan penjelasan yang jelas tentang biaya sebelum masuk ruangan perawatan.					
17.	Saya merasa prosedur administrasi tidak berbelit-belit dan tidak menyusahkan.					
18.	Saya dengan mudah dapat menyelesaikan pembayaran menjelang pulang.					
19.	Perawat memperhatikan saya sepenuh hati.					
20.	Perawat menjawab pertanyaan saya dengan jelas.					
21.	Perawat mempunyai waktu yang cukup untuk untuk mendengarkan keluhan saya.					
22.	Perawat memperlakukan keluarga saya dengan baik.					
23.	Perawat primer (perawat yang bertanggung jawab tentang perawatan saya) merawat saya selama di ruangan ini.					
24.	Perawat menemui saya pada sore/ malam hari secara teratur.					
25.	Perawat yang merawat saya terlihat terampil					
26.	Saya mendapat informasi yang jelas dari perawat tentang kondisi kesehatan saya.					
27.	Saya mendapatkan penjelasan dari perawat tentang cara menjaga kesehatan di rumah (<i>discharge planning</i>)					
28.	Perawat menjelaskan dengan jelas tentang obat-obatan yang saya gunakan.					
29.	Variasi makanan yang diberikan di ruangan membuat saya berselera.					
30.	Makanan yang diberikan, kebersihan dan ketepatan waktu yang diutamakan.					

LEMBAR OBSERVASI TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB**KEPALA RUANGAN**

Tanggal pengisian:

No. Responden:

No	Tugas dan Tanggung Jawab	Ya	Tidak	Skor
1.	Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas)			
2.	Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan			
3.	Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan			
4.	Membimbing siswa/ mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan sesuai dengan mengikuti penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan yang sudah ada			
5.	Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat			
6.	Megorientasi pegawai baru dan mahasiswa keperawatan yang melakukan praktek di ruangan			
7.	Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain			
8.	Megecek kelengkapan persediaan status keperawatan			
9.	Melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan termasuk tingkahlaku profesional			
10.	Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan			
11.	Memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada diruangan			
12.	Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas tentang keperawatan			
13.	Merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan (bersama dengan CCM).			
14.	Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP didelegasikan kepada PA senior tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan dan CCM.			

LEMBAR OBSERVASI TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB
CLINICAL CARE MANAGER (CCM)

Tanggal Pengisian:

No responden:

No	Tugas dan Tanggung jawab	Ya	Tidak	Skor
1.	Bekerjasama dengan kepala ruangan dalam hal: melakukan evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan, mengkoordinir, mengarahkan dan mengevaluasi tentang penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan			
2.	Bertanggung jawab terhadap standar pelayanan yang diberikan kepada pasien dan mempunyai akuntabilitas serta sebagai koordinator dari semua pelayanan keperawatan di ruangan			
3.	Memimpin, mengarahkan dan melakukan supervisi pada perawat primer			
4.	Melakukan pertemuan secara rutin dengan PP untuk mengevaluasi perkembangan pasien			
5.	Memastikan pelayanan & perawatan pada pasien dilakukan secara terus menerus dan meningkat dengan cara memaksimalkan partisipasi dari staf untuk mencapai hasil yang baik			
6.	Mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh PP dan tim			
7.	Melakukan bimbingan dan evaluasi tentang penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan yang sudah ada di ruangan dengan semua perawat di ruangan			
8.	Memberikan masukan pada diskusi kasus yang dilakukan PP dan PA			
9.	Mempresentasikan isu-isu terbaru terkait dengan asuhan keperawatan			
10.	Mengidentifikasi fakta-fakta yang memerlukan pembuktian			
11.	Mengidentifikasi masalah penelitian, merancang usulan dan melakukan penelitian			
12.	Menerapkan hasil penelitian dalam memberikan asuhan keperawatan			
13.	Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP dan memberi masukan untuk perbaikan			

14.	Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi/ penelitian tentang asuhan keperawatan			
-----	---	--	--	--

LEMBAR OBSERVASI TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB
PERAWAT PRIMER

Tanggal Pengisian:

No Responden:

No	Tugas dan Tanggung Jawab	Ya	Tidak	Skor
1.	Melakukan kontrak dengan klien dan keluarga pada awal masuk ruangan berdasarkan format orientasi klien dan keluarga sehingga tercipta hubungan terapeutik			
2.	Melakukan pengkajian terhadap klien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur			
3.	Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian			
4.	Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai klien yang dirawat (<i>pre conference</i>)			
5.	Melakukan bimbingan dan evaluasi pada PA dalam implementasi tindakan keperawatan, apakah sesuai dengan <i>Standar Operating Procedure (SOP)</i>			
6.	Memonitor dokumentasi yang dilakukan oleh PA			
7.	Melakukan tindakan keperawatan yang bersifat terapi keperawatan dan tindakan keperawatan yang tidak dapat dilakukan oleh PA			
8.	Mengatur pelaksanaan konsul dan pemeriksaan konsul			
9.	Melakukan kegiatan serah terima dengan PA			
10.	Melakukan evaluasi asuhan keperawatan dan membuat catatan perkembangan klien setiap hari			
11.	Melakukan pertemuan dengan klien dan keluarga minimal tiap 3 hari sekali untuk membahas kondisi keperawatan klien			
12.	Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga			
13.	Membuat rencana pulang			
14.	Bekerjasama dengan <i>CCM (Clinical Care Manager)</i>			

LEMBAR OBSERVASI TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB**PERAWAT ASOSIET**

Tanggal Pengisian:

No Responden:

No	Tugas dan Tanggung Jawab	Ya	Tidak	Skor
1.	Membaca renpra yang telah ditetapkan oleh PP			
2.	Membina hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga, sebagai lanjutan kontrak yang dilakukan oleh PP			
3.	Menerima klien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi klien dan keluarga jika PP tidak ada di tempat.			
4.	Melakukan tindakan berdasarkan renpra.			
5.	Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikan pada format yang tersedia.			
6.	Mengikuti visite bila PP tidak ada di tempat			
7.	Memeriksa kerapian dan kelengkapan status keperawatan			
8.	Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.			
9.	Mengkomunikasikan kepada PP dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.			
10.	Menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan serta tindakan.			
11.	Berperan serta dalam pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga yang dilakukan PP			
12.	Membantu tim lain yang membutuhkan			
13.	Melakukan inventarisasi fasilitas yang terkait dengan timnya.			
14.	Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga klien yang menjadi tanggung jawabnya dengan koordinasi dengan PP.			

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada Yth : Bapak / Ibu responden

Nama saya Diah Andarukmi, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Program A 2004. Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Penerapan Metode Pemberian Pelayanan Keperawatan Modifikasi Tim-Primer dengan Kepuasan Pasien di Ruang Bedah Cempaka RSUD Dr Soetomo Surabaya”**. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan penerapan metode pemberian pelayanan keperawatan modifikasi tim-primer dengan kepuasan pasien. Untuk itu saya mohon partisipasi dan kesediaan Saudara untuk mengisi kuesioner sejujurnya atau apa adanya sesuai dengan yang Saudara alami atau rasakan. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan dan bukan untuk maksud yang lain. Saudara bebas untuk ikut atau tidak tanpa ada sanksi apapun. Jika Saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disiapkan.

Partisipasi saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juli 2008

Hormat saya,
Diah Andarukmi
010410809B

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

**HUBUNGAN PENERAPAN METODE PEMBERIAN PELAYANAN
KEPERAWATAN MODIFIKASI TIM-PRIMER DENGAN KEPUASAN
PASIEN DI RUANG BEDAH CEMPAKA RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

Penelitian Oleh:

Diah Andarukmi

Setelah membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Tanda tangan saya di bawah ini sebagai bukti kesediaan menjadi responden penelitian.

Tanda Tangan Responden	:
Tanggal	:
Nomor Responden	:

Kuesioner Demografi Perawat

**HUBUNGAN PENERAPAN METODE PEMBERIAN PELAYANAN
KEPERAWATAN MODIFIKASI TIM-PRIMER DENGAN KINERJA
PERAWAT DI RUANG BEDAH CEMPAKA RSUD Dr SOETOMO
SURABAYA**

Tanggal pengisian:
No. Responden :

Petunjuk :

Berilah tanda silang (x) pada kotak jawaban yang Anda anggap sesuai.

Diisi peneliti

- Lama bekerja : 0-5 tahun
- 6-10 tahun
- 11-15 tahun
- >16 tahun
- Status Kepegawaian: PNS
- CPNS
- Honorer
- Magang
- Pendidikan : SPK
- D III keperawatan
- D IV keperawatan
- S1 keperawatan

KUESIONER DATA DEMOGRAFI PASIEN

Petunjuk Pengisian

Kode Responden:

1. Baca setiap pon dengan seksama
2. Berilah tanda cek () pada kolom yang sesuai.
3. Tidak perlu menuliskan nama

Kode diisi
petugas

1. Usia : 13-20 Tahun
- 21-30 Tahun
- 31-40 Tahun
- 41-50 Tahun
- 51-60 Tahun
- 60-70 Tahun
2. Status Pendidikan : SD Diploma
- SLTP Sarjana
- SMU
3. Pekerjaan : Pelajar SWASTA
- Mahasiswa Lain-lain
- PNS
4. Lama Dirawat : 4-12 hari 22-30 hari
- 13-21 hari >30 hari

TABULASI DATA KHUSUS KHUSUS**REKAPITULASI HASIL OBSERVASI TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB
PERAWAT DI RUANG BEDAH CEMPAKA RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

PADA TANGGAL 21-27 JULI 2008

Kode Responden	Kode Pertanyaan														Jumlah	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	11	baik
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	13	baik
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	12	baik
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	11	baik
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	11	baik
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	11	baik
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	11	baik
8	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	11	baik
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	11	baik
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	11	baik
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	11	baik
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	11	baik
13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	11	baik
14	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10	baik

Keterangan:

8-14 = Baik

0-7 = Kurang

TABULASI DATA KHUSUS**REKAPITULASI HASIL KUESIONER KEPUASAN PASIEN DI RUANG BEDAH CEMPAKA RSU Dr SOETOMO**

PADA TANGGAL 21-27 JULI 2008.

kode responden	Nomor Pertanyaan																														Jumlah	Kriteria	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
2	5	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	139	baik	
3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	123	baik	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	114	baik
5	4	4	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	121	baik	
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	122	baik	
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
8	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	116	baik	
9	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	114	baik	
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120	baik	
14	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	108	sedang

Keterangan kepuasan pasien

Baik : 150-111

Sedang : 110-71

Kurang : 70-30

Tabulasi Data Umum Responden Pasien

Kode Koresponden	Data Demografis			
	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Dirawat
1	4	3	5	3
2	1	1	1	1
3	6	3	4	1
4	1	2	1	3
5	5	4	3	1
6	4	5	3	1
7	3	3	5	3
8	6	4	3	1
9	4	1	5	1
10	3	3	4	2
11	5	3	3	1
12	5	3	2	3
13	4	3	4	1
14	4	3	4	1

KETERANGAN:

1. Usia:

13-20 Tahun	kode 1
21-30 Tahun	kode 2
31-40 Tahun	kode 3
41-50 Tahun	kode 4
51-60 Tahun	kode 5
60-70 Tahun	kode 6

4. Lama Dirawat

4-12 Hari	kode 1
13-21 Hari	kode 2
22-30 Hari	kode 3
>30 Hari	kode 4

2. Jenjang Pendidikan

SD	kode 1
SLTP	kode 2
SMU	kode 3
Diploma	kode 4
Sarjana	kode 5

3. Pekerjaan

Pelajar	kode 1
Mahasiswa	kode 2
PNS	kode 3
Swasta	kode 4
Lain-lain	kode 5

TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PERAWAT

Kode Responden	Data Demografi		
	Lama Bekerja	Status Kepegawaian	Pendidikan
1	4	1	2
2	3	1	3
3	3	1	2
4	2	1	4
5	4	1	2
6	2	1	2
7	2	1	2
8	2	1	1
9	2	1	2
10	1	3	2
11	1	3	2
12	1	3	4
13	1	3	4
14	1	3	2

KETERANGAN:

1. Lama Bekerja:

0-5 Tahun	kode 1
6-10 Tahun	kode 2
11-15 Tahun	kode 3
>16 Tahun	kode 4

2. Status Kepegawaian:

PNS	kode 1
CPNS	kode 2
Honorar	kode 3
Magang	kode 4

3. Jenjang Pendidikan:

SPK	kode 1
D III Keperawatan	kode 2
D IV Keperawatan	kode 3
S 1 Keperawatan	kode 4

Uji Analisis Stastik

Frequencies

Statistics

		Lama bekerja	Status Kepegawaian	Pendidikan perawat
N	Valid	14	14	14
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Lama bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 Tahun	5	35.7	35.7	35.7
	6-10 Tahun	5	35.7	35.7	71.4
	11-15 Tahun	2	14.3	14.3	85.7
	>16 Tahun	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Status Kepegawaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	9	64.3	64.3	64.3
	Honorer	5	35.7	35.7	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Pendidikan perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	1	7.1	7.1	7.1
	D III Kep	9	64.3	64.3	71.4
	D VI	1	7.1	7.1	78.6
	S1 Kep	3	21.4	21.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		usia	pendidikan	Pekerjaan	lama dirawat
N	Valid	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-20 tahun	2	14.3	14.3	14.3
	31-40 tahun	2	14.3	14.3	28.6
	41-50 tahun	5	35.7	35.7	64.3
	51-60 tahun	3	21.4	21.4	85.7
	61-70 tahun	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	14.3	14.3	14.3
	SLTP	1	7.1	7.1	21.4
	SMU	8	57.1	57.1	78.6
	Diploma	2	14.3	14.3	92.9
	Sarjana	1	7.1	7.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pelajar	2	14.3	14.3	14.3
	Mahasiswa	1	7.1	7.1	21.4
	PNS	4	28.6	28.6	50.0
	Swasta	4	28.6	28.6	78.6
	Lain-lain	3	21.4	21.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

lama dirawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4-12 hari	9	64.3	64.3	64.3
13-21 hari	1	7.1	7.1	71.4
22-30 hari	4	28.6	28.6	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tugas dan tanggung jawab * kepuasan pasien	14	100.0%	0	.0%	14	100.0%

tugas dan tanggung jawab * kepuasan pasien Crosstabulation

			kepuasan pasien		Total
			baik	sedang	
tugas dan tanggung jawab	baik	Count	13	1	14
		% within tugas dan tanggung jawab	92.9%	7.1%	100.0%
		% within kepuasan pasien	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	92.9%	7.1%	100.0%
Total		Count	13	1	14
		% within tugas dan tanggung jawab	92.9%	7.1%	100.0%
		% within kepuasan pasien	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	92.9%	7.1%	100.0%

Nonparametric Correlations

Correlations

			tugas dan tanggung jawab	kepuasan pasien
Spearman's rho	tugas dan tanggung jawab	Correlation Coefficient	1.000	.749**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	14	14
	kepuasan pasien	Correlation Coefficient	.749**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	14	14

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).